



Die pandemische Influenza (H1N1) 2009 in Nordrhein-Westfalen.

Rückblick – Einblicke – Ausblick

Die pandemische Influenza (H1N1) 2009 in Nordrhein-Westfalen.

Rückblick – Einblicke – Ausblick

Impressum

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
(LZG.NRW)
Westerfeldstraße 35/37
33611 Bielefeld

Telefon 0521 8007-0
Fax 0521 8007-3200
www.lzg.gc.nrw.de
poststelle@lzg.gc.nrw.de

Redaktion und Bearbeitung

Kirsten Bradt, MPH, MHA, LZG.NRW
Angelika Schütz-Langermann, LZG.NRW
Gaby Zeck, LZG.NRW

Namensbeiträge geben die Meinungen der Verfasser wieder. Sie entsprechen nicht unbedingt der Auffassung des Herausgebers.

Layout und Verlag

LZG.NRW

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen im Geschäftsbereich des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter.

Bildnachweis

Titelbild: LZG.NRW
Foto: Luftbild Hans Blossey

Druck

jva druck+medien Geldern

Diese Publikation wurde auf Papieren aus verantwortungsvollen und nachhaltigen Quellen (FSC®-zertifiziert) gedruckt.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des LZG.NRW.

Bielefeld, im März 2012

ISBN 978-3-88139-167-2

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis	9
Abkürzungsverzeichnis	10
Grußwort der Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Marlis Bredehorst)	11
Einleitung (Kirsten Bradt)	13
Zusammenfassung (Kirsten Bradt)	15
I. Der Vorbereitungsstand vor Beginn der Pandemie (Kirsten Bradt, Angelika Schütz-Langermann)	17
Pandemieplanung	17
Pandemie-Rahmenplan für das Land NRW in der Fassung vom 12. Juni 2006	17
Entwurf eines kommunalen Influenza-Pandemieplans für Nordrhein-Westfalen	18
Bereitstellung antiviraler Medikamente	18
II. Die Pandemie	19
Die H1N1-Influenza-Pandemie in NRW 2009/2010 (Kirsten Bradt)	19
Chronologie der H1N1-Pandemie (Angelika Schütz-Langermann, Gaby Zeck)	22
Die Epidemiologie der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 in NRW (Dr. Ulrich van Treeck)	25
Demographische Verteilung	25
Hospitalisierung	25
Risikofaktoren	29
Todesfälle	30
Infektionsort	32
Geographische Verteilung	32
ARE-Surveillance (Kirsten Bradt)	33
ARE-Surveillance und Praxis-Monitoring in NRW während der Pandemie	33
Sentinel der KVWL und KVNO während der Neue Influenza-Pandemie 2009/2010	33
Monitoring der ambulanten Versorgung	33
Ergebnisse der ARE-Surveillance	34
Kartographische Darstellung der ARE-Patientenzahlen	36

Die Impfung gegen die pandemische Influenza	
(Gabriele Ahlemeyer)	38
Voraussetzungen für die Impfungen	38
Vorbereitungen in NRW	38
Durchführung der Impfung	39
III. Die Aufarbeitung der Pandemie	
(Kirsten Bradt, Angelika Schütz-Langermann, Dr. Dorothee Zimmermann-Diers, Dr. Bodo Diers, Thomas Peters, Mirko Kösterke)	41
Befragung der unteren und mittleren Gesundheitsbehörden zum Management der Neue Influenza-Pandemie im Januar 2010	41
Methodik	41
Fragebogenrücklauf	41
Kontakt- und Fallmanagement in den Gesundheitsämtern	41
Krisenstabsstrukturen – technische Informationsübermittlung	42
Informationsfluss, Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit	44
Arbeitsbelastung	51
Stimmungsbild	52
Anmerkungen der Befragungsteilnehmer	52
IV. Workshop zum Management der Neue Influenza-Pandemie am 23.06.2010 in Düsseldorf	55
Einführung	
(Kirsten Bradt)	55
Einladungsflyer zum Workshop	56
Grußwort der Präsidentin des LIGA.NRW	
(Dr. Eleftheria Lehmann)	57
Kurzfassung der Vorträge des Workshops und ausgewählte Folien	61
Diagnostik von Influenza A/H1N1	
(Prof. Dr. Ortwin Adams)	61
Ergebnisse der Befragung der Gesundheitsämter in NRW	
(Kirsten Bradt)	63
Nationale und internationale Aspekte der Pandemie	
(Dr. Silke Buda)	64
Die H1N1-Pandemie: Erfahrungen eines Klinikers	
(Dr. Ekkehard Hilker)	68
Rückblick des Handlings der Influenza Typ A H1/N1 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe	
(Andreas Kintrup, Dr. Patricia Shadiakhy)	83
Schutzimpfung	
(Dr. Jan Leidel)	85
Pandemiemanagement aus Sicht eines Landkreises	
(Dr. Detlef Schmeer)	87
Medienecho auf die Schweinegrippe – und was sich daraus lernen lässt	
(Dr. Susanne Stöcker)	89
Pandemiemanagement aus Sicht einer städtischen uGB	
(Dr. Uta Ullbrich)	91

Ergebnisse der 4 Arbeitsgruppen	
(Kirsten Bradt)	95
V. Die abgeleiteten Erkenntnisse	
(Kirsten Bradt)	99
Weiterentwicklung der Pandemieplanung	
(Kirsten Bradt)	99
Lessons learned	
(Kirsten Bradt)	100
Literaturverzeichnis	103
Anhang	107
Pandemie-Rahmenplan für das Land NRW in der Fassung vom 12. Juni 2006 (Kurzfassung)	107
Meldeverordnung zur Neuen Influenza	110
Änderungsverordnung zur Meldepflichtverordnung zur Neuen Influenza	111
WHO - Beschreibung der pandemischen Phasen und Maßnahmen	112
Ergänzende Folien zu den Vorträgen	113
Diagnostik von Influenza A/H1N1	
(Prof. Dr. Ortwin Adams)	113
Rückblick des Handlings der Influenza Typ A H1/N1 durch die Kassenärztlichen	
Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe	
(Andreas Kintrup, Dr. Patricia Shadiakhy).....	116
Ergänzende Tabellen und Abbildungen zu Teil II	119
Fragebogen	124

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Übermittelte Fälle von pandemischer Influenza (H1N1)	26
Abbildung 2:	Übermittelte Fälle pandemischer Influenza (H1N1) pro 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht	26
Abbildung 3:	Übermittelte hospitalisierte H1N1-Fälle mit Angaben zum Hospitalisierungsgrund im Zeitverlauf	27
Abbildung 4:	Anteil der hospitalisierten H1N1-Fälle an allen H1N1-Fällen mit Angabe zum Krankenhausaufenthalt je Altersgruppe (Datenquelle RKI-Tool).....	27
Abbildung 5:	Altersspezifische Inzidenz an Hospitalisierungen mit H1N1-Infektion (Datenquelle: NRW-Datenbank).....	28
Abbildung 6:	Anteil Fälle mit dokumentierten Risikofaktoren von allen hospitalisierten Fällen mit pandemischer Influenza	29
Abbildung 7:	Anzahl der übermittelten Risikofaktoren bei hospitalisierten pandemischen Influenzafällen, Mehrfachnennungen möglich.....	30
Abbildung 8:	Anzahl der übermittelten Todesfälle im Zusammenhang mit pandemischer Influenza nach Todeswoche.....	30
Abbildung 9:	Übermittelte Todesfälle mit H1N1-Nachweis pro 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht	31
Abbildung 10:	Häufigkeit übermittelter Risikofaktoren bei Todesfällen im Zusammenhang mit pandemischer Influenza	31
Abbildung 11:	Geographische Verteilung der Inzidenz in den Landkreisen und kreisfreien Städten in NRW	32
Abbildung 12:	Altersverteilung aller dokumentierten ARE-Patienten der KVNO und KVWL , 38. KW 2009 bis 4. KW 2010	34
Abbildung 13:	Wöchentlich berichtete ARE- und Gesamtpatientenzahl, nach IfSG gemeldete Neue Influenza-Erkrankungen in NRW und teilnehmende Arztpraxen je Kalenderwoche, 38. KW 2009 bis 4. KW 2010 (KW 3 u. 4 nur KVNO)	35
Abbildung 14:	Durchschnittlicher Anteil an ARE-Patienten in den 14 teilnehmenden Praxen (mit Angabe der Gesamtpatientenzahl) in der 40./41. KW 2009 je kreisfreier Stadt oder Landkreis	36
Abbildung 15:	Zahl der ARE-Patienten der teilnehmenden Praxen je kreisfreier Stadt oder Landkreis (22 Praxen mit auswertbaren Angaben)	37
Abbildung 16:	Sie haben von zahlreichen Institutionen Empfehlungen und Vorgaben zum Fall- und Kontaktmanagement erhalten. Gab es Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Vorgaben?	42
Abbildung 17:	Wurde in Ihrer uGB ein Lagezentrum eingerichtet und wenn ja, ab welcher Pandemie-Phase wurde das Lagezentrum eingerichtet?.....	43
Abbildung 18:	Ab welcher Pandemie-Phase wurde auf kommunaler Ebene der Krisenstab aktiviert?	43
Abbildung 19:	Wäre es hilfreich, wenn alle das Thema betreffenden Informationen von Seiten des LIGA.NRW von einem Absender versandt würden (z. B. akut@liga.nrw.de)?	44
Abbildung 20:	Wie häufig wird diese E-Mail-Adresse gesichtet?.....	45
Abbildung 21:	Fühlten Sie sich insgesamt ausreichend über die jeweils aktuelle Situation und die damit verbundenen Maßnahmen informiert?.....	45
Abbildung 22:	Fühlten Sie sich ausreichend informiert von Seiten des RKI, der Landesregierung (MAGS), des LIGA.NRW, Ihrer Bezirksregierung?	46
Abbildung 23:	Fühlten Sie sich in folgenden Phasen ausreichend informiert?.....	46
Abbildung 24:	Fühlten Sie sich insgesamt zeitgerecht informiert?	47

Abbildung 25: Waren die jeweiligen Ansprechpartner für Sie erreichbar? (bezogen auf alle Institutionen)	48
Abbildung 26: Waren Ihnen die Ansprechpartner der jeweiligen Institutionen namentlich bekannt oder waren entsprechende Namenslisten vorhanden?	49
Abbildung 27: Waren Ihnen die entsprechenden Kontaktdaten (E-Mail, Tel.-Nr.) bekannt?	49
Abbildung 28: Waren die jeweiligen Ansprechpartner für Sie erreichbar – differenziert nach Institutionen?.....	50
Abbildung 29: Wurden aufgrund der Influenza-Pandemie zusätzliche Dienste eingerichtet?	52
Abbildung 30: Wurde/wird Ihrer Meinung nach die Bedeutung der Neuen Influenza überschätzt?	53
Abbildung 31: Altersverteilung übermittelte Fälle pandemischer Influenza pro 100.000 Einwohner	119
Abbildung 32: Übermittelte Fälle pandemischer Influenza (H1N1) pro 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht ohne aggregierte Fälle in NRW	119
Abbildung 33: Anteil der Fälle mit Risikofaktor von allen Fällen mit pandemischer Influenza in NRW.....	120
Abbildung 34: Häufigkeit der genannten Risikofaktoren bei allen Fällen pandemischer Influenza in NRW, Mehrfachnennungen möglich.....	120
Abbildung 35: Anteil übermittelter Todesfälle nach Geschlecht.....	121
Abbildung 36: Wie häufig traf/trifft sich der Krisenstab?	121

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Informationsquellen	50
Tabelle 2: Sind im Rahmen des Pandemiemanagements in nennenswertem Umfang Überstunden angefallen?	51
Tabelle 3: Wie viele Stellen stehen Ihnen für den Bereich Infektionsschutz zur Verfügung?.....	51
Tabelle 4: Wie viele Mitarbeiter Ihrer Behörde waren darüber hinaus an der Bewältigung der anfallenden Arbeiten im Zusammenhang mit der Neuen Influenza beteiligt?	52
Tabelle 5: Übermittelte Fälle von pandemischer Influenza nach Kreisen in NRW der 21. KW 2009 - 20. KW 2010 (RKI-Tool)	122

Abkürzungsverzeichnis

ÄK	Ärztchammer
AGI	Arbeitsgemeinschaft Influenza (am RKI)
ARE	Akute Respiratorische Erkrankungen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BR/BRen	Bezirksregierung/Bezirksregierungen
CDC	Centre for Disease Prevention and Control
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
Epid Bull	Epidemiologisches Bulletin
EWRS	Early Warning and Response System
FB	Fragebogen
GA/GÄ	Gesundheitsamt/Gesundheitsämter
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IM	Innenministerium
KV/KVen	Kassenärztliche Vereinigung/Kassenärztliche Vereinigungen
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
KW	Kalenderwoche
LIGA.NRW	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW
LZG.NRW	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
MGSFF	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
NRZ	Nationales Referenzzentrum
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PCR	Polymerase-Chain-Reaction
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PHEIC	Public Health Emergency of International Concern
RKI	Robert Koch-Institut
STIKO	Ständige Impfkommision (am RKI)
uGB/uGBn	untere Gesundheitsbehörde/untere Gesundheitsbehörden
WHO	World Health Organization

Grußwort

“ – lessons learned in NRW – Das Management der Neue Influenza-Pandemie in Nordrhein-Westfalen”



Der Erreger der Neuen Influenza A/H1N1 löste im Jahr 2009 die erste Pandemie im 21. Jahrhundert aus und stellte Politik und Gesundheitssysteme weltweit vor große Herausforderungen. Am 11. Juni 2009 rief die WHO die Pandemiephase 6 aus und leitete damit umfangreiche Maßnahmen mit dem Ziel ein, die Pandemie zu bekämpfen und einzudämmen.

Die WHO hat danach, am 10. August 2010, die Situation als postpandemische Periode eingestuft. Diese Einstufung ist nach wie vor gültig. Das heißt, dass in dieser Phase die globale Influenzasituation nicht mehr als ein Notfall für die öffentliche Gesundheit eingestuft wird. Offen bleibt aber weiterhin die Frage, welche Auswirkungen dieser Erreger in Zukunft haben kann.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, den Umgang mit dieser Influenzapandemie zu analysieren und zu bewerten. Der im Juni 2010 durchgeführte Workshop, der hier dokumentiert wird, diente dazu, das Management und die Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen zu untersuchen. Es ging darum, Schwächen und Stärken aufzuzeigen sowie Verbesserungsvorschläge zu machen, die dabei helfen sollen, Abläufe zu verbessern bzw. zu optimieren.

Ziel ist es, auf vergleichbare Situationen in Zukunft bestmöglich vorbereitet zu sein. Mir ist klar, dass das ein Anspruch ist, der weiterhin viel Arbeit erfor-

dert, um realisiert zu werden. Ich danke allen Beteiligten für ihr persönliches Engagement zum Schutz unserer Bevölkerung. Einen besonderen Dank auch für den großen Einsatz während der “heißen Pandemiephase”. Ich weiß, dass viele dabei an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gehen mussten und ihnen viel abverlangt worden ist.

Doch ohne Ihre Unterstützung und Mithilfe hätte die Influenzapandemie wesentlich schlimmere Folgen haben und weitaus mehr Menschen treffen können.

Abschließend meine Bitte: Lassen Sie in diesem Einsatz nicht nach, die Nachbereitung des Geschehenen ist dabei ein wichtiger Teil der künftigen Pandemieplanung.

Marlis Bredehorst

Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter des Landes
Nordrhein-Westfalen

Einleitung

Am 10. August 2010 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die pandemische Influenza (H1N1) 2009 – auch Schweinegrippe genannt – für beendet erklärt. Dennoch, mahnte die WHO, sollten die Gesundheitsverantwortlichen aller Staaten wachsam bleiben: Das A / H1N1-Virus zirkuliere weiterhin und könne auch weiterhin Grippeerkrankungen verursachen. Es war auch in der Grippesaison 2010 / 2011 das in Deutschland dominierende Virus.

In NRW waren im Verlauf der Grippe-Pandemie rund 41.000 Infektionen mit pandemischer Influenza (H1N1) 2009 registriert worden. Mindestens 1.400 Personen wurden im Krankenhaus behandelt, 62 verstarben.

An der Bewältigung des pandemischen Geschehens waren neben der kurativ tätigen Ärzteschaft im stationären und ambulanten Bereich zahlreiche Ministerien, Behörden, Institutionen, Hilfsorganisationen und privatwirtschaftliche Unternehmen (z. B. Labore, Apotheken) auf Landes- und kommunaler Ebene beteiligt.

Insbesondere der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) – namentlich die unteren Gesundheitsbehörden (uGBn), aber auch die zuständigen Institutionen auf Landesebene – war durch eine Vielzahl von Aufgaben im Rahmen des Infektionsschutzes überdurchschnittlich stark belastet.

Seit August 2010 befindet sich die Welt in der sogenannten postpandemischen Phase, die eine Aufarbeitung des Pandemiegeschehens und der getroffenen (Schutz-) Maßnahmen und damit einhergehend auch eine Aktualisierung der Pandemiepläne vorsieht. Solche Evaluationsprozesse wurden in Nordrhein-Westfalen (NRW) bereits im Frühjahr 2010 eingeleitet.

In NRW wurden u. a. folgende landesweite Aktivitäten durchgeführt, über die in dieser Veröffentlichung berichtet wird:

- ein landesweiter Workshop „lessons learned in NRW“ – das Management der Neue Influenza-Pandemie in Nordrhein-Westfalen am 23.06.2010
- eine schriftliche Befragung der uGBn und Bezirksregierungen in NRW in Form einer Zwischenevaluation des Managements der Neue Influenza-Pandemie im Januar / Februar 2010
- Eine epidemiologische Auswertung und Veröffentlichung der Meldedaten nach IfSG
- Die Evaluation eines im Herbst 2009 ad hoc in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Nordrhein und Westfalen-Lippe etablierten Monitorings der Belastung der ambulanten ärztlichen Versorgung einschließlich einer Surveillance von akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) in Arztpraxen

Erklärtes Ziel all dieser Aktivitäten ist es, Handlungsoptionen für zukünftige gesundheitliche Notlagen zu entwickeln, die bestehenden Konzepte und Planungen zur Seuchenprävention entsprechend zu überarbeiten sowie allen am Geschehen aktiv Beteiligten Rückmeldungen zu geben.

In dieser Dokumentation wird neben der jetzt üblichen Bezeichnung pandemische Influenza (H1N1) 2009 auch der frühere Begriff Neue Influenza verwendet.

Seit dem 1. Januar 2012 besteht das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) als Nachfolgeeinrichtung des Landesinstitutes für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW). Da sich der Bericht auf einen Zeitraum vor Gründung des LZG.NRW bezieht, wurde im Text die alte Institutsbezeichnung LIGA.NRW beibehalten.

Zusammenfassung

„Vieles ist richtig gemacht worden – vieles kann verbessert werden...“ so das Fazit einer der vier Arbeitsgruppen des vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA.NRW) im Juni 2010 veranstalteten Workshops „lessons learned in NRW“ zum Management der Neue Influenza-Pandemie in NRW. Und weiter „...die Erfahrungen beim Management der Neue Influenza-Pandemie zeigen, dass insbesondere in den Bereichen Information, Koordination und Kommunikation Optimierungsbedarf besteht“. Diese beiden Aussagen geben den allgemeinen Tenor der im Rahmen des Evaluationsprozesses in NRW befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in NRW zusammengefasst wieder.

Das Jahr 2009 war aus Sicht des ÖGD entscheidend vom Management der Influenza-Pandemie geprägt. Zur Bewältigung dieser infektiologischen Sondersituation konnte auf die bestehenden Strukturen des ÖGD, die ambulante und stationäre Krankenversorgung und die Pandemieplanung in NRW zurückgegriffen werden. Die Vorbereitung des Landes auf die Pandemie ist im ersten Kapitel dieser Dokumentation zusammengefasst. Ergänzend zu den vorbereitenden Maßnahmen mussten aber auch zahlreiche Aktionen und Verfahren kurzfristig und ohne „Probelauf“ umgesetzt werden. Um aus den gemachten Erfahrungen Lehren für zukünftige Situationen zu ziehen, wurden von Seiten des Landes noch während der Pandemie Evaluationsprozesse initiiert, die in dieser Dokumentation dargestellt werden.

Die Ermittlungen zu und Dokumentation von rund 41.000 bestätigten Erkrankungen an pandemischer Influenza und annähernd so vieler Verdachtsfälle hat die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsbehörden zeitweise extrem gefordert. Am Höhepunkt der Influenza-Welle wurden mehr als 10.000 Infektionen pro Woche übermittelt. Gut 4 % aller übermittelten Erkrankungsfälle wurden stationär behandelt, 62 Todesfälle wurden registriert. Details zur Epidemiologie der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 in NRW werden in Kapitel II dieses Berichts ausführlich erläutert.

Im zweiten Kapitel wird ebenfalls ein während der Pandemie von den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe (KVNO und KVWL) in Kooperation mit dem LIGA.NRW kurzfristig initiiertes Sentinel-Projekt zum Monitoring der ambulanten Versorgung und zur Surveillance akuter respiratorischer Erkrankungen in Arztpraxen vorgestellt. An diesem freiwilligen Sentinel beteiligten sich 38 Arztpraxen aus ganz NRW. Die Auswertung der im Herbst und Winter 2009 / 2010 erhobenen Daten hat gezeigt, dass mit relativ geringem Aufwand verwertbare Aussagen zum Krankheitsgeschehen und zur Aus- und Belastung der ambulanten Versorgung möglich sind.

Darüber hinaus befasst sich das zweite Kapitel mit Organisation und Ablauf der Impfkationen gegen den neuen Influenza-Subtyp in NRW. Die Impfungen nahmen während der Pandemie eine zentrale Stellung ein und erforderten einen erheblichen organisatorischen Aufwand, der in diesem Bericht noch einmal zusammenfassend abgebildet wird.

Im Januar 2010 wurden die uGBn und Bezirksregierungen Nordrhein-Westfalens aufgefordert, sich an einer schriftlichen Zwischenevaluation des Managements der Neue Influenza-Pandemie zu beteiligen. Inhaltlich wurden Fragen zum Kommunikations- und Informationsmanagement, zu Krisenstabsstrukturen und Arbeitsbelastung sowie zur Umsetzbarkeit empfohlener Maßnahmen (Kontakt- und Fallmanagement) gestellt.

Das Management der Impfkampagne gegen die pandemische Influenza (H1N1) 2009 wurde nicht mit in die Befragung einbezogen. Die Ergebnisse der Befragung werden im dritten Kapitel dieses Berichts detailliert dargestellt.

Das vierte Kapitel befasst sich mit einem weiteren Schritt der Pandemie-Aufarbeitung in NRW. Um das Management der Pandemie zu evaluieren, hatte das LIGA.NRW am 23. Juni 2010 zu einem landesweiten eintägigen Workshop unter dem Titel „lessons learned in NRW“ eingeladen. Daran nahmen über 70 Ver-

treterinnen und Vertreter der uGBn, Bezirksregierungen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern, ärztlichen Berufsverbände, des Landkreistages, des Landesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD e.V. (LVÖGD), des westfälischen Ärzteblattes und des LIGA.NRW teil.

Neun Impulsvorträge zu Management, Klinik und Diagnostik der pandemischen Influenza (H1N1) 2009, zum Impfgeschehen und zur Öffentlichkeitsarbeit fassten das Geschehen der vergangenen Monate zusammen und lieferten Anregungen für die Diskussion in Arbeitsgruppen am Nachmittag. Zu den Vortragenden zählten Vertreterinnen und Vertreter des Landkreises Steinfurt, der Stadt Dortmund, des Robert Koch-Instituts (RKI), der Universitätskliniken Münster und Düsseldorf, des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI), der Kassenärztlichen Vereinigungen, des LIGA.NRW und ein Impfexperte. Wesentliches Ziel des Workshops war es, den am Pandemiemanagement Beteiligten Raum für einen fachlichen interdisziplinären und überregionalen Austausch zu geben und Fragestellungen und Handlungsfelder zu identifizieren, an denen weiter gearbeitet werden muss.

Im abschließenden, fünften Kapitel dieser Dokumentation werden die bisherigen Ergebnisse der Evaluationsprozesse zusammengefasst und Bereiche und Aufgaben identifiziert, an denen zur Verbesserung der bestehenden Planungen und zur Vorbereitung auf zukünftige gesundheitliche Gefahrenlagen gearbeitet werden sollte.

I. Der Vorbereitungsstand vor Beginn der Pandemie

Pandemieplanung

Betrachtet man die Auswirkungen und den Verlauf der Influenza A(H1N1)-Pandemie 2009, so lässt sich wohl sagen, dass die Pandemieplanungen einen kontrollierten Umgang mit der Pandemie ermöglicht haben.

Im Verlauf der letzten Jahrhunderte wurde die Menschheit wiederholt mit neuen bzw. reassortierten Influenza-Viren konfrontiert, die teilweise zu schweren und nicht vorhersehbaren Influenzapandemien mit hoher Morbidität und Mortalität geführt haben. Die bekannten Beispiele aus dem 20. Jahrhundert mit Millionen Toten, die hohe Mortalität der sogenannten Vogelgrippe durch das A / H5N1-Virus sowie andere unerwartete infektiologische Geschehen wie die ebenfalls durch Viren verursachte SARS-Epidemie haben deutlich gezeigt, dass eine staatliche und gesamtgesellschaftliche Vorbereitung auf eine Pandemie unabdingbar ist.

Bereits 1999 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals Richtlinien zur Pandemieplanung, die Empfehlungen für die Pandemieplanung der Nationalstaaten enthielten. Diese Empfehlungen wurden 2005 und 2009 aktualisiert. Im Jahr 2004 wurde auf europäischer Ebene ein Pandemie-Rahmenplan erstellt. Mittlerweile verfügt ein Großteil aller Staaten über einen nationalen Pandemieplan.

In Deutschland wurde das Thema erstmals 2001 u.a. von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Seuchenschutz konkretisiert und eine entsprechende Expertengruppe am Robert Koch-Institut eingerichtet. 2005 wurde der erste Nationale Pandemieplan veröffentlicht. Eine Aktualisierung folgte im Mai 2007. Der Nationale Pandemieplan besteht aus drei Teilen und enthält einen Überblick über zu treffende Maßnahmen (Teil I), phasenorientierte Aufgaben, Handlungsempfehlungen (Teil II) und erläutert die wissenschaftlichen Zusammenhänge der Pandemieplanung (Teil III). Im Anhang finden sich fachliche Empfehlungen und Checklisten. Auf der Grundlage des nationalen Plans wurde in Nordrhein-Westfalen (NRW) in den Jahren 2005 und

2006 ein Pandemie-Rahmenplan erstellt sowie der Entwurf eines kommunalen Influenza-Pandemieplans erarbeitet. Erklärtes Ziel all dieser Planungen ist es, alle im Ernstfall beteiligten Behörden und Institutionen frühzeitig auf ein jederzeit mögliches pandemisches Infektionsgeschehen vorzubereiten und damit die Folgen insbesondere hinsichtlich Morbidität und Mortalität zu mindern.

Die deutsche Pandemieplanung wurde 2007 in einer länderübergreifenden Stabsrahmenübung (LÜKEX07) unter Beteiligung von Bundesministerien, dem Robert Koch-Institut, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und dem Paul-Ehrlich-Institut sowie Gesundheits- und Sicherheitseinrichtungen aus sieben Bundesländern geübt.

Pandemie-Rahmenplan für das Land NRW in der Fassung vom 12. Juni 2006

Der Pandemie-Rahmenplan NRW wurde unter der Federführung des damaligen Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales (MAGS), in Kooperation mit anderen Einrichtungen, Experten und Institutionen, u.a. dem damaligen Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd), entwickelt. Als Hilfe bei der Vorbereitung auf eine landesweite Pandemieplanung ist der Pandemie-Rahmenplan, basierend auf den Erkenntnissen der WHO und des Nationalen Pandemieplans, auf die Belange des Landes NRW abgestimmt. Er richtet sich an Behörden und Einrichtungen des Gesundheitswesens und enthält Handlungsanweisungen für die verschiedenen Phasen der Pandemie. Der Plan wird fortlaufend weiterentwickelt. Er dient der Planung, Vorbereitung und dem Krisenmanagement vor Ort, lässt dabei übertragene Zuständigkeiten von Behörden und Einrichtungen unberührt und ermöglicht eine Verzahnung von Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Krankenhausalarmplanung. Eine situationsabhängige Ausgabe verbindlicher Verhaltensregeln für die Bevölkerung wird ebenso angesprochen wie die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung

einschließlich der Durchführung von Impfungen sowie eine verantwortungsvolle Öffentlichkeitsarbeit in der pandemischen und inter pandemischen Phase.

Neben den Influenzaspezifischen Maßnahmen wurde und wird auch das allgemeine Seuchenmanagement in NRW kontinuierlich weiterentwickelt. Dazu zählen der Seuchenalarmplan NRW, das Konzept für den Aufbau eines Kompetenz- und Behandlungszentrums, das Dreistufenkonzept der stationären Versorgung von Infektionspatienten, der Aufbau eines Laborkatasters und die Verzahnung mit dem „Katastrophenschutz“.

Entwurf eines kommunalen Influenza-Pandemieplans für Nordrhein-Westfalen

Im Auftrag der Kommunalen Spitzenverbände wurde im Herbst 2005 eine Arbeitsgruppe „Umsetzung der Influenzapandemieplanung auf kommunaler Ebene in NRW“ zur Erarbeitung eines Musterpandemieplans ins Leben gerufen. Ziel war es, die Kommunen in die Pandemieplanungen stärker einzubeziehen sowie Abläufe und erforderliche Maßnahmen in Pandemiesituationen für die Kommunen modellhaft darzustellen. Dieser Arbeitsgruppe unter der fachlichen Leitung von Herrn Dr. Leidel, damaliger Amtsleiter des Gesundheitsamtes Köln, gehörten Vertreter des MAGS und des Innenministeriums (IM), der Bezirksregierungen, des Iögd, Vertreter aus den uGBn Dortmund, Düsseldorf, Essen, Heinsberg, Köln, Münster und Steinfurt, der Berufsfeuerwehren / der Rettungsdienste, Vertreter der Kasernenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern, des Städte- und Landkreistages und andere an. Die Arbeitsgruppe tagte mehrfach im Zeitraum von Oktober 2005 bis Anfang des Jahres 2006.

In einer ersten vorbereitenden Sitzung wurde die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe besprochen, es wurden erste vorbereitende Überlegungen zur Sichtung, Bewertung und Einordnung der im Nationalen Pandemieplan aufgeführten Vorbereitungsarbeiten vorgenommen und weitere die Arbeit dieser neuen Gruppe betreffende Punkte erörtert. Das Thema der Kostenfolgenabschätzung sollte weiter verfolgt werden und es wurde die Erarbeitung einer gemeinsamen Handlungsempfehlung als wünschenswert und machbar bewertet.

Die konstituierende Sitzung fand am 07.11.2005 statt. Es wurden Arbeitsziele formuliert wie die Sichtung kommunaler Aufgaben, Vereinheitlichung von Verfahrensweisen, Erarbeitung einer gemeinsamen Handlungsempfehlung, Definition der den Kommunen zusätzlich entstehenden Kosten, Feststellung der fachlichen Anforderungen zur Umsetzung des Teils III des Nationalen Pandemieplans. Die Arbeitsgruppe sollte

nach und nach durch zusätzliche beteiligte Gruppen erweitert werden, und ggf. sollten Unterarbeitsgruppen gebildet werden. Auf Grundlage der gemäß Nationalem Pandemieplan kommunal zu planenden Maßnahmen wurden Themenbereiche wie Katastrophenschutz, Kommunikation und Information, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kooperation infektionshygienischen Managements, medizinische Versorgung etc. weiter erörtert. Die Ausarbeitung dieser Themen wurde jeweils an Mitglieder der AG vergeben. Nach Bearbeitung auf kommunaler Ebene und anschließender Diskussion im Gremium sollten diese dann in das Gesamtdokument integriert werden.

Auch in den weiteren Sitzungen wurden die Vorgaben und Ziele der Arbeitsgruppe weiter fortgeschrieben.

Im Mai 2007 wurde der Entwurf eines kommunalen Musterpandemieplans veröffentlicht.

Gemäß der Planung steht dieser Entwurf den Kommunen in NRW zur freien Verfügung. Die im Text genannten Abstimmungen sollte jede Kommune je nach Erfordernissen und kommunalen Gegebenheiten mit den für sie wichtigen Institutionen / Partnern selbst planen und gestalten.

Bereitstellung antiviraler Medikamente

Die Landesregierung hatte 2005 die fachliche Notwendigkeit gesehen, bis Ende 2006 für 30 % der Bevölkerung in NRW (= 6,35 Mio. Therapie-Einheiten) antivirale Medikamente (Oseltamivir und Zanamivir bzw. Relenza® und Tamiflu®) zur Verfügung zu halten, die im Falle von Erkrankungen und erklärter Pandemielage gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) eingesetzt werden sollten. Das Verabreichen der Medikamente sollte durch niedergelassene Ärzte nach standardisierten Empfehlungen, die Verteilung der Medikamente durch Apotheken auf einem besonders festgelegten Weg erfolgen. Sowohl die Beschaffungsstrategie (Ankauf / Einlagerung der Medikamente) als auch die Logistikstrategie (Verteilung durch Apotheken) wurden vertraglich festgelegt.

Die antiviralen Medikamente wurden zu dieser Zeit nur von den Pharmafirmen Hoffmann-La Roche und GlaxoSmithKline produziert.

Während der pandemischen Influenza H1N1 (2009) hatte das MAGS mit Erlass vom 12.08.2009 (III C 4-0611.79.1) mitgeteilt, dass in NRW ca. 5,4 Mio. Therapie-Einheiten Tamiflu® Kapseln und der Wirkstoff Oseltamivirphosphat für ca. 30 % der Bevölkerung (zentral gelagert) zur Verfügung stehen.

II. Die Pandemie

Die H1N1-Influenza-Pandemie in NRW 2009 / 2010

Am Nachmittag des 24. April 2009 wurden die Seuchenreferenten der 16 Bundesländer vom Robert Koch-Institut (RKI) in einer Telefonkonferenz über eine Häufung tödlicher Atemwegserkrankungen in Nordamerika informiert. Als Erreger war ein neues Influenza A-Virus vom Subtyp H1N1 identifiziert worden. Da die ersten epidemiologischen Daten aus Mexiko und den USA eine im Vergleich zu saisonalen Influenzaviren erhöhte Mortalität vermuten ließen, wurde die Situation als bedrohlich eingestuft. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) informierte das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) noch am selben Abend alle 54 unteren Gesundheitsbehörden (uGBn) und Bezirksregierungen des Landes und insbesondere die für einen Verkehrsflughafen zuständigen Gesundheitsbehörden über das Geschehen.

Im Verlauf des Wochenendes (24.-26. April) wurden vom RKI in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden der Länder zahlreiche Dokumente mit Empfehlungen zum Infektionsschutz und zur Surveillance erarbeitet und allen Ländern und Kommunen sowie den Verkehrsflughäfen zur Verfügung gestellt. Die World Health Organization (WHO) hatte zwischenzeitlich ein *public health emergency of international concern* (PHEIC), d.h. ein „internationales Ereignis mit Bedrohung der öffentlichen Gesundheit“ erklärt. Am 27. April wurde die Pandemiewarnstufe 4 (begrenzte Mensch-zu-Mensch-Übertragung, signifikanter Anstieg des Risikos für eine Pandemie), wenige Tage später die Warnstufe 5 (Mensch-zu-Mensch-Übertragung in mindestens 2 Ländern einer WHO-Region, signifikanter Anstieg des Risikos für eine Pandemie) von der WHO deklariert.

Da die Infektionen auf dem amerikanischen Kontinent festgestellt worden waren, lag der Fokus der Infektionsschützer in Deutschland bzw. Europa in dieser Phase auf der frühzeitigen Entdeckung importierter

Erkrankungsfälle, schnellstmöglicher adäquater Behandlung sowie der Verhinderung der Verbreitung der Infektion bzw. deren Verzögerung durch Isolierung Erkrankter, Erkrankungsverdächtiger und deren Kontaktpersonen.

Bereits am 26. April wurde die erste Infektion in Europa (Spanien) bestätigt. Dies zeigt deutlich, dass im Zeitalter des internationalen Flugverkehrs (neue) hochkontagiöse Infektionskrankheiten kaum zu begrenzen bzw. aufzuhalten sind, selbst wenn sie auf anderen Kontinenten entstehen bzw. ausbrechen.

Die ersten deutschen Fälle wurden am 28. und 29.4.2009 in Hamburg und Bayern diagnostiziert und betrafen Mexiko-Reisende. Auch in Nordrhein-Westfalen (NRW) wurden bereits am 29.4. erste Verdachtsfälle einer H1N1-Infektion gemeldet, konnten jedoch nicht labordiagnostisch bestätigt werden.

Am 2. Mai 2009 trat eine zusätzliche „Verordnung über die Meldepflicht bei Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus („Schweine-Grippe“) hervorgerufen wird“ (NIMPV) des Bundes in Kraft, die bereits den Verdacht einer Infektion mit dem neuen Influenzavirus gemäß § 6 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für den feststellenden Arzt namentlich meldepflichtig machte.

In NRW wurden die ersten bestätigten H1N1-Infektionen am 20. Mai 2009 gemeldet und übermittelt. Bei den Betroffenen handelte es sich um Reiserückkehrer aus Nordamerika.

Insgesamt wurden in NRW zwischen Mai 2009 und Mitte April 2010 gut 41.000 Infektionen registriert. Die tatsächliche Zahl der Infizierten und Erkrankten dürfte um ein Mehrfaches höher liegen. Schätzungen auf der Grundlage von Serokonversionsstudien, Telefon surveys und Exzess-Konsultationen gehen davon aus, dass sich in Deutschland ca. 4 - 7 % der Bevölkerung – das entspricht ca. 4,8 bis 8,5 Millionen Menschen – mit dem neuen Influenzavirus infiziert haben. Die Zahl der Exzess-Konsultationen lag nach Angaben der Ar-

beitsgemeinschaft Influenza (AGI) zwischen 2,51 und 3,36 Millionen. Dieser Schätzwert Influenza-bedingter Arztbesuche wird ermittelt, indem die sonst jahreszeitlich auf akute respiratorische Erkrankungen (ARE) zurückzuführenden Arztbesuche mit der Zahl tatsächlicher Arztbesuche verglichen werden.

Eine der Herausforderungen der ersten Wochen betraf die Diagnostik der H1N1-Infektion, da zunächst weder die bisher verwendeten Influenza A-Schnellteste noch die Laboratorien mit den üblichen Methoden eine Infektion zuverlässig nachweisen bzw. ausschließen konnten. So mussten zunächst alle Proben an das Influenza-Labor am RKI geschickt werden, was sowohl zeit- als auch kostenintensiv war. Erst nach und nach war die Diagnostik auch an den Universitätskliniken, in Krankenhauslaboren und kommerziellen Laboratorien in NRW möglich und validiert.

Weitere Herausforderungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bestanden in der Ermittlung und Absonderung von Verdachts- und Erkrankungsfällen, dem Umgang mit Reiserückkehrern – insbesondere auf den Flughäfen –, der Öffentlichkeitsarbeit und der Informationsübermittlung. Aufgrund fortlaufenden Erkenntnisgewinns einerseits und den erforderlichen Bund-Länder-Abstimmungen andererseits waren eine Vielzahl von Informationen und Empfehlungen abzustimmen, zu kommunizieren und zu beachten, die z.T. kurzfristig aktualisiert wurden und umgesetzt werden sollten. Diese Abstimmungsprozesse sowie die Sicherstellung einer zeitgerechten aktuellen Information aller Partner stellten für alle Ebenen eine große Herausforderung dar.

Da sich die Infektion zwischenzeitlich auf mehrere Kontinente ausgebreitet hatte, deklarierte die WHO am 11. Juni 2009 die Pandemie (Stufe 6 - fortgesetzte Mensch-zu-Mensch-Übertragungen in mindestens zwei der insgesamt sechs WHO-Regionen). Dies führte in vielen Staaten, Ländern und Kommunen zur Aktivierung von Alarmplänen und Krisenstäben und ermöglichte u. a. beschleunigte Zulassungsverfahren und später die Verimpfung eines Pandemie-Impfstoffes. Weltweit wurde seit Mai 2009 an einem Impfstoff gegen das Influenza H1N1-Virus gearbeitet und dieser in klinischen Studien getestet.

Im Juli und August kam es zu einem ersten kleineren Anstieg der Influenza-Infektionen in NRW. Betroffen davon waren in erster Linie Jugendliche und junge Erwachsene mit Reiseanamnese Spanien und deren Kontakte. Es ist anzunehmen, dass Gruppenreisen (im Bus) und ein bestimmtes alterstypisches Verhalten sowie eine geringe Compliance im Hinblick auf Hygiene- und Quarantänemaßnahmen die Verbreitung der Infektion in dieser Gruppe befördert haben. Autochthone (d.h. in Deutschland stattfindende) Übertragungen waren zu dieser Zeit noch selten. Trotzdem stell-

ten sich zu diesem Zeitpunkt auch Fragen hinsichtlich der Isolation von Kontaktpersonen, Schulbesuchsverböten und Schulschließungen.

Ein zweiter deutlicherer Anstieg der gemeldeten Infektionen begann im Oktober 2009. In dieser Zeit sank der Anteil der reiseassoziierten Fälle deutlich und es kam zu einer autochthonen epidemischen Ausbreitung in NRW bzw. Deutschland.

Die Zahl der in NRW registrierten H1N1-Infektionen stieg bald auf einige hundert bis mehr als tausend übermittelte Infektionen wöchentlich. Der Erkrankungsgipfel der H1N1-Influenzapandemie in NRW wurde in der 45. bis 48. Kalenderwoche (KW) (d. h. im November) erreicht. Dies war im Vergleich zu den üblichen saisonalen Influenza-Epidemien ungewöhnlich früh. Der Erkrankungsgipfel wird in der Regel frühestens Ende Dezember, meist jedoch erst im Februar oder März registriert.

Der Fokus der Infektionsschützer lag in der ersten Phase des Geschehens von April bis ca. Mitte August auf dem Versuch, die Pandemie einzudämmen, in der folgenden Phase von Mitte August bis Anfang November konzentrierte man sich darauf, die Wahrscheinlichkeit von Infektionen bei vulnerablen Gruppen zu vermindern. Ab November war die Zahl der Infizierten so groß und die Verbreitung der Infektion in Deutschland soweit fortgeschritten, dass eine fortgesetzte Übertragung nicht mehr zu verhindern war und der Fokus des Managements nunmehr auf der Reduktion schwerer und tödlicher Verläufe durch eine möglichst frühe Behandlung von Risikopersonen lag. Im Rahmen dieser sich ändernden Zielstellungen des Pandemiemanagements wurden auch die Empfehlungen des RKI für Ärzte und den öffentlichen Gesundheitsdienst schrittweise angepasst.

Die Vielzahl der Meldefälle im Herbst 2009 führte zu einer enormen Belastung der uGBn und Landesstellen, die dem Ermittlungs- und Beratungsbedarf sowie der Erfassung und Übermittlung der Daten zeitweise kaum nachkommen konnten.

Ab der 44. KW (letzte Oktoberwoche) war deshalb eine aggregierte Fallübermittlung möglich.

Fast zeitgleich standen ab Ende Oktober die ersten Chargen des Pandemie-Impfstoffes zur Verfügung und in NRW wie in ganz Deutschland startete eine Impfkampagne. Einzelheiten zur Planung und Durchführung der Impfkampagne in NRW waren in einer entsprechenden Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Land und Kommunen erarbeitet worden.

Die bestehende Bundesverordnung zur Arztmeldung von H1N1-Verdachts- und Krankheitsfällen wurde am 13.11.2009 außer Kraft gesetzt. An ihre Stelle trat eine Änderungsverordnung, in der die Arztmeldepflicht nur noch für laborbestätigte Todesfälle an Neuer Influenza

galt. Diese Meldeverordnung ist am 01.05.2010 außer Kraft getreten (gemäß § 2 der Meldeverordnung). Eine Labormeldepflicht nach § 7 IfSG besteht unverändert.

Im August 2010 erklärte die WHO die Pandemie für beendet und stufte die Situation als postpandemische Phase ein (pandemisches Influenzavirus H1N1 (2009) stellt keine gesundheitliche Notlage von internationaler Bedeutung gemäß den Internationalen Gesundheitsvorschriften mehr dar). Deutschlandweit wurden bis zum Ende der Influenzawelle im Frühjahr 2010 insgesamt rund 226.000 H1N1-Infektionen registriert, 253 Menschen verstarben, darunter 29 Kinder und 2 schwangere Frauen.

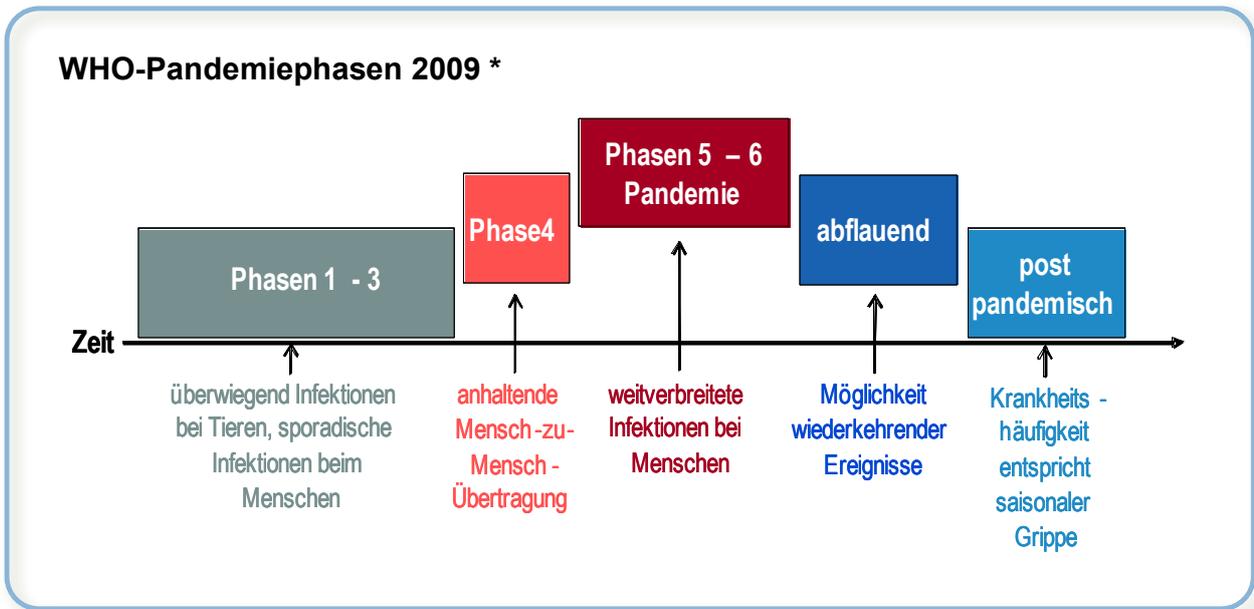
In NRW wurden knapp 1.500 (4,1 %) der insgesamt gut 41.000 gemeldeten Fälle im Krankenhaus behandelt, häufig aufgrund einer Pneumonie. Der erste Todesfall im Zusammenhang mit einer H1N1-Infektion in NRW wurde Ende September bekannt. Dabei handelte es sich um eine 36-jährige Frau aus dem Ruhrgebiet, bei der einige chronische Vorerkrankungen bekannt waren. Insgesamt wurden in NRW 62 Todesfälle bekannt. Betroffen waren überwiegend ältere Erwachsene mit Vorerkrankungen der Atemwege, des Herz-Kreislauf-Systems oder immunsupprimierenden Krankheiten.

Rückblickend betrachtet war die H1N1-Pandemie weniger gefährlich und folgenschwer als zunächst befürchtet und manche Maßnahme scheint aus heutiger Sicht überzogen. Man muss jedoch beachten, dass im April / Mai 2009 nur wenige Informationen über die Eigenschaften des neu entdeckten Virus zur Verfügung standen und diese vorhandenen Informationen auf eine hohe Letalität und Kontagiosität hinwiesen. Auch scheint es in verschiedenen Staaten bzw. Regionen unterschiedliche Verläufe mit sich deutlich unterscheidenden Krankheits-, Hospitalisations- und Mortalitätsdaten zu geben, für die es bisher keine hinreichende Erklärung gibt. Unabhängig davon erwartet unsere Gesellschaft, dass die öffentlichen Institutionen, in diesem Fall der ÖGD, auf den schlimmstmöglichen Fall vorbereitet sind und entsprechend reagieren. Dazu gehört auch der Auftrag, sich mit den Lehren des Pandemiegeschehens auseinanderzusetzen und die Erkenntnisse in die zukünftige Pandemieplanung einfließen zu lassen.

Chronologie der H1N1-Pandemie

- 12.04.2009** Mexikanische Gesundheitsbehörden melden der Pan American Health Organization den Ausbruch einer akuten respiratorischen Krankheit in Veracruz. Rückwirkend wird ein am 3. April erkrankter 6-Jähriger als „erster Fall“ identifiziert.
- 21.04.2009** Das Centre for Disease Prevention and Control (CDC) informiert in seinem wöchentlichen Bericht über die Isolierung einer neuen Variante des Influenzavirus A (H1N1) von zwei Patienten in Kalifornien.
- 23.04.2009** 5 weitere Erkrankungsfälle in den USA wurden entdeckt. Es ist von einer Mensch-zu-Mensch-Übertragung auszugehen.
- 24.04.2009** Die Lage in Mexiko scheint besorgniserregend. Die WHO bestätigt die Erkrankung von etwa 800 Menschen in Mexiko. Berichte sprechen von mindestens 60 Todesfällen in Mexiko City. Mexikanische Behörden warnen vor dem Besuch von Massenveranstaltungen. Die Letalität soll bei 6-7 % liegen.
Das RKI berichtet in einer kurzfristig anberaumten Telefonkonferenz mit den Seuchenreferenten der Länder über die Lage und stimmt das weitere Vorgehen ab.
Das LIGA.NRW informiert alle unteren Gesundheitsbehörden und die Bezirksregierungen in NRW über die möglicherweise bevorstehende Gefahr eines pandemischen Geschehens mit einem neuen Influenzasubtyp und versendet zahlreiche Dokumente.
- 25.04.2009** Die WHO stuft die Situation als eine „Public health emergency of international concern“ ein.
- 26.04.2009** In Spanien und dem Vereinigten Königreich werden die ersten Infektionen bei Reiserückkehrern auf europäischem Festland diagnostiziert.
- 27.04.2009** Die WHO ruft die Pandemiestufe 4 aus (bestätigte Mensch-zu-Mensch-Übertragung, anhaltende, geographisch begrenzte Ausbrüche).
- 28.04.2009** Veröffentlichung der Anleitung zum labordiagnostischen Nachweis des Influenza A(H1N1)-Virus
- 29.04.2009** Das RKI bestätigt die ersten deutschen Fälle in Hamburg und Bayern.
Die WHO erhöht ihre Gefahreinschätzung auf Pandemiestufe 5 (Mensch-zu-Mensch-Übertragung in mindestens zwei Ländern in einer der 6 WHO Regionen).
- 01.05.2009** Erster Nachweis einer Mensch-zu-Mensch-Übertragung in Deutschland. Es handelt sich um eine Krankenschwester, die sich bei einem Patienten infiziert hat.
- 02.05.2009** Die „Verordnung über die Meldepflicht bei Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus („Schweine-Grippe“) hervorgerufen wird“ (NIMPV) tritt in Kraft. Ärztlich zu melden ist bereits der Verdacht der Erkrankung. Das RKI veröffentlicht eine neue Falldefinition zur A / H1N1-Influenza.
- 06.05.2009** Das RKI meldet in seinem Wochenbericht 10 bestätigte Influenzafälle in Deutschland.
- 20.05.2009** Der erste Erkrankungsfall an A / H1N1 in NRW wird nachgewiesen.
- 26.05.2009** Erste Empfehlung der WHO zur Impfstoffzusammensetzung.
- 11.06.2009** Die WHO ruft die höchste Pandemiestufe 6 aus (pandemische Phase; Ausbrüche in mindestens 2 WHO-Regionen). Da neben der WHO-Region Amerika nun auch hunderte von Fällen aus Australien, Japan und Europa gemeldet werden, sind mindestens drei der sechs WHO-Regionen als betroffen anzusehen.
- 14.06.2009** Eine 38 jährige Schottin ist der erste berichtete Todesfall in Europa.
- 16.06.2009** Auf Einladung des MAGS trifft sich ein NRW-Expertengremium zu Beratungen. Weitere Termine folgen im Juli und November.
- 07.07.2009** Das RKI meldet in seinem Wochenbericht 591 Influenzafälle in Deutschland.
- 15.07.2009** Aus allen Bundesländern Deutschlands werden nun Influenzafälle gemeldet.
- 22.07.2009** Das RKI meldet in seinem Wochenbericht 1.818 Influenzafälle in Deutschland.

- 29.07.2009** 4.445 Influenzafälle in Deutschland sind gemeldet.
- Aug. 2009** In Deutschland beginnt die Vorbereitung auf die Impfung größerer Bevölkerungsteile durch die Gesundheitsbehörden.
In NRW nimmt die Arbeitsgruppe Impflogistik zur Vorbereitung der Schutzimpfung gegen die pandemische Influenza die Arbeit auf.
- 12.08.2009** Die Zahl der Infizierten in Deutschland steigt auf 10.600 Fälle.
- 25.09.2009** Der erste deutsche Todesfall in Zusammenhang mit einer H1N1-Infektion ist eine 36-jährige Frau aus Nordrhein-Westfalen (Essen) mit Vorerkrankungen.
- 30.09.2009** Das RKI vermeldet in seinem Wochenbericht 20.514 Influenzafälle in Deutschland.
- 08.10.2009** Die Ständige Impfkommision (STIKO) am RKI veröffentlicht die Empfehlung mit Begründung zur Impfung gegen die Neue Influenza A (H1N1) online, am 12.10. im Epid. Bulletin, am 16.10. im Dt. Ärzteblatt.
- Okt. 2009** Ein sprunghafter Anstieg der Erkrankungszahlen an A / H1N1 in Deutschland ist zu verzeichnen. Am 29.10.2009 ist die Zahl der Influenzafälle in Deutschland auf 29.907 gestiegen (3 Todesfälle). In der 44. KW werden 9.434 Neuerkrankungen gemeldet.
Die Zahl der wöchentlich in NRW registrierten H1N1-Infektionen steigt auf mehr als tausend übermittelte Infektionen.
Ab der 44. KW ist für die uGBn die aggregierte Fall-Übermittlung möglich.
- 22.10.2009** In NRW wird mit Runderlass des MAGS eine Öffentliche Empfehlung für Schutzimpfungen gegeben.
- 26.10.2009** Beginn der Impfkaktion in Deutschland.
Die Impfkaktionen in NRW starten ebenfalls am 26. Oktober.
Aufgrund von Lieferengpässen bei den Impfstoffherstellern steht zeitweise weniger Impfstoff zur Verfügung als es Impfwillige gibt.
- 05.11.2009** 40.271 Influenzafälle in Deutschland sind gemeldet (9 Todesfälle).
- 10.11.2009** Eine Änderungsverordnung zur Meldepflicht bei Neuer Influenza tritt in Kraft – die Arztmeldepflicht gilt nun nur noch bei Todesfällen.
Allein in der 45. KW werden 23.480 Neuerkrankungen gemeldet.
- 17.11.2009** Die Gesamtzahl der Influenzafälle in Deutschland steigt auf 85.290.
- Nov. 2009** Der Höhepunkt der Influenzapandemie in NRW liegt in der 46 KW.
In der 47. KW erreicht die Zahl der gemeldeten Neuerkrankungen in Deutschland mit 46.767 Fällen ihren Höhepunkt.
- 04.12.2009** 192.348 Influenzafälle in Deutschland sind gemeldet.
- 22.12.2009** Die Zahl der Influenzafälle in Deutschland steigt auf 209.885. Die Anzahl der Neuinfektionen sinkt jedoch bereits drastisch.
- 26.01.2010** 220.917 Influenzafälle in Deutschland sind gemeldet. In der 2. KW ist die Anzahl der Neumeldungen auf 519 gesunken.
- März 2010** Die Zahl der Influenzafälle in Deutschland ist deutlich zurückgegangen. Die öffentlichen Impfkaktionen werden eingestellt.
- 10.08.2010** Die WHO ruft die postpandemische Phase aus. Die A / H1N1-Pandemie ist beendet.
- Bis Mitte April 2010 wurden deutschlandweit 226.137 Erkrankungen an pandemischer Influenza und 253 Tote, in NRW 41.313 Erkrankungen und 62 Tote registriert.



Quelle: Handbuch Betriebliche Pandemieplanung –zweite erweiterte und aktualisierte Auflage, Dez. 2010

Herausgeber: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart und

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

* Darstellung der im April 2009 von der WHO veröffentlichten Pandemiephaseneinteilung, die seit November 2007 überarbeitet wurde (s. Literaturverzeichnis S. 105)

Die Epidemiologie der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 in NRW

Zwischen Ende Mai 2009 und Mitte April 2010 (21. Kalenderwoche (KW) 2009 und 16. KW 2010) wurden in Nordrhein-Westfalen 41.313 Infektionen mit pandemischer Influenza (H1N1) 2009 von der Landesmeldestelle registriert. In diesem Zeitraum waren zwei Erkrankungsgipfel zu beobachten: ein kleinerer Anstieg der Meldezahlen in der 29. bis 35. KW (Juli / August) und eine deutliche Erkrankungswelle in der 43. bis 51. KW (November / Dezember). In der am stärksten betroffenen Woche (46. KW) wurden mehr als 10.200 Influenza-Infektionen übermittelt (Abb. 1).

Die gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) erhobenen Daten sind allerdings nur bedingt geeignet, die Krankheitslast auf Bevölkerungsebene zu bestimmen, da nur ein Teil aller erkrankten Personen einen Arzt aufsucht und klinische Verdachtsfälle häufig nicht labor diagnostisch bestätigt werden. Meldepflichtig waren aber vor allem die laborbestätigten Infektionen sowie Erkrankungshäufungen (klinisch-epidemiologische Fälle). Es ist davon auszugehen, dass die Zahl tatsächlicher Infektionen und Erkrankungen die Zahl gemeldeter und übermittelter Fälle um ein Vielfaches überschreitet.

Zu beachten ist, dass sich durch geänderte Vorgaben (Meldeverordnung, Infobriefe zur Übermittlung, Kostenübernahmen von Labortests) und Änderung des diagnostischen Vorgehens während der Pandemie die Zahl der übermittelten Fälle ohne Änderung der epidemiologischen Situation geändert haben kann.

Zur Datengrundlage

Die nachfolgende Auswertung schließt auch Fälle von pandemischer Influenza ein, die nicht der sogenannten Referenzdefinition des Robert Koch-Instituts entsprechen. Abweichende Ausgangszahlen in den Tabellen und Diagrammen sind auf die Auswertung von zwei Datensätzen mit unterschiedlichen Einschlusskriterien zurückzuführen. Zum einen wurde ein vom RKI zur Verfügung gestelltes Tool zum Auslesen der Fälle pandemischer Influenza aus der Meldesoftware SurvNet@RKI verwendet, welches auf die Angaben im Freitextfeld zugreift. Wurde dieses Feld nicht ausgefüllt,

wurde der Fall nicht erfasst. Zum anderen wurden mit Hilfe des Erfassungsprogramms SurvNet@RKI (NRW-Datenbank) Abfragen generiert, welche im Gegensatz zum RKI-Tool alle Influenza A-Fälle der Meldekategorie Influenza (außer den Subtypen H1N2, H3N2, H5N1, H7N7) sowie alle nicht-differenzierten Influenzafälle berücksichtigen. Der gewählte Zeitraum umfasst die 21. Kalenderwoche 2009 bis zur 20. Kalenderwoche 2010.

Demographische Verteilung

Die Auswertung der Daten zu Alter und Geschlecht von 29.268 Personen, zu denen diese Angaben übermittelt wurden, zeigt die höchste altersspezifische Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen (Abb. 2). Vor allem Schulkinder zwischen 10 und 14 Jahren, aber auch Säuglinge waren stark betroffen. Im Kindes- und Jugendalter überwiegt das männliche Geschlecht, ab dem 25. Lebensjahr wurden Erkrankungen häufiger bei Frauen registriert (für zusätzliche Abbildungen siehe Anhang „Ergänzende Tabellen und Abbildungen“, Abb. 31 und 32).

Hospitalisierung

Insgesamt wurden 4,13 % aller Meldefälle mit pandemischer Influenza stationär behandelt. Die Kurve der Hospitalisierungen von an pandemischer Influenza erkrankten Personen sieht ähnlich aus wie der Zeitverlauf aller Fälle. Ein erster Gipfel an Hospitalisierungen war in der 30. Meldewoche zu beobachten, in der auch ein erster Höhepunkt in der Anzahl von an pandemischer Influenza erkrankten Personen vorlag (Abb. 3). Mit Zunahme der Meldezahlen ab der 42. Meldewoche steigt auch die Zahl der Krankenhausaufenthalte mit einem zweiten ausgeprägten Höhepunkt in der 46. KW (335 Krankenhausaufenthalte).

Bei knapp 1 % aller Fälle mit entsprechender Angabe (n=262) wurde eine Pneumonie diagnostiziert. Davon waren am häufigsten Senioren im Alter über 70 Jahren betroffen.

Abbildung 1: Übermittelte Fälle von pandemischer Influenza (H1N1) nach Meldeform und Meldewoche, NRW, 21. KW 2009 – 16. KW 2010 (n=41.029)

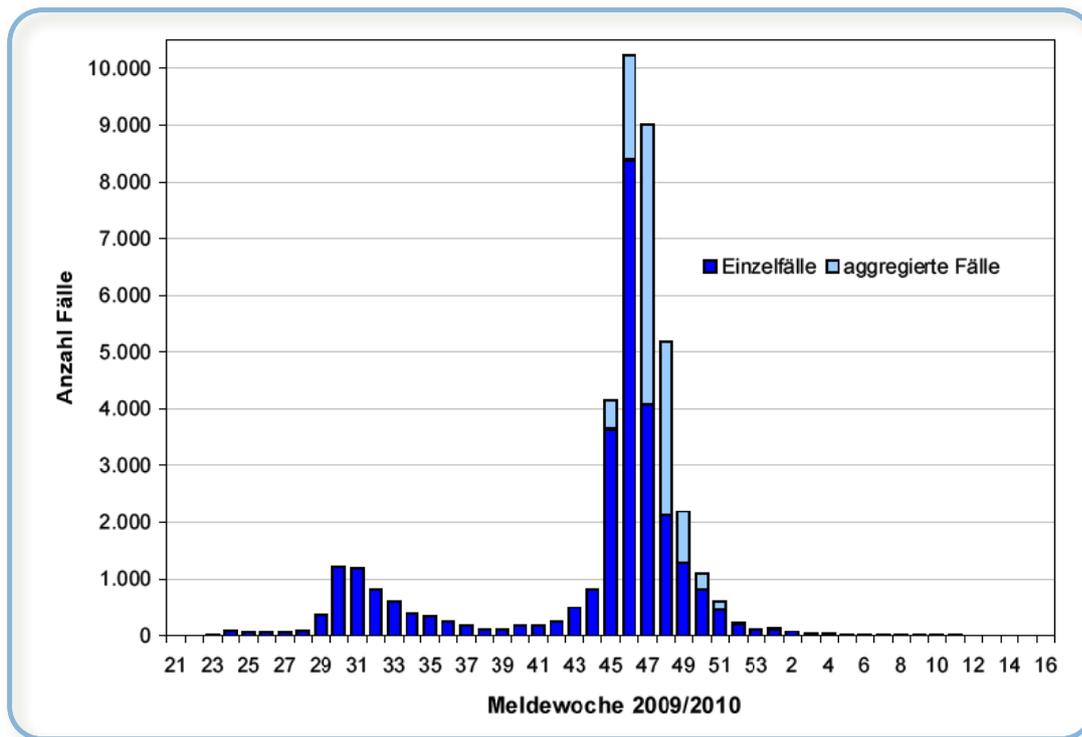


Abbildung 2: Übermittelte Fälle pandemischer Influenza (H1N1) pro 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht (n=29.269)

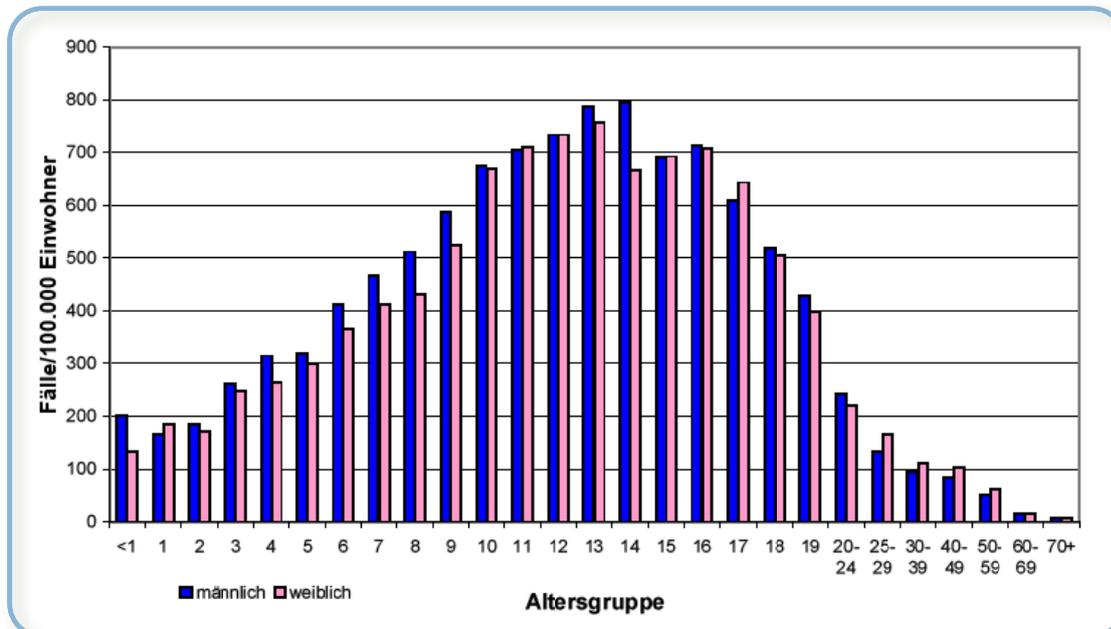


Abbildung 3: Übermittelte hospitalisierte H1N1-Fälle mit Angaben zum Hospitalisierungsgrund im Zeitverlauf (n=1.693)

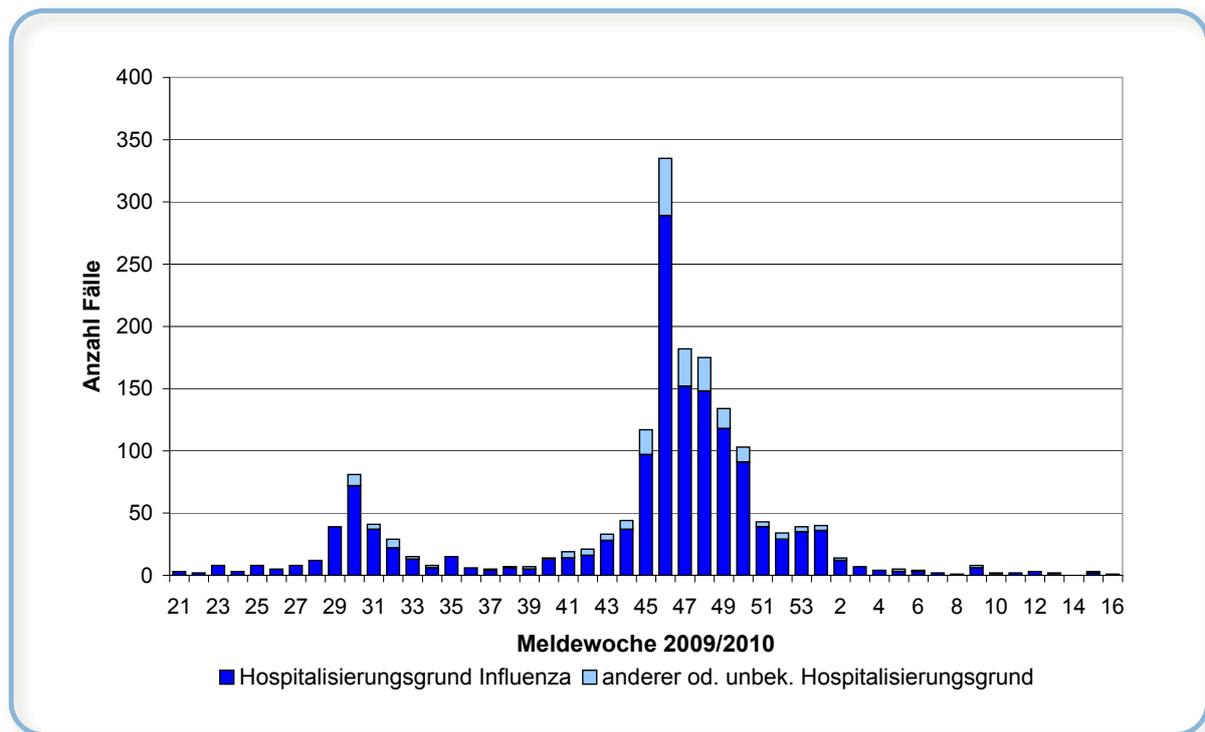


Abbildung 4: Anteil der hospitalisierten H1N1-Fälle (n=1.706) an allen H1N1-Fällen mit Angabe zum Krankenhausaufenthalt (n=28.815) je Altersgruppe (Datenquelle RKI-Tool)

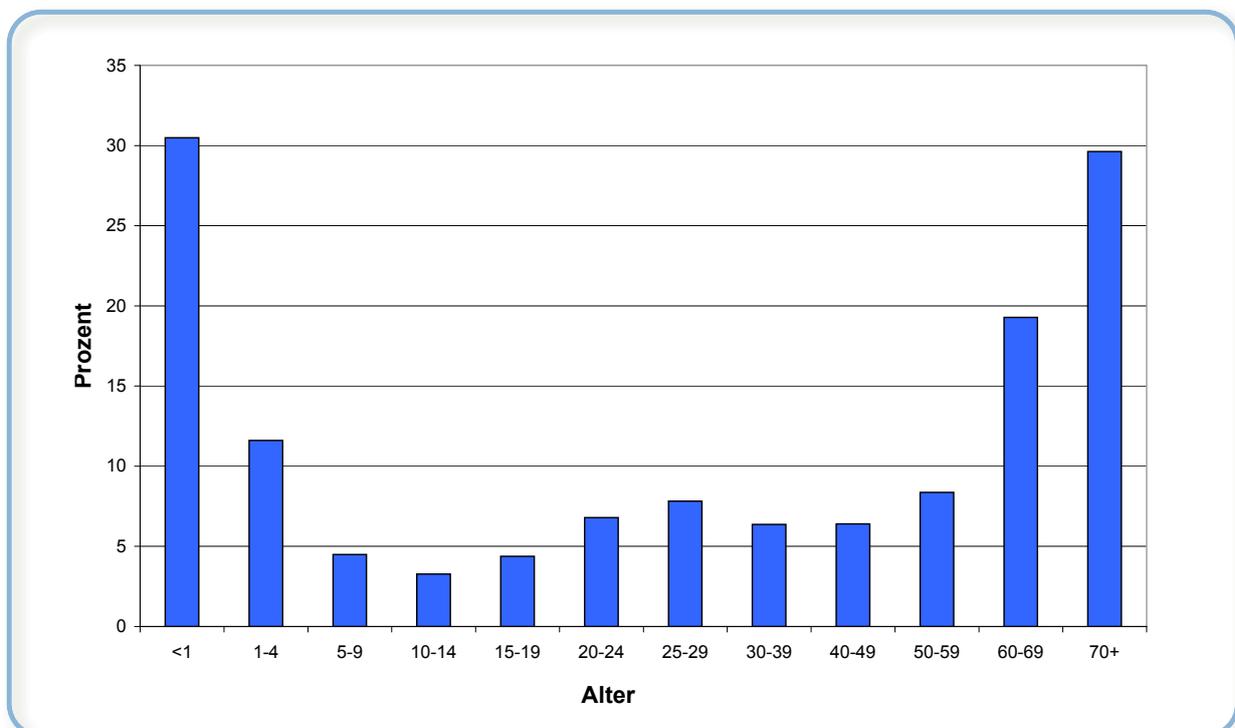
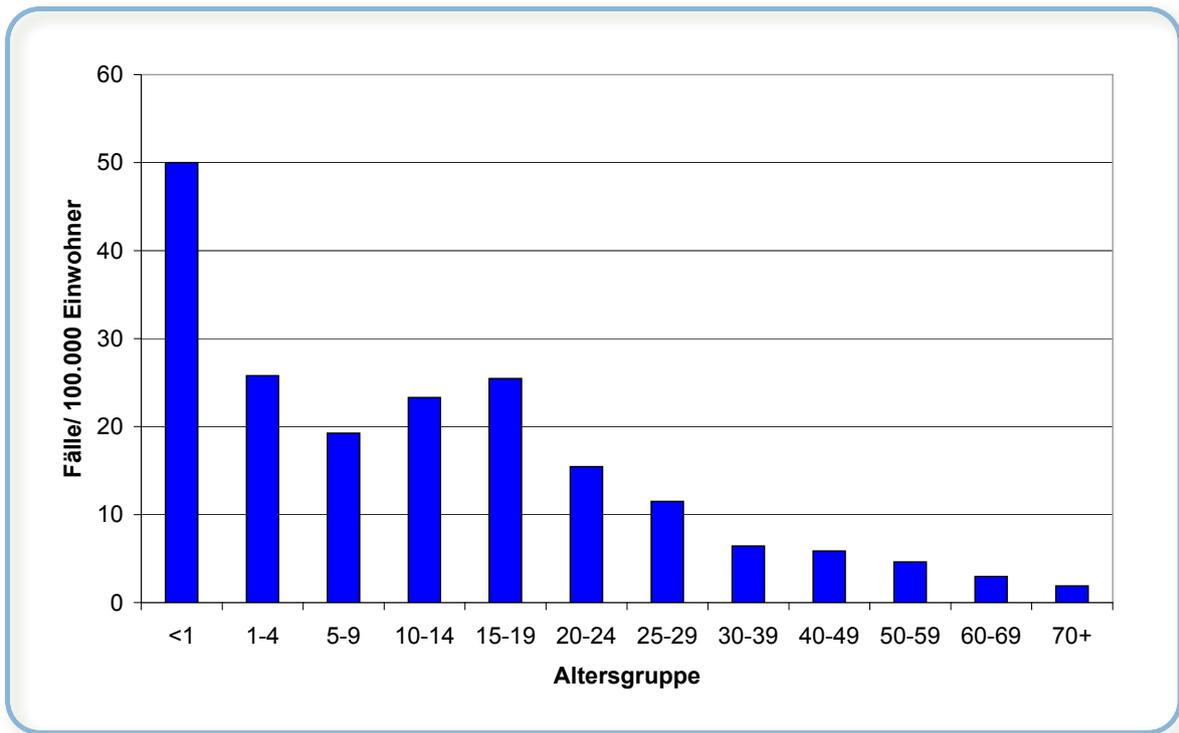


Abbildung 5: Altersspezifische Inzidenz an Hospitalisierungen mit H1N1-Infektion (n=1.706)
(Datenquelle: NRW-Datenbank)



Risikofaktoren

Insgesamt wurde bei 1.776 Erkrankten (6 %) das Vorhandensein von Risikofaktoren übermittelt. Als häufigster Risikofaktor wurde eine vorbestehende Atemwegserkrankung genannt (46 % aller angegebenen Risikofaktoren), gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (11 %), Diabetes mellitus (7 %), dem Vorliegen einer Schwangerschaft oder Immunsuppression (jeweils 5 %) und Adipositas (4 %). Weitere, jedoch deutlich seltenere Risikofaktoren waren Rheuma, Allergie, Leukämie, Epilepsie, der Einsatz einer Dialyse, Down-Syndrom, nicht näher spezifizierte Krebsarten, Morbus Crohn sowie Organtransplantation (siehe Anhang „Ergänzende Tabellen und Abbildungen“, Abb. 33 und 34)

Zu 280 von 1.463 (19 %) wegen pandemischer Influenza hospitalisierten Personen wurden Risikofaktoren

übermittelt (Abb. 6). Damit liegt der Anteil der hospitalisierten Personen mit einem oder mehreren Risikofaktoren deutlich über dem Anteil aller Erkrankten mit Risikofaktoren (6 %).

Zu den 280 Fällen wurden insgesamt 325 Angaben zu Risikofaktoren übermittelt (Mehrfachnennungen möglich). Auch hier war der am häufigsten dokumentierte Risikofaktor eine vorliegende Atemwegserkrankung (n=100), gefolgt von Immunsuppression und einer chronischen Vorerkrankung des Herz-Kreislauf-Systems (Abb. 7).

Seltener Vorerkrankungen bzw. Risikofaktoren waren beispielsweise Krebserkrankungen, Dialysepflichtigkeit, Zustand nach Organtransplantation, Down-Syndrom sowie Alkoholismus, die sich unter dem Oberbegriff einer eingeschränkten Immunabwehr subsumieren lassen.

Abbildung 6: Anteil Fälle mit dokumentierten Risikofaktoren (n=280) von allen hospitalisierten Fällen mit pandemischer Influenza (n=1.463)

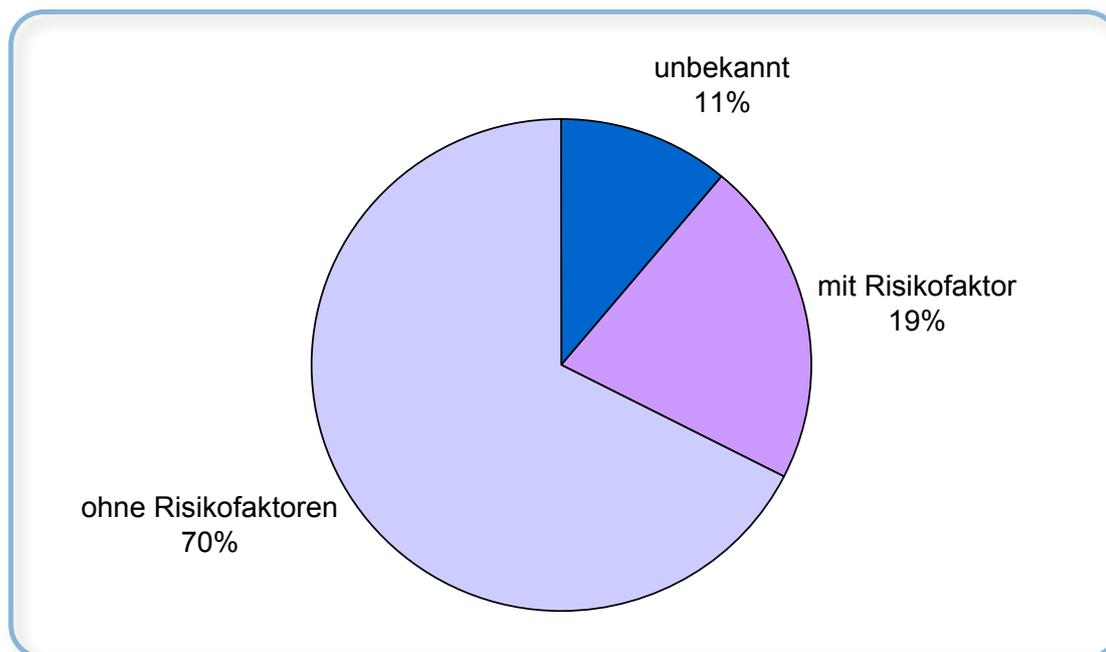
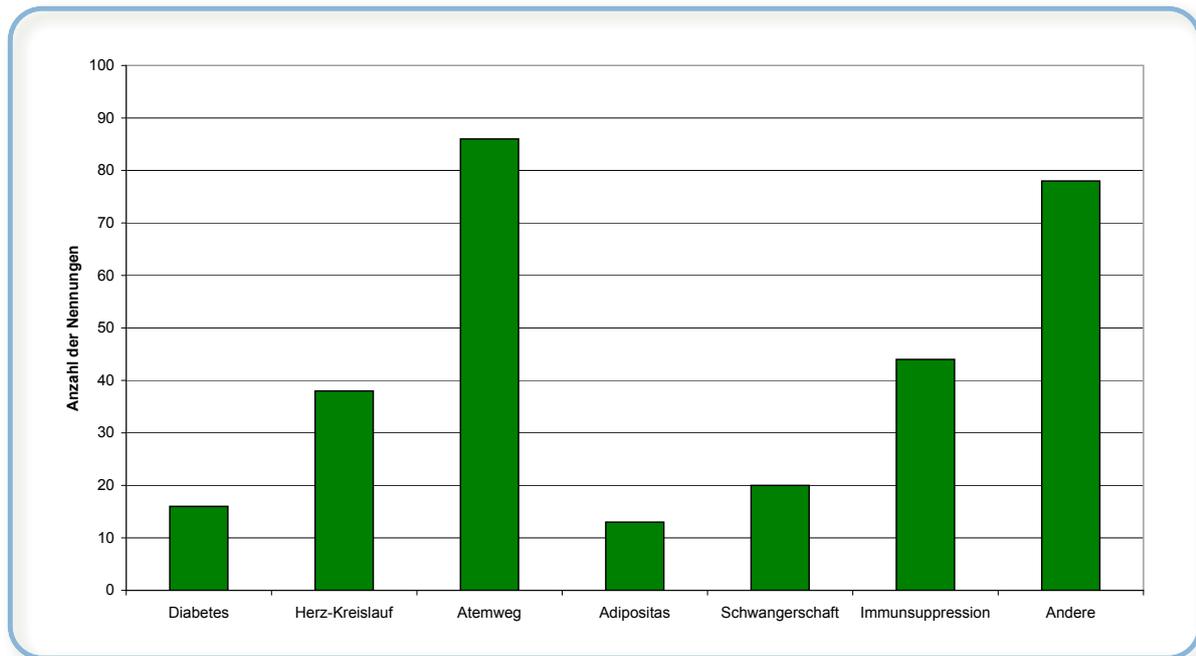


Abbildung 7: Anzahl der übermittelten Risikofaktoren (n=325) bei hospitalisierten pandemischen Influenzafällen (n=1.198), Mehrfachnennungen möglich



Todesfälle

In NRW wurden im Zeitraum von September 2009 bis April 2010 insgesamt 62 Todesfälle im Zusammenhang mit der Infektion an pandemischer Influenza (H1N1) 2009 bekannt, das waren 0,21 % der an dieser Infektion Erkrankten mit entsprechender Angabe (n=29.138). Der erste Todesfall wurde in der 38. KW registriert (erster Krankheitsfall 21. KW). Mit 65 % der Todesfälle überwiegt das männliche Geschlecht (siehe

Anhang „Ergänzende Tabellen und Abbildungen“, Abb. 35).

Obwohl die altersspezifische Inzidenz der pandemischen Influenza bei Erwachsenen deutlich niedriger war als bei Kindern und Jugendlichen (s. Abb. 32 im Anhang) und es bei Senioren über 70 nur selten zu Grippe-Erkrankungen kam, waren Todesfälle vor allem bei älteren Erwachsenen und Senioren zu verzeichnen (Abb. 9).

Abbildung 8: Anzahl der übermittelten Todesfälle in Zusammenhang mit pandemischer Influenza nach Todeswoche (n=62)

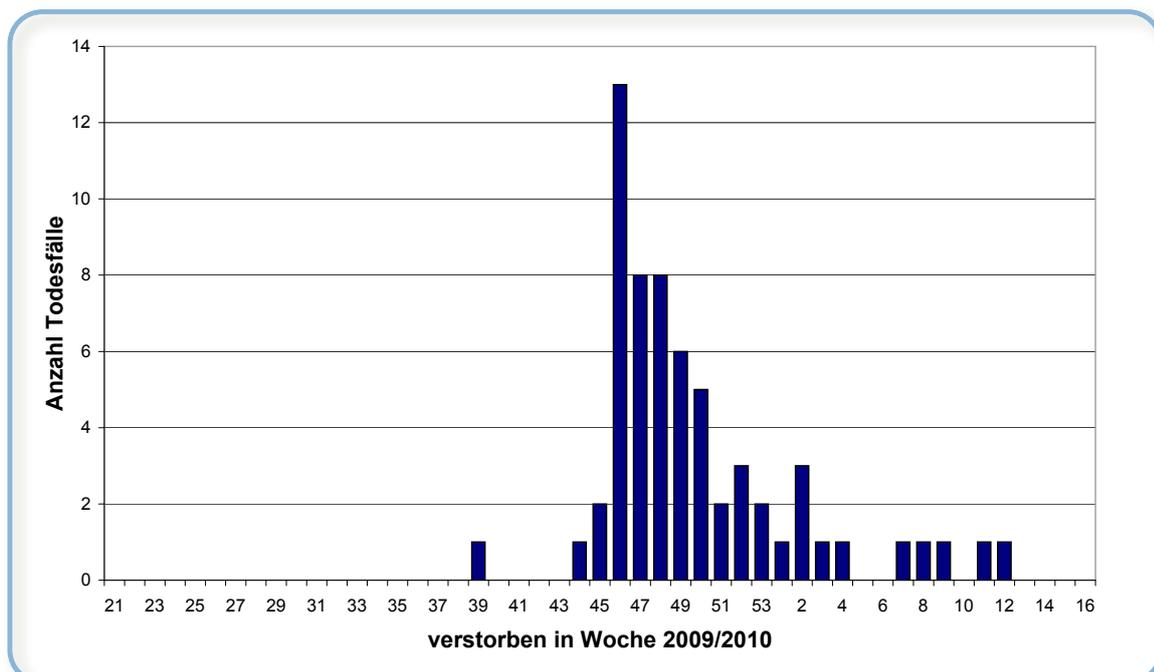


Abbildung 9: Übermittelte Todesfälle mit H1N1-Nachweis pro 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht (n=62)

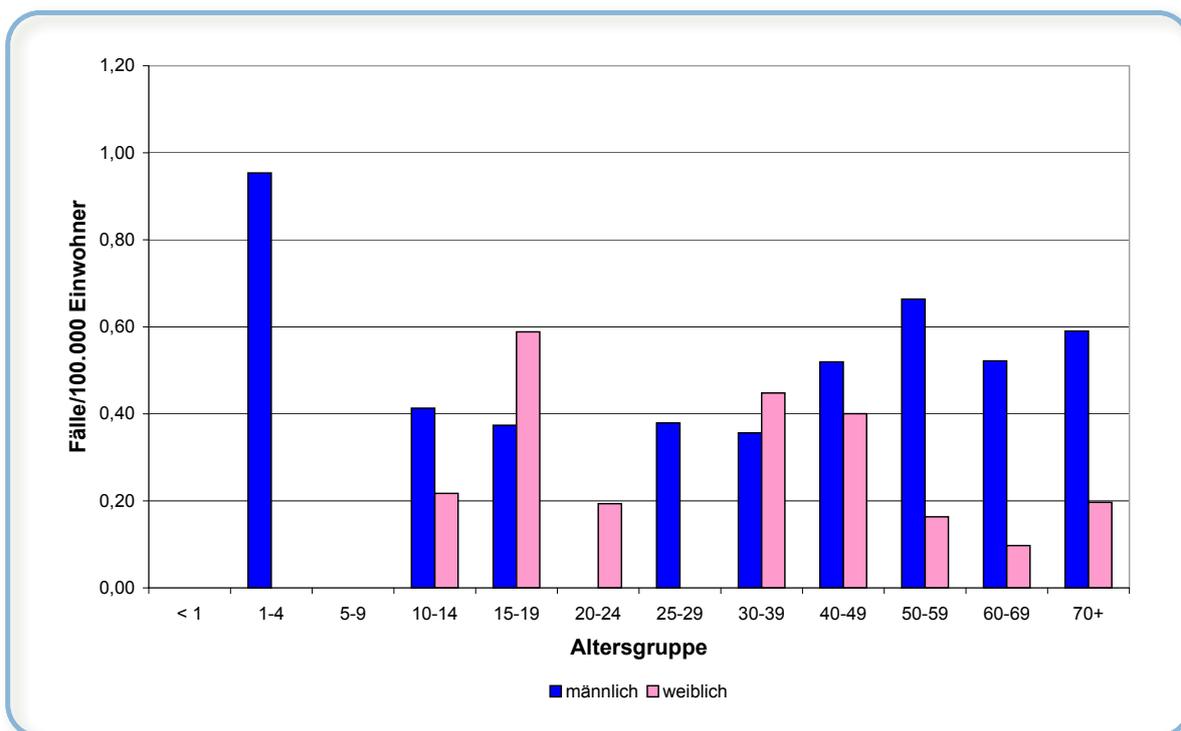
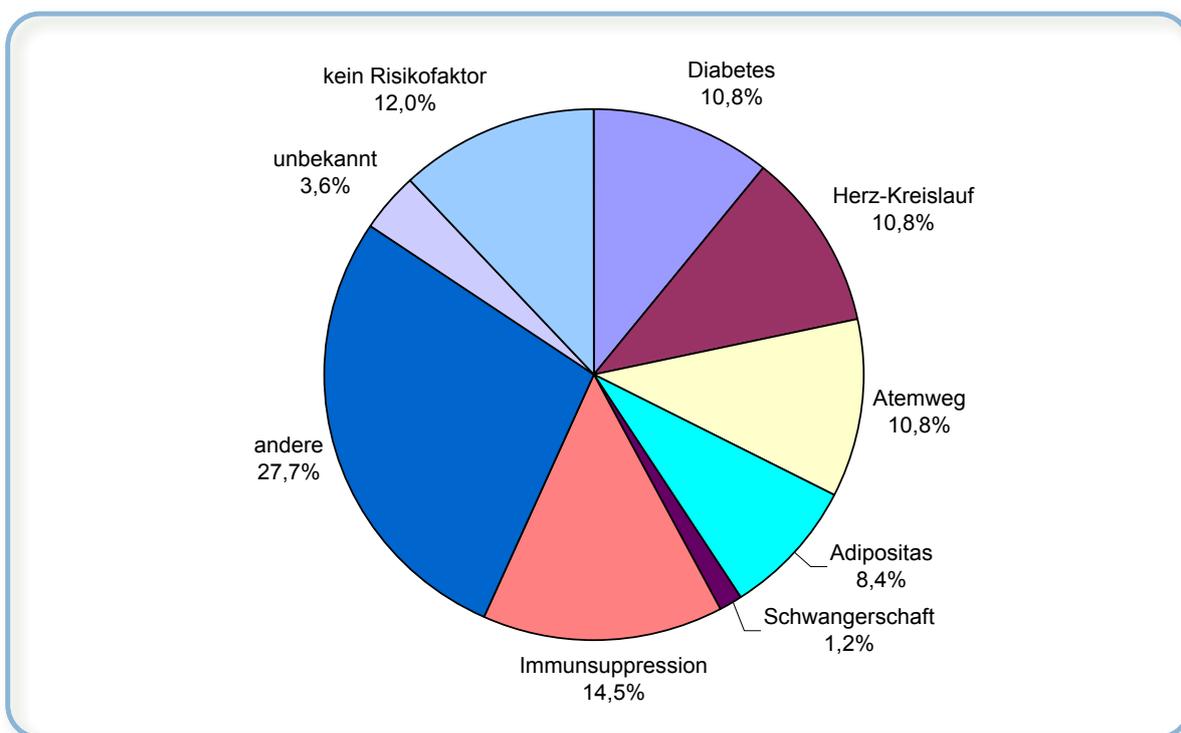


Abbildung 10: Häufigkeit übermittelter Risikofaktoren bei Todesfällen im Zusammenhang mit pandemischer Influenza (n=62)



Infektionsort

Von 27.595 Fällen (67 %) wurden Angaben zum Infektionsland bzw. -ort übermittelt (Mehrfachnennungen möglich). 84,6 % aller Betroffenen in NRW infizierten sich in Deutschland (autochthone Übertragung); 15,4 % brachten die Influenza-Infektion vermutlich aus dem Ausland mit. 77,4 % von allen reiseassoziierten Erkrankungen standen im Zusammenhang mit einer Spanienreise.

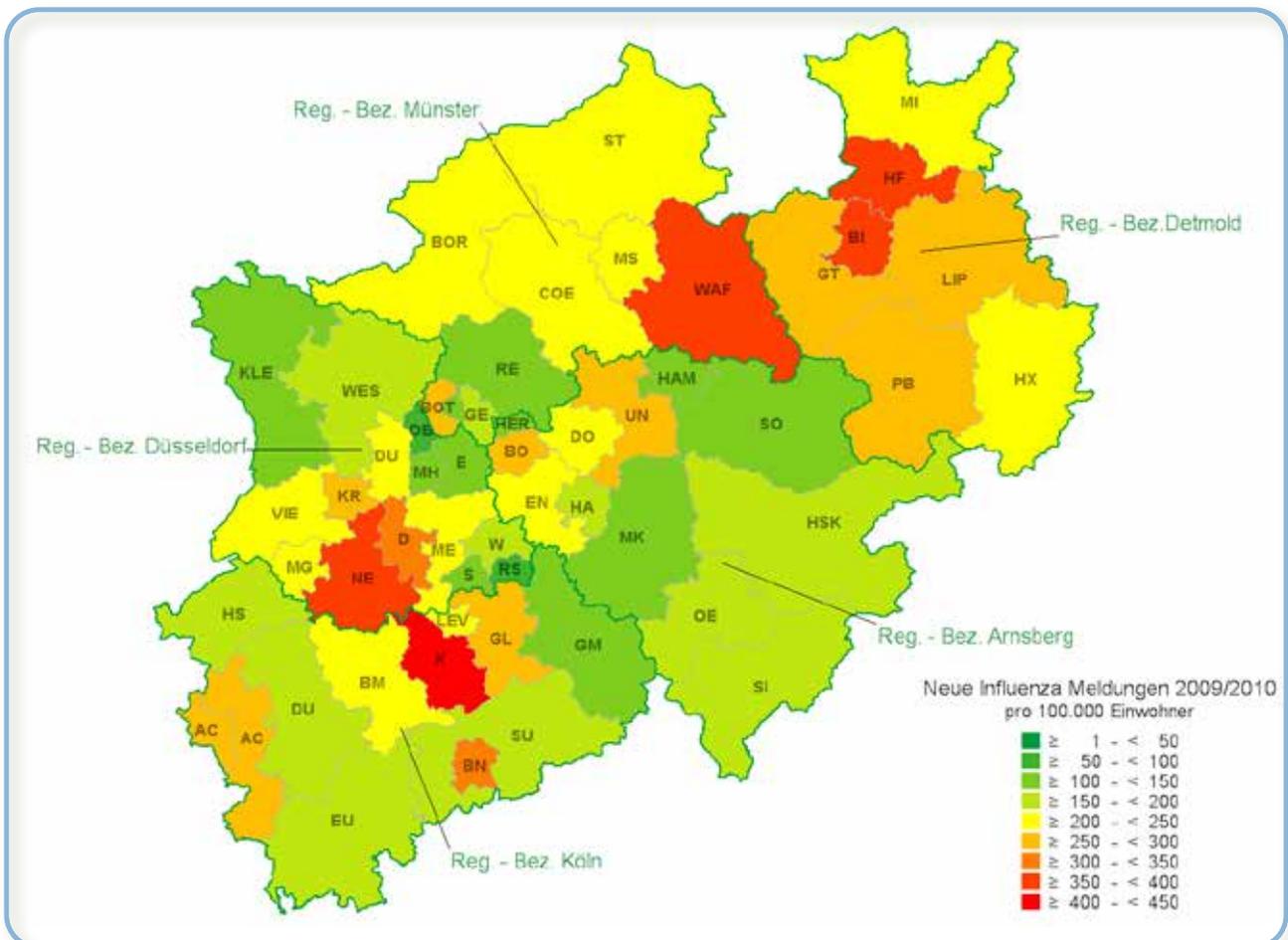
Während in den Anfangswochen der Pandemie vor allem Infektionen im Ausland stattfanden, infizierten sich ab der 45. Woche kaum noch Personen außerhalb Deutschlands.

dem Landkreis Herford (390), die niedrigste Inzidenz hatte Oberhausen (96), dicht gefolgt von Remscheid (98) (Abb. 11). Bei der Beurteilung dieser Zahlen sollte beachtet werden, dass zahlreiche Faktoren (Verhalten der Erkrankten, Diagnostik, Meldeverhalten der Ärztinnen und Ärzte, Intensität der Ermittlungen u. a.) die Zahl der gemeldeten Fälle beeinflussen (sog. „Eisberg-effekt“, s. S. 33). Eine niedrigere Inzidenz kann daher nicht direkt mit einer niedrigeren Erkrankungsrate gleichgesetzt werden. Eine Tabelle mit den übermittelten Fällen von pandemischer Influenza stratifiziert nach Kreisen in NRW findet sich im Anhang unter „Ergänzende Tabellen und Abbildungen“ (Tab. 5).

Geographische Verteilung

Die landesweite Inzidenz von Fällen mit pandemischer Influenza betrug 230 Meldungen pro 100.000 Einwohner. Dabei war die Inzidenz in 2009 mit 228 Fällen pro 100.000 Einwohner um ein Vielfaches höher als 2010 (2 pro 100.000 Einwohner). Die höchste Inzidenz wurde für die Stadt Köln (401) errechnet, gefolgt von

Abbildung 11: Geographische Verteilung der Inzidenz in den Landkreisen und kreisfreien Städten in NRW



ARE-Surveillance

ARE-Surveillance und Praxis-Monitoring in NRW während der Pandemie

Wie gefährlich ist ein neues bisher unbekanntes Influenzavirus? Wen macht es krank und wie schwer? Welche Symptomatik verursacht es? War die H1N1-Pandemie tatsächlich eine Bedrohung für die öffentliche Gesundheit? Wie stark hat sie unser Gesundheitssystem belastet? War die Patientenversorgung jederzeit gesichert? Es mutet trivial an, darauf hinzuweisen, dass es zur Beantwortung dieser und ähnlicher Fragen einer validen Datengrundlage bedarf. Und es scheint eine Selbstverständlichkeit, dass entsprechende Zahlen in ausreichender Qualität zur Verfügung stehen. Aber woher kommen bzw. kamen (während der Pandemie) entsprechende Daten? Und warum stehen bzw. standen bestimmte Erkenntnisse nicht schneller oder früher zur Verfügung?

Zweifelsohne müssen auch infektionsepidemiologische Daten und determinierende Faktoren zunächst mehr oder weniger mühsam erhoben und erfasst werden. Eine der wesentlichen Datengrundlagen schafft das Infektionsschutzgesetz (IfSG) mit der dort verankerten Meldepflicht für bestimmte Krankheiten nach § 6 (in der Regel durch die / den diagnostizierende(n) Ärztin / Arzt) und Erreger nach § 7 (durch die diagnostizierenden Laboratorien). Diese Meldedaten bilden jedoch, bezogen auf das wahre Ausmaß der Verbreitung von Infektionskrankheiten, meist nur die „Spitze des Eisbergs“. Da nur der Fall des Patienten, der wegen seiner Erkrankung eine Ärztin / einen Arzt aufsucht und an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet wird oder bei dem eine entsprechende labordiagnostische Untersuchung veranlasst, positiv befundet und vom Laboratorium gemeldet wird, in die lokalen und landes- und bundesweiten Statistiken eingeht, bleibt eine nicht unerhebliche Dunkelziffer an nicht erfassten Infektionen. Dies gilt in hohem Maße auch für Influenza-Infektionen.

Ergänzt wird das Meldesystem nach IfSG durch spezielle syndromische und virologische Surveillance-Systeme, Sentinel-Erhebungen (z. B. der Arbeitsgemeinschaft Influenza, AGI), Studien, klinische Netzwerke und weitere Datenquellen (z. B. Daten der Krankenkassenversicherer). Allerdings stehen nicht alle diese Daten zeitnah und flächendeckend bzw. auf lokaler Ebene zur Verfügung und sind nicht ohne weiteres auf die regionale Situation übertragbar. Darüber hinaus hat das Pandemiegeschehen deutlich gemacht, dass an einigen entscheidenden Punkten Informationslücken bestanden. Tatsächlich war zunächst nicht bekannt, wie viele Menschen aufgrund einer Erkrankung an pandemischer Influenza hospitalisiert werden mussten, wie hoch der Prozentsatz an Pneumonien oder Beatmungspflichtigkeit war oder wie viele Personen wegen

einer Influenza arbeitsunfähig erkrankt waren. Ebenso wenig war (zeitnah) bekannt, wie hoch die Belastung der ambulanten Versorgung durch den Ansturm von Influenzapatienten war.

Sentinel der KVWL und KVNO während der Neue Influenza-Pandemie 2009 / 2010

Zur Ergänzung der auf Grundlage des IfSG und der ergänzenden Meldepflichtverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 30.04.2009 erhobenen Daten haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe (KVNO und KVWL) in Zusammenarbeit mit dem LIGA.NRW während der Pandemie Daten von kooperierenden Praxen in NRW erfasst und ausgewertet. Im Zuständigkeitsbereich der beiden KVen haben insgesamt 38 Arztpraxen an einer freiwilligen Wochendokumentation zum Monitoring der ambulanten ärztlichen Versorgung und Erfassung des Anteils der Patienten mit akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) teilgenommen. Der Aufbau dieses ergänzenden Sentinels erfolgte kurzfristig und ohne Probephase. Ziel des Monitorings war es, eine Überlastung der ambulanten Versorgung durch eine überdurchschnittlich hohe Erkrankungsrate an ARE in der Bevölkerung bzw. einen Ausfall von Praxen durch entsprechende Erkrankungen beim Praxispersonal während der Influenzapandemie rechtzeitig zu erkennen. Das Monitoring wurde durch eine syndromische Surveillance ergänzt.

Verwertbare Daten dieses Sentinels liegen von 7 Praxen aus Nordrhein und 31 Praxen aus Westfalen-Lippe vor. Der Beobachtungszeitraum umfasste die 41. bis 53. Kalenderwoche (KW) 2009 sowie die 1. bis 4. KW 2010. Bei den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten handelte es sich um Kinder- und Jugendmediziner, Allgemeinmediziner, Internisten und Pulmonologen bzw. Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde. Die teilnehmenden Praxen wurden gebeten, die erfassten Daten einmal wöchentlich an die zuständige KV zu melden (Online-Formular). Diese Daten wurden dort anonymisiert und vom LIGA.NRW ausgewertet.

Im Folgenden werden einige Ergebnisse dieser Datenanalyse dargestellt. Allerdings war die Zahl der teilnehmenden Praxen so klein, dass sie nur bedingt als repräsentativ für NRW anzusehen sind. Auch lagen keine Vergleichszahlen aus Vorjahren oder Vormonaten vor.

Monitoring der ambulanten Versorgung

Die teilnehmenden Praxen waren aufgefordert, einmal wöchentlich folgende Daten bzw. Einschätzungen an die jeweils zuständige KV zu melden:

- Zunahme akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE)

- Zunahme der Schwere der Erkrankungen
- Gefährdung des Praxisbetriebes (Regelsprechstunde) aufgrund der ARE-Entwicklung
- Erkrankungen beim Praxispersonal und Gesamtpersonalzahl
- Zahl der Todesfälle durch ARE

Dieses Monitoring hatte zum Ziel, im Bedarfsfall frühzeitig Maßnahmen zur Sicherung der Patientenversorgung innerhalb des Zuständigkeitsbereiches der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. auf kommunaler und/oder Landesebene einleiten zu können. Ein solches Monitoring der ambulanten Versorgung ist in der kommunalen Pandemieplanung des Landes NRW vorgesehen, wurde jedoch zuvor nicht detailliert ausgearbeitet oder in der Praxis getestet.

3 nordrheinische Praxen und 9 Praxen im Bereich der KVWL stellten im Beobachtungszeitraum eine Zunahme der Schwere der ARE-Erkrankungen fest. Dies war im Bereich der KVNO in der 45. / 46. KW und 46. / 47. KW bei jeweils 2 Praxen der Fall. Der Anteil an ARE-Patienten lag bei 53 bzw. 55 %. Im Bereich der KVWL wurde eine Zunahme der Erkrankungsschwere insbesondere in der 44. / 45. und 45. / 46. KW (jeweils 5 Praxen) berichtet. Todesfälle wurde aus den teilnehmenden Praxen nicht bekannt.

Im Bereich der KVWL wurde in zwei Praxen der Praxisbetrieb zeitweise (44.- 47. KW bzw. 46.- 48. KW) als gefährdet angesehen. In beiden Praxen wurde eine

Zunahme an ARE festgestellt sowie Erkrankungsfälle beim Praxispersonal gemeldet. Eine Zunahme der Schwere der ARE wurde aus einer dieser Praxen berichtet. Im Bereich der KVNO wurde in einer Praxis in der 45.- 47. KW der Praxisbetrieb als gefährdet angesehen. In dieser Zeit wurde eine Zunahme an akuten respiratorischen Erkrankungen sowie zusätzlich eine Zunahme der Schwere festgestellt. Parallel dazu war in beiden Wochen Praxis-Personal erkrankt.

Ergebnisse der ARE-Surveillance

Insgesamt 19.068 Personen wurden von den 38 teilnehmenden Praxen im Zeitraum 41. KW 2009 bis 4. KW 2010 als ARE-Patienten dokumentiert. Die Altersverteilung der von den teilnehmenden Praxen gemeldeten Patientinnen und Patienten ist in Abbildung 12 dargestellt. Vor allem Kinder und Jugendliche bis 17 Jahren waren im Beobachtungszeitraum an akuten respiratorischen Infekten erkrankt. Bei der Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass die Daten zu gut 60 % aus Kinder- und Jugendmedizinischen Praxen stammen und daher nicht als repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung anzusehen sind. Dennoch entspricht die Altersverteilung tendenziell den bundesweit erhobenen Daten. Menschen über 60 Jahre waren im Erhebungszeitraum nur selten von akuten respiratorischen Infekten betroffen. Eine weitere Altersdifferenzierung ist anhand der erhobenen Daten nicht möglich.

Abbildung 12: Altersverteilung aller dokumentierten ARE-Patienten der KVNO und KVWL , 38. KW 2009 bis 4. KW 2010 (n=19.068)

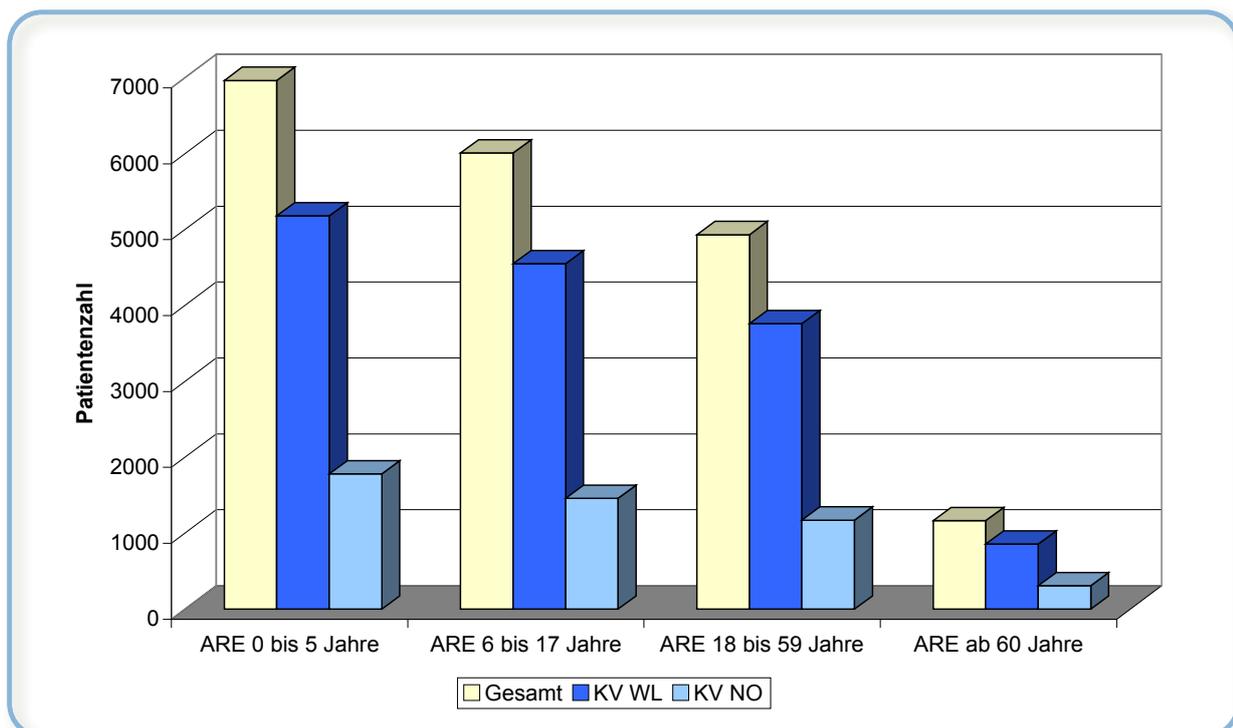
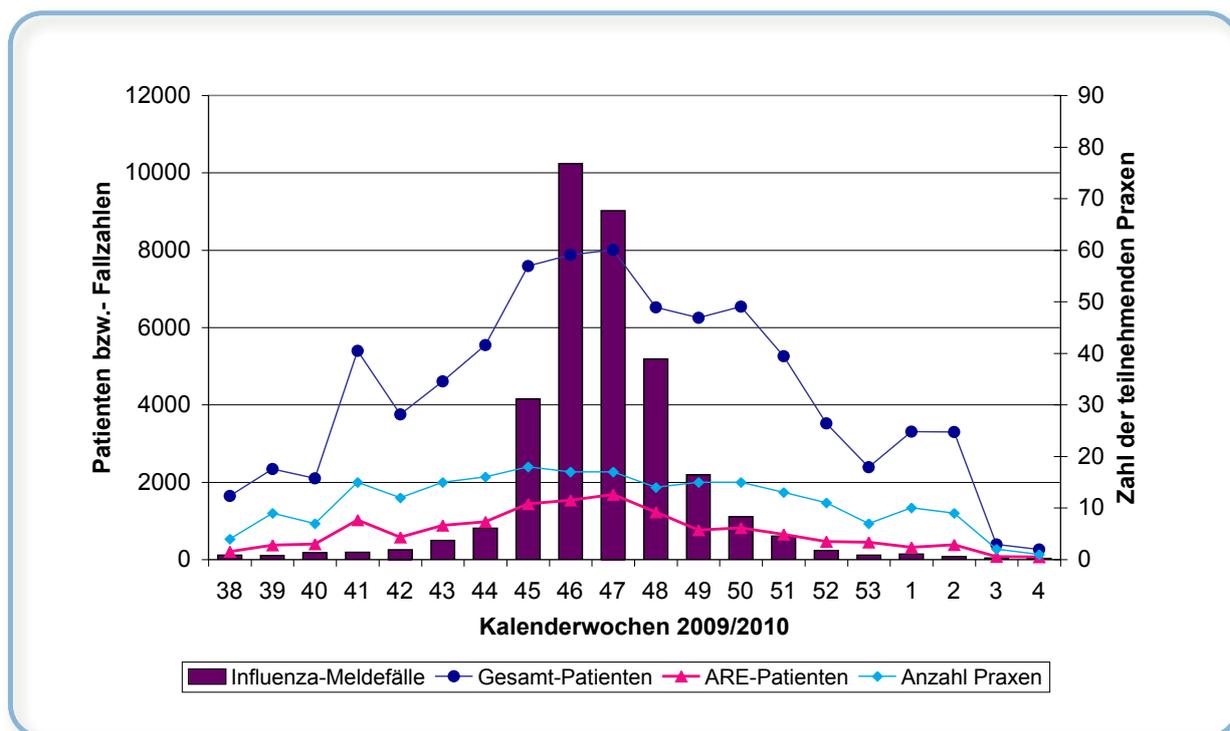


Abbildung 13: Wöchentlich berichtete ARE- und Gesamtpatientenzahl, nach IfSG gemeldete Neue Influenza-Erkrankungen in NRW und teilnehmende Arztpraxen je Kalenderwoche, 38. KW 2009 bis 4. KW 2010 (KW 3 u. 4 nur KVNO)



Auch die Entwicklung der ARE-Patientenzahlen in den teilnehmenden Praxen im Beobachtungszeitraum von der 41. KW 2009 bis zur 4. KW 2010 spiegelt in abgeschwächter Ausprägung den Verlauf der Neue Influenza-Pandemie wider (Abbildung 13). Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass auch die Zahl der teilnehmenden Praxen (und damit die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten) in den Wochen schwankte und während der Influenzawelle am höchsten war. So ist auch der scheinbare Anstieg von akuten respiratorischen Erkrankungen in der 41. KW durch einen sprunghaften Anstieg der Zahl der teilnehmenden Praxen (von 7 auf 15) zu erklären.

Unabhängiger von der Zahl teilnehmender Praxen ist die Beobachtung des Anteils von ARE-Patienten am Gesamtkollektiv. In diese Berechnungen konnte allerdings nur der relativ kleine Teil der Praxen einbezogen werden, die bereit waren, neben der ARE-Patientenzahl auch die Gesamtpatientenzahl anzugeben. Der durchschnittliche ARE-Anteil pendelte sich bereits in der 40. KW auf einen Wert zwischen 20 und 30 % mit Spitzenwerten in der 47. und 53. KW ein. Hinter diesen Mittelwerten verbirgt sich eine große Spannweite. So wurden vor allem in der 46. und 47. KW in einigen Praxen mehr als 50 % aller Patientinnen und Patienten als ARE-Patienten eingestuft.

Kartographische Darstellung der ARE-Patientenzahlen

Eine kleinräumige Surveillance bzw. Beobachtung von Infektionszahlen erlaubt u. a. eine Aussage über die regionale Verteilung von Erkrankungen und damit ggf. eine Abschätzung der regionalen Belastung der ambulanten Versorgung. Die Darstellung in Form einer Karte kann – entsprechende zuverlässige und flächendeckende Erhebungen vorausgesetzt – sozusagen auf einen Blick verdeutlichen, in welcher Region das Krankheitsgeschehen am stärksten verbreitet ist bzw. wo die ambulante Versorgung am stärksten belastet ist und deshalb ggf. akut über Notfall-Maßnahmen zur Unterstützung bzw. zum Ausgleich nachgedacht werden muss.

Dabei ist die Darstellung des Anteils der ARE-Patienten an der Gesamtpatientenzahl in Prozent (Abbildung 14) gegenüber einer Darstellung der absoluten ARE-Patientenzahlen (Abbildung 15), die stärker von der Zahl und Größe der in der jeweiligen Woche teilnehmenden Praxen abhängt, vorzuziehen. Zum Vergleich werden für die 40. / 41. KW beide Darstellungen ge-

genübertgestellt (deutlicher Unterschied z. B. bei Coesfeld oder Lippe).

Ein ausführlicherer Bericht über das Sentinel wird den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt und kann auf Anfrage über die KVen bezogen werden.

Dieses ad hoc implementierte Sentinel ist in Details noch verbesserungsbedürftig. So ist es beispielsweise nicht gelungen, den teilnehmenden Praxen kurzfristig Auswertungen der Daten zur Verfügung zu stellen, da entsprechende Auswertetools noch nicht implementiert waren. Auch war die Aussagekraft des Sentinels durch die limitierte und schwankende Teilnehmerzahl begrenzt. Dennoch hat sich gezeigt, dass mit relativ geringem Aufwand erhobene Daten verwertbare Aussagen zum regionalen Geschehen ermöglichen. Das LZG.NRW und die KVen NO und WL denken über Verbesserungsmöglichkeiten und einen Ausbau dieses Sentinel-Systems nach. Dabei wird eine möglichst enge Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza angestrebt.

Abbildung 14: Durchschnittlicher Anteil an ARE-Patienten in den 14 teilnehmenden Praxen (mit Angabe der Gesamtpatientenzahl) in der 40./41. KW 2009 je kreisfreier Stadt oder Landkreis

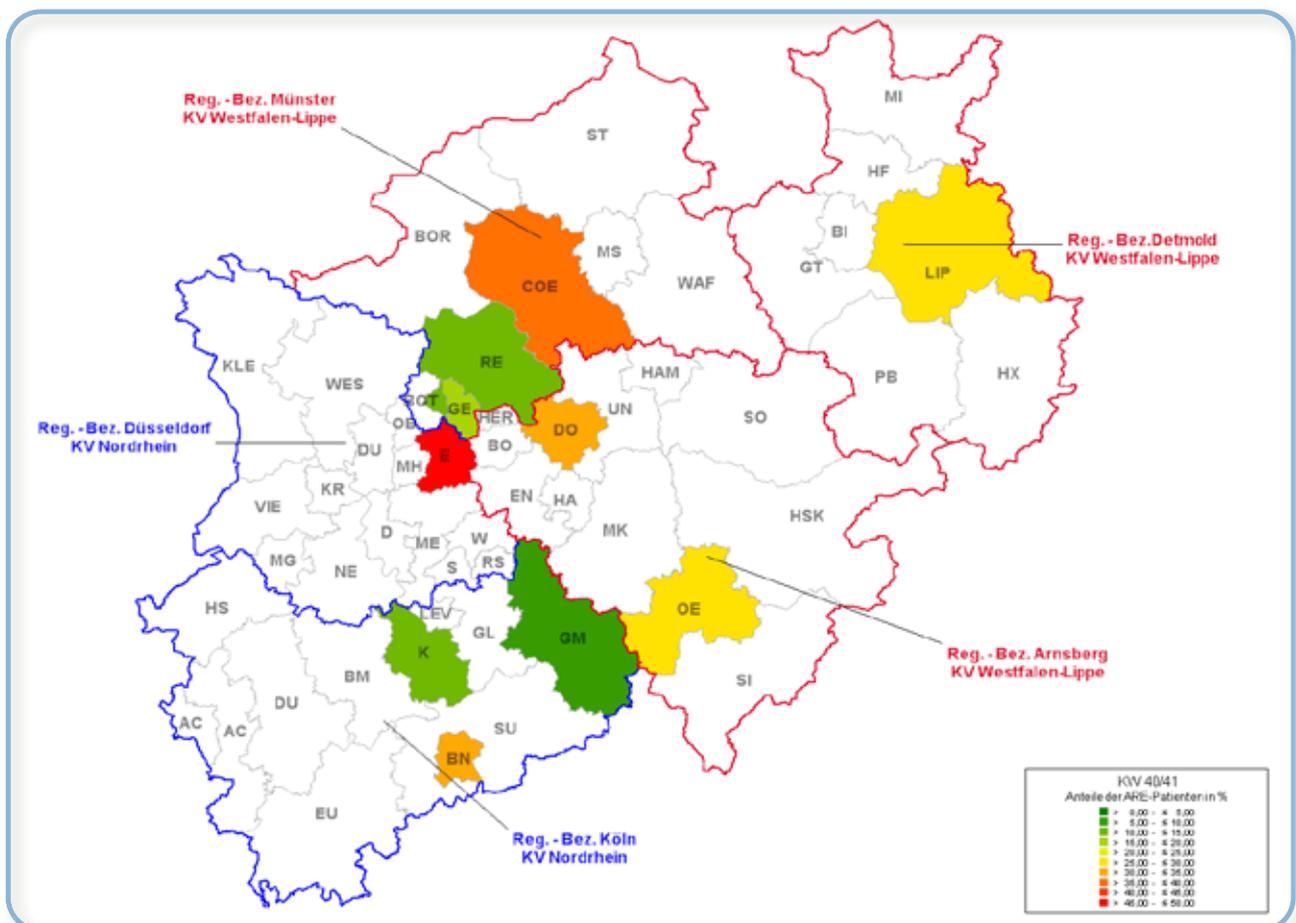
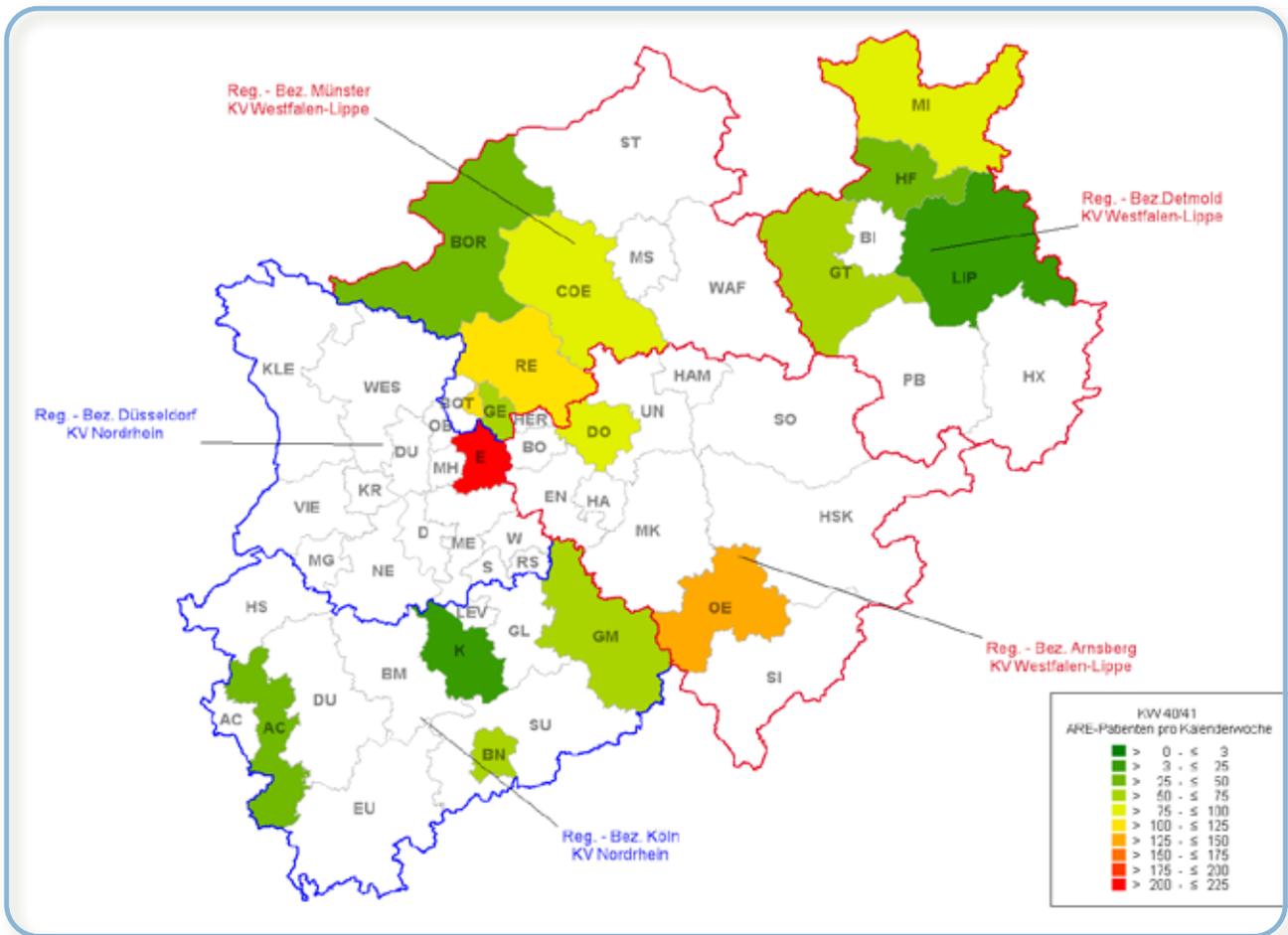


Abbildung 15: Zahl der ARE-Patienten der teilnehmenden Praxen je kreisfreier Stadt oder Landkreis (22 Praxen mit auswertbaren Angaben)



Wir bedanken uns herzlich bei allen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Anregungen zur Verbesserung des Verfahrens nehmen das LZG.NRW und die KVen gerne auf.

Ansprechpartner für das Sentinel sind Andreas Kintrup bei der KV Westfalen-Lippe (Andreas.Kintrup@kvw.de), Dr. Patricia Shadiakhy bei der KV Nordrhein (Patricia.shadiakhy@kvn.de) und Kirsten Bradt im LZG.NRW (Kirsten.Bradt@lzg.gc.nrw.de).

Die Impfung gegen die pandemische Influenza

Die effektivste Schutzmaßnahme vor Infektionskrankheiten ist die Impfung. Erste Influenza-Impfstoffe wurden bereits 1945 zugelassen, spielten bei den Pandemien 1957 und 1968 jedoch nur eine untergeordnete Rolle. Da es zahlreiche Influenza-Subtypen mit unterschiedlichen immunogenen Eigenschaften gibt und sich zusätzlich immer wieder neue Stämme ausbilden, ist es bisher nicht möglich gegen „Influenza“ zu impfen, sondern lediglich gegen die bisher bekannten bzw. aktuell zirkulierenden Subtypen. Deshalb müssen auch saisonale Influenza-Impfstoffe jedes Jahr aufs Neue unter erheblichem Zeitdruck – Fertigstellung rechtzeitig vor Beginn der Influenza-Saison – hergestellt und die Bevölkerung erneut geimpft werden. Der Mindestzeitraum für die Produktion bis zur Auslieferung der ersten Dosen beträgt in etwa 20 Wochen.

Im Zuge der Pandemieplanungen der letzten Jahre wurden auch die Bemühungen um die Herstellung von Pandemie-Impfstoffen intensiviert und Vorbereitungen getroffen.

Voraussetzungen für die Impfungen

Schon früh wurden Impfstoffe als zentrales Instrument der Influenza-Pandemiebekämpfung angesehen. Da es in Deutschland keine staatlichen Institute gibt, die Impfstoffe herstellen, war klar, dass für eine schnelle Versorgung eine Kooperation mit der Industrie erforderlich sein würde.

Verhandlungen der Länder unter Beteiligung des Bundes mit den Impfstoffherstellern führten 2007 (GSK) und 2009 (Novartis, damals Chiron Behring) zu Vertragsabschlüssen, die die Hersteller verpflichteten, im Pandemiefall für die Bevölkerung ausreichend Impfstoff zur Verfügung zu stellen.

Durch ein im Vorfeld (anlässlich der Vogelgrippe A/H5N1) vorbereitetes Verfahren war es nicht nur möglich geworden, den neuen Impfstoff in sehr kurzer Zeit zu produzieren, sondern auch zuzulassen.

Um das gesetzliche Verfahren der Leistungsübernahme durch die Krankenkassen zu beschleunigen, wurde der Vorgang nach § 20 Absatz 4 IfSG (Kostenübernahmeverpflichtung durch Rechtsverordnung des BMG) durchgeführt. Am 19. August 2009 wurde die „Verordnung über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A (H1N1) (Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung–ISchGKVLV)“ verabschiedet, in der prinzipiell für alle Versicherten, vorrangig aber für bestimmte Gruppen, der Anspruch auf Impfung begründet wurde. Diese Gruppen beinhalteten Personen mit besonderem Risiko für schwere Verläufe,

Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko sowie Personen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar sind.

Im Oktober 2009 wurde von der STIKO eine Empfehlung zur Impfung gegen Neue Influenza ausgesprochen. Darin hieß es, dass grundsätzlich alle Bevölkerungsgruppen von einer Impfung profitieren können, dass aber bestimmte Gruppen in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit des Impfstoffes prioritär zu impfen seien (Indikationsgruppen 1-3): Beschäftigte in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege mit Kontakt zu Patientinnen und Patienten oder infektiösem Material, Personen ab einem Alter von 6 Monaten mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens und Schwangere. Weitere Personengruppen sollten nachrangig bei Vorliegen neuer Erkenntnisse geimpft werden. Die zu diesem Zeitpunkt von den Impfstoffproduzenten gelieferten Daten zur Serokonversion nach Impfung ließen auf die Notwendigkeit einer zweimaligen Impfung schließen (veröffentlicht im Epid Bull 41 / 2009, 12.10.2009).

Aufgrund der aktuellen Datenlage erfolgte Ende November eine Anpassung der STIKO-Empfehlung dergestalt, dass in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit des Impfstoffes allen Bevölkerungsgruppen eine Impfung empfohlen wurde.

Ergänzend wurde mitgeteilt, dass entgegen der anfänglichen Empfehlung aufgrund der hohen Serokonversionsraten eine Impfung für alle Altersgruppen ausreichend ist. Damit war es möglich geworden, größere Bevölkerungsgruppen mit dem vorhandenen Impfstoff impfen zu können (veröffentlicht im Epid Bull 50 / 2009, 14.12.2009).

Vorbereitungen in NRW

Noch während der Produktion des Impfstoffes wurde vom MAGS eine Arbeitsgruppe Impfflogistik eingerichtet, an der Vertreter der Kommunen, des Städte- und Landkreistags, des Ministeriums und des LIGA.NRW teilnahmen. Wichtige Themen waren dabei die Verteilung der Impfstoffe, die Priorisierung der zu impfenden Bevölkerungsgruppen und die Organisation der Impfung an sich. Die Arbeitsgruppe tagte von August 2009 bis Oktober 2009. In diesem Zeitraum verbesserten sich zwar die Erkenntnisse über Infektiosität und Gefährlichkeit des Erregers, parallel dazu gab es aber immer mehr Fragen aus der Bevölkerung zu Sicherheit und Wirksamkeit des Impfstoffes, zu den eingesetzten Adjuvantien, zu Nebenwirkungen der Impfungen etc.

In den Sitzungen der Arbeitsgruppe wurden bestimmte Punkte zur Organisation und zum Ablauf der Impfung festgelegt: Steuerung der Durchführung der Verimpfung durch den ÖGD, Logistik der Verteilung des

Impfstoffes durch das Land, Überlegungen zu vorrangig zu impfenden Gruppen, Rolle des ÖGD bei der Verimpfung, zahlenmäßige Erhebung der zu impfenden Personen als Grundlage für die Zuweisung des Impfstoffes etc.

Mit zunehmendem Wissensstand über die Erregereigenschaften und die Impfstoffe änderten sich die Einschätzungen über die als erstes zu impfenden Bevölkerungsgruppen, die Verteilung des Impfstoffes, die zu applizierende Impfstoffmenge und die Rolle des ÖGD und der niedergelassenen Ärzteschaft bei der Durchführung der Impfung. Die Überlegung, Impfstellen für Massenimpfungen einrichten zu müssen (wie in den Pandemieplänen vorgesehen), wurde wieder verworfen, da dies inzwischen weder für praktikabel noch für notwendig erachtet wurde.

So wurde das ursprüngliche Konzept mehrfach der aktuellen Situation angepasst. Letztlich sah der Ablauf der Logistik folgendermaßen aus:

Logistik

1. Kühltransport des Impfstoffes von Dresden nach NRW durch ein Logistikunternehmen
2. Lagerung des Impfstoffes bei einem Großhändler
3. Auslieferung an die Apotheken
4. Lieferung durch die Apotheke gemäß gemeldeter Anforderung an die Endverbraucher. Die Bestellung des Impfstoffes erfolgte bedarfsorientiert über die unteren Gesundheitsbehörden (uGBn).

Durchführung der Impfung

Für die Durchführung der Impfungen gab es verschiedene organisatorische Modelle. Die meisten Kommunen entschieden sich für die Lösung, bei der die uGBn die Koordination übernahmen, die Durchführung der Impfung aber durch Vertragspartner (v.a. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) bzw. Betriebsärztinnen und -ärzte erfolgte.

Die anfangs beabsichtigte und in den Pandemieplänen beschriebene Priorisierung der Impfungen - zuerst die Personengruppen, die zur Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens unentbehrlich sind, anschließend die Risikogruppen in der Bevölkerung - wurde schnell verworfen und schien mit abnehmender Impfwilligkeit der Bevölkerung ebenfalls nicht mehr sinnvoll zu sein. Alle Bürger, die eine Impfung wünschten, sollten diese auch erhalten. Explizit empfohlen wurde eine Impfung für Personal im Gesundheitswesen und Pflegebereich, Schwangere und Menschen mit bestimmten chronischen Vorerkrankungen.

Der Beginn der Impfung war für Ende Oktober angesetzt worden. Der erste Impfstoff konnte schließlich am 26. Oktober ausgeliefert und verimpft werden. Wegen Engpässen bei der Lieferung verzögerte sich aber die Impfkaktion. Erst im Dezember konnte die vom Hersteller zugesagte Menge in vollem Umfang ausgeliefert werden.

Hatte es anfangs durch die ersten Todesfälle eine deutlich gesteigerte Impfwilligkeit in der Bevölkerung gegeben, flaute diese rasch wieder ab, da sich zunehmend herausstellte, dass die Neue Influenza nicht die befürchtete Gefährlichkeit hatte und die Wahrnehmung hinsichtlich des persönlichen Erkrankungsrisikos innerhalb der Bevölkerung rückgängig war.

Um einen Überblick über die Verwendung des ausgelieferten Impfstoffes zu bekommen, sollten die Kommunen in 14-tägigem Rhythmus zur Anzahl bestellter, verbrauchter und verworfener Impfdosen Rückmeldung an das LIGA.NRW geben.

Insgesamt wurden von der 44. Kalenderwoche (KW) 2009 bis zur 30. KW 2010 1.778.287 Dosen Impfstoff von den Kommunen zur Weiterverteilung bestellt. Davon wurden 993.504,5 Dosen als verbraucht gemeldet. 29.751 Dosen wurden verworfen.

Eine Auswertung dieser Zahlen bezogen auf die Bevölkerung in NRW (lt. IT.NRW; Stand 30.06.2009; 17.893.212 Einwohner) ergibt folgendes Ergebnis:

Für knapp 10 % der Bevölkerung wurde Impfstoff bei den Kommunen bestellt.

5,5 % der Bevölkerung haben sich impfen lassen.

1,7 % des bestellten Impfstoffes wurden verworfen.

Der Anteil an verbrauchtem Impfstoff schwankte von Kommune zu Kommune sehr stark. Von allen Gesundheitsämtern wurde gemeldet, dass die Zahlen zum Impfstoffverbrauch sehr ungenau sind, da Daten meist nur bei Neubestellungen mitgeteilt wurden. Die Bitte der Gesundheitsämter an die impfenden Ärztinnen und Ärzte zur besseren Rückmeldung wurde leider häufig ignoriert. Damit ist das Ergebnis nur als eine Annäherung an die tatsächlichen Verhältnisse zu sehen.

III. Die Aufarbeitung der Pandemie

Befragung der unteren und mittleren Gesundheitsbehörden zum Management der Neue Influenza-Pandemie im Januar 2010

K. Bradt, A. Schütz-Langermann, D. Zimmermann-Diers, B. Diers, T. Peters, M. Kösterke (Pandemie-Projektgruppe, LIGA.NRW)

Die Bewältigung einer Pandemie stellt weltweit eine enorme Herausforderung für das Gesundheitswesen und die Politik dar. Sie erfordert ein möglichst reibungsloses Zusammenwirken verschiedenster Partner auf allen föderalen Ebenen. Dabei kommen den Krisenstabsstrukturen und der Kommunikation entscheidende Rollen zu. Um möglichst zeitnah zum Geschehen zu erfassen, an welchen Stellen und in welchen Bereichen die Pandemie-Planung optimierbar ist, wurden die unteren Gesundheitsbehörden (uGBn) und Bezirksregierungen (BRen) in NRW im Januar 2010 gebeten, sich an einer schriftlichen Zwischenevaluation des Managements der Neue Influenza-Pandemie zu beteiligen. Inhaltlich wurden Fragen zur Kommunikation und Information, zum Kontakt- und Fallmanagement, zu Krisenstabsstrukturen und zur Arbeitsbelastung gestellt. Die Impfkampagne gegen die Neue Influenza wurde nicht mit in die Befragung einbezogen.

Methodik

Die Befragung erfolgte mit Hilfe eines mehrseitigen Fragebogens, der von den Amtsleitungen sowie einer weiteren Person aus dem Fachbereich Infektionsschutz ausgefüllt werden sollte. Die Auswertung der Befragung erfolgte anonymisiert.

Der Fragebogen setzt sich aus 8 Abschnitten mit insgesamt 33 Fragen (sowie drei Fragen zur Person) auf 11 Seiten zusammen und ist im Anhang beigefügt.

Zu Beginn wurde ein Pre-Test unter Beteiligung von drei uGBn und einer Bezirksregierung durchgeführt.

Auf Anregung der im Pre-Test Befragten wurde eine zusätzliche Frage zur Öffentlichkeitsarbeit in den Fragebogen aufgenommen. Abgesehen von dieser Frage wurden die Antworten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Pre-Tests in die Gesamtauswertung einbezogen.

Fragebogenrücklauf

75 ausgefüllte Fragebögen (FB) konnten in die Auswertung einbezogen werden. Diese 75 FB konnten 48 uGBn und 4 BRen zugeordnet werden. Damit haben 91 % der nordrhein-westfälischen uGBn sowie 80 % der Bezirksregierungen an der Befragung teilgenommen. Bei den FB aus den uGBn handelt es sich um Antworten aus 30 Landkreisen und 18 kreisfreien Städten sowie einen FB ohne diesbezügliche Angabe.

Die Fragebögen wurden zu 65 % von Ärztinnen und Ärzten, zu 22 % von Hygieneinspektorinnen/-inspektoren oder Gesundheitsaufseherinnen/-aufsehern und zu 7 % von Verwaltungsmitarbeiterinnen oder -mitarbeitern ausgefüllt. 35 % der FB kamen von der Amtsleitung (auch Doppelnennungen: z. B. Arzt und Amtsleitung). Einige Fragebögen wurden erkennbar von mehreren Personen aus verschiedenen Berufsgruppen gemeinsam ausgefüllt. Die durchschnittliche Berufserfahrung im Bereich Infektionsschutz lag bei 16,4 Jahren (min. 2 bis max. 46 Jahre).

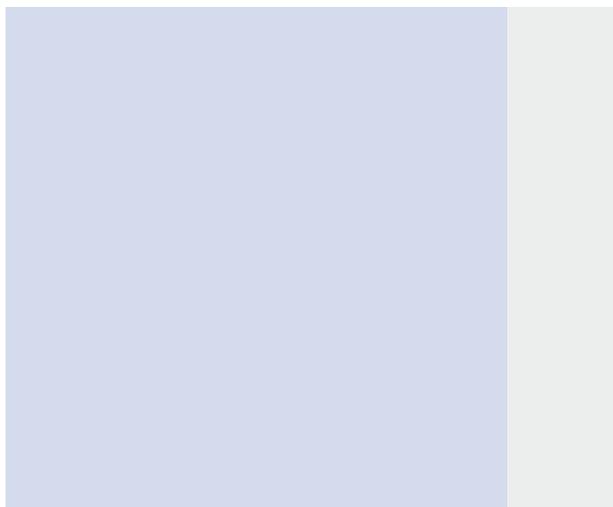
Bei Erstellung der Grafiken wurde größtenteils eine Farbgebung nach dem Ampelprinzip gewählt, um den Grad der Zustimmung bzw. Zufriedenheit zu visualisieren: das Farbspektrum reicht von dunkelgrün (sehr zufrieden / sehr gut / ja) über hellgrün, hellorange bis zu kräftig orange (mangelhaft / unzufrieden / nein).

Kontakt- und Fallmanagement in den Gesundheitsämtern

Die Umsetzbarkeit der von den verschiedenen übergeordneten Institutionen herausgegebenen Empfehlun-

gen zum Kontakt- und Fallmanagement wird eher kritisch beurteilt. Nur 9 bzw. 23 % der Befragten hatten keine oder nur geringe Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Empfehlungen und Vorgaben.

Als Gründe wurden in absteigender Häufigkeit folgende Angaben gemacht (Mehrfachangaben möglich):



Als weitere Gründe wurden die schlechte Erreichbarkeit einiger niedergelassener Ärzte (z. B. keine E-Mail-Adresse), zu häufige Aktualisierungen der Falldefinition, widersprüchliche Informationen in den Medien, fehlende Musterverfügung für Tätigkeitsverbote und Personalmangel genannt.

Die größten Schwierigkeiten gab es den Angaben zufolge mit den folgenden Empfehlungen: RKI-Empfehlungen zum Kontaktmanagement, Empfehlungen zu Schulen / Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder, Vorgaben zur Impfung, Quarantänemaßnahmen, Tätigkeitsverbote, Diagnostik.

Differenziert nach den absendenden bzw. die Empfehlung herausgebenden Institutionen oder Behörden (RKI, Landesregierung, LIGA.NRW und Bezirksregierungen) schneidet LIGA.NRW am Besten ab, gefolgt vom Robert Koch-Institut (RKI) und von der Landesregierung. Allerdings erfolgten zu den BRen bei diesen Fragen nur wenige Angaben. Die Unzufriedenheit mit der Umsetzbarkeit von Empfehlungen und Vorgaben ist vermutlich unter anderem auf die Vielzahl der zu beachtenden Dokumente, deren häufige und kurzfristige Aktualisierung und der damit im Zusammenhang stehenden Schwierigkeit, dies der Ärzteschaft und den Betroffenen und ihren Angehörigen zu vermitteln, zurückzuführen.

Krisenstabsstrukturen – technische Informationsübermittlung

Die kommunalen Pandemiepläne sehen den Einsatz von Lagezentren und die Aktivierung von kommunalen Krisenstäben vor. Während der H1N1-Pandemie wurde

Abbildung 16: Sie haben von zahlreichen Institutionen Empfehlungen und Vorgaben zum Fall- und Kontaktmanagement erhalten. Gab es Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Vorgaben? (n=71; Antworten zu allen Institutionen zusammengefasst) (Frage 3.1.)

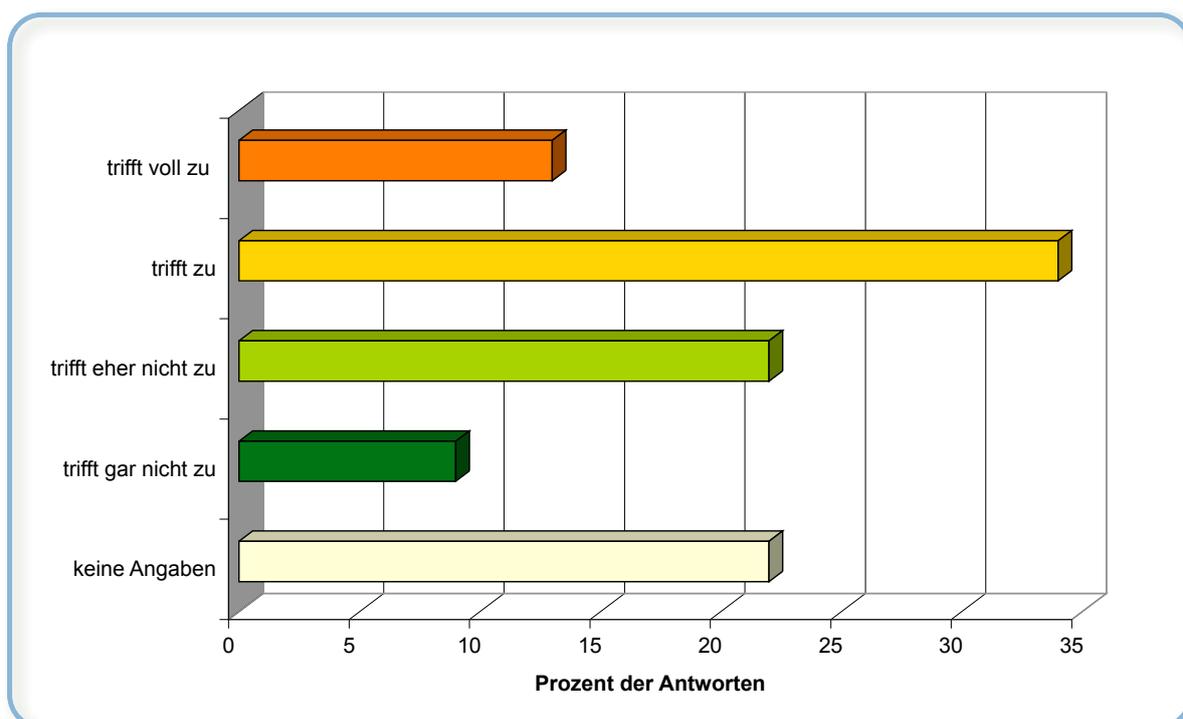


Abbildung 17: Wurde in Ihrer uGB ein Lagezentrum eingerichtet und wenn ja, ab welcher Pandemie-Phase wurde das Lagezentrum eingerichtet? (n=48) (Frage 4.1. und 4.2.)

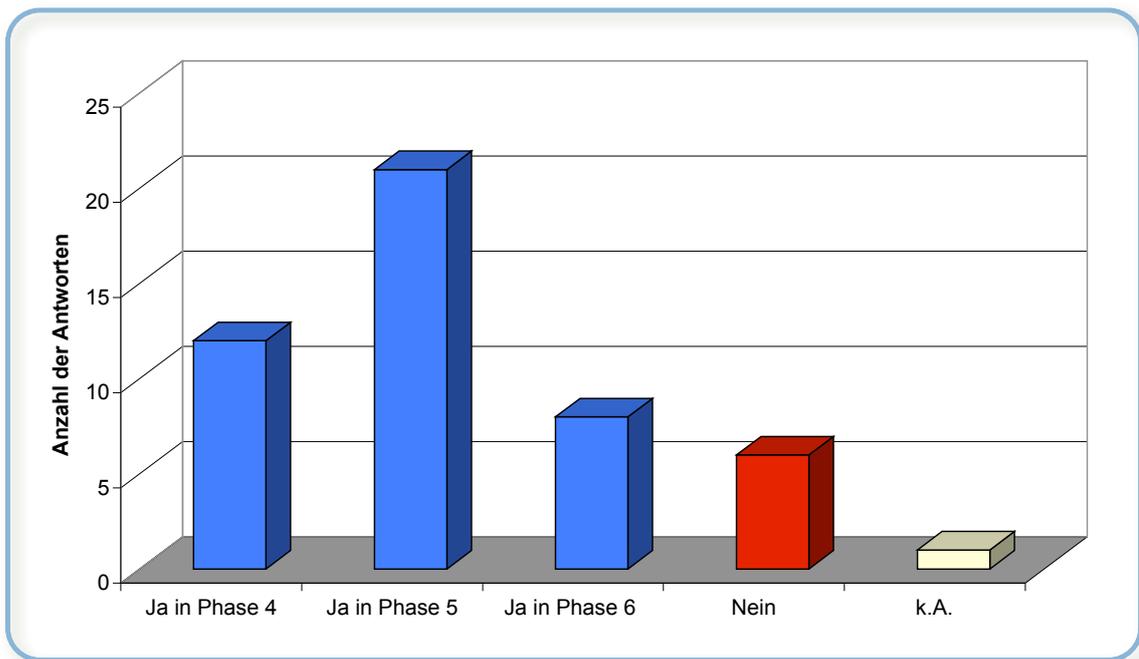
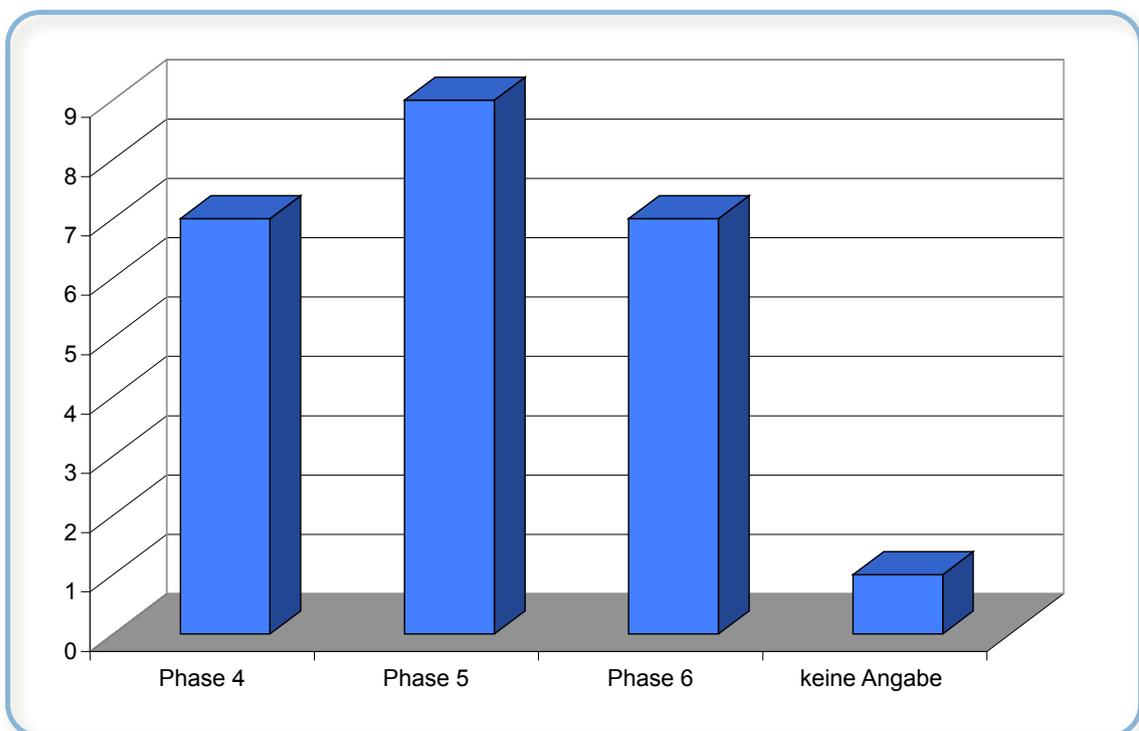


Abbildung 18: Ab welcher Pandemie-Phase wurde auf kommunaler Ebene der Krisenstab aktiviert? (n=24) (Frage 4.4.)



der Befragung zufolge in 87 % der Kommunen ein Lagezentrum in den uGBn eingerichtet. Die Aktivierung des Lagezentrums erfolgte in 25 % der uGBn bereits in der Pandemiewarnphase 4, in 44 % in Warnphase 5 und in 17 % in Phase 6.

In 50 % der Kommunen wurde auch der Krisenstab aktiviert. Die Aktivierung der Krisenstäbe wurde zu 29 % in Phase 4, zu 38 % in Phase 5 und zu 29 % in Phase 6 vorgenommen.

Die Mehrheit (71 %) der Krisenstäbe traf sich nach Absprache, 8 % täglich und 21 % wöchentlich (Abb. 36 im Anhang „Ergänzende Tabellen und Abbildungen“).

Abschnitt 6 des Fragebogens beschäftigte sich mit der technischen Informationsübermittlung und dem Stand der Pandemieplanung in den Kommunen. Für 90 % der Befragten ist die Informationsübermittlung via E-Mail der richtige Weg, nur Einzelne würden bei wichtigen Informationen ein Fax oder einen Anruf bevorzugen. 68 % der Befragten beurteilen einen einheitlichen E-Mail-Absender des LIGA.NRW für alle die Pandemie betreffende Informationen (z. B. akut@liga.nrw.de) als hilfreich, 19 % fänden dies nicht hilfreich.

Lediglich 52 % der uGBn und eine Bezirksregierung geben an, dass es in ihrem Haus eine gemeinsame E-Mail-Adresse für alle Mitarbeiter des Bereiches (z.B. Infektionsschutz) gibt, 45 % verneinen dies. Diese Bereichs-E-Mail-Adresse wird in 86 % täglich, in $\frac{3}{4}$ der Fälle sogar mehrfach täglich gesichtet, lediglich ein-

mal wurde angegeben, dass diese Adresse nur 2-3x wöchentlich gesichtet wird.

Die Frage, ob alle uGBn eine spezielle E-Mail-Adresse für den Pandemiefall vorhalten sollten, wurde nur von 81 % der Befragten beantwortet. Von diesen sprechen sich etwas mehr als 50 % dagegen aus.

In 75 % der Kommunen war der kommunale Pandemieplan aufgrund der Erfahrungen mit der H1N1-Pandemie bereits überarbeitet worden (52 %; Stand Februar 2010) oder sollte überarbeitet werden (23 %). 19 % verneinten diese Frage.

Informationsfluss, Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Ein Schwerpunkt der Befragung lag bei den Themen Informationsübermittlung und Kommunikation, da sie essentielle Voraussetzungen für das Management einer Pandemie darstellen. Insbesondere wurde nach der Zufriedenheit mit der Bereitstellung von Informationen durch übergeordnete Behörden oder Institutionen und der Verfügbarkeit von notwendigen Informationen zur Neuen Influenza gefragt.

55 % der Befragten fühlten sich insgesamt ausreichend über die jeweils aktuelle Situation informiert, 42 % waren eher nicht zufrieden und 3 % fühlten sich schlecht informiert. Die befragten Ärztinnen und Ärzte der uGBn waren generell zufriedener mit der Informationslage als andere Berufsgruppen oder hatten mög-

Abbildung 19: Wäre es hilfreich, wenn alle das Thema betreffenden Informationen von Seiten des LIGA.NRW von einem Absender versandt würden (z. B. akut@liga.nrw.de)? (n=75) (Frage 6.1.)

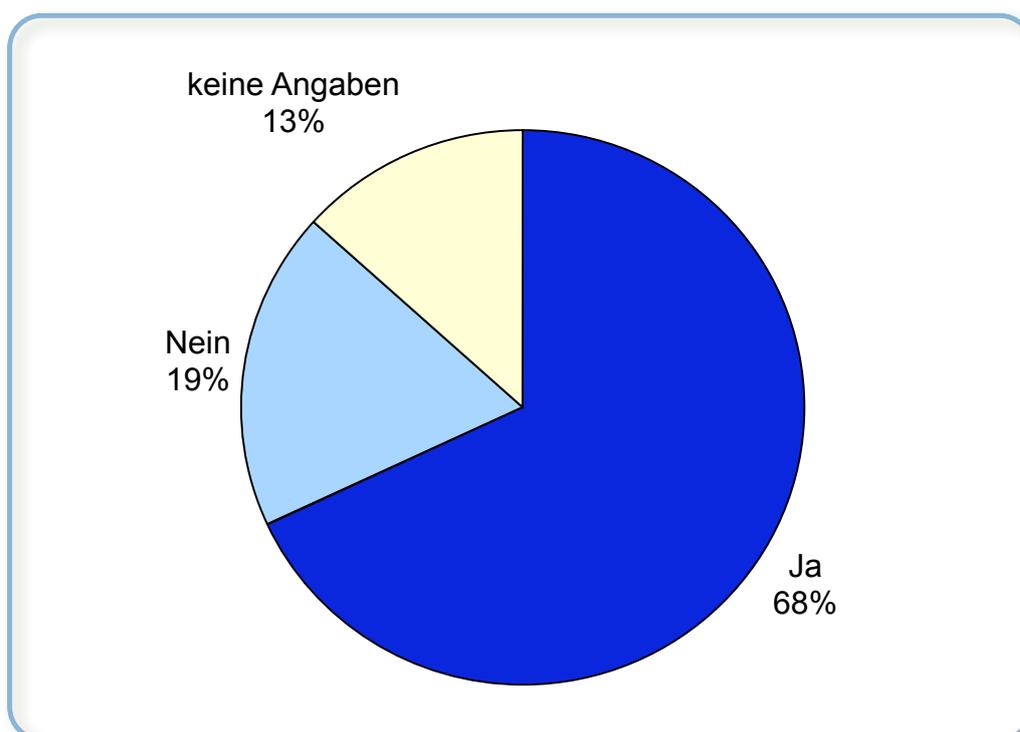
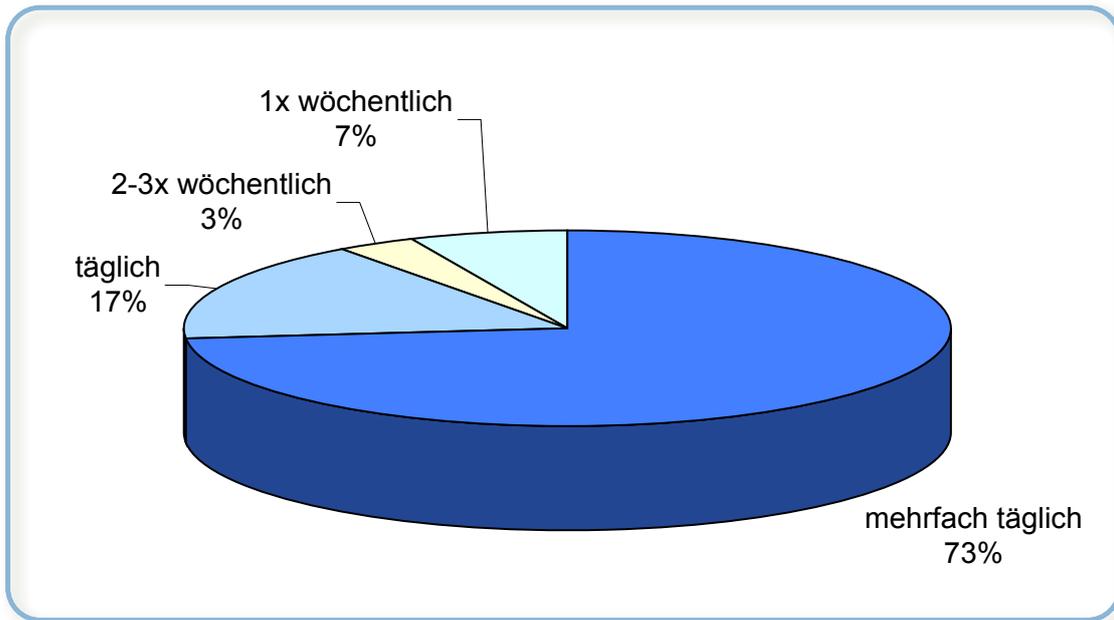


Abbildung 20: Wie häufig wird diese E-Mail-Adresse gesichtet? (Frage 6.3.)

licherweise einen besseren Zugang zu diesen Informationen. Zwischen Amtsleitungen und anderen Befragten zeigten sich keine Unterschiede.

Gefragt nach der Informationsübermittlung bzw. -bereitstellung durch bestimmte Institutionen und Behörden war die Zufriedenheit der Befragten am größten mit dem RKI, gefolgt von LIGA.NRW und MAGS.

Deutlich sichtbar ist, dass die Zufriedenheit mit der Informationslage mit der Dauer der Pandemie sinkt. Sie war vor den Herbstferien am niedrigsten, als ansteigende Fallzahlen und die Vorbereitungen zur Impfkampagne zeitlich zusammentrafen. Dies könnte u. a. mit der Fülle an Informationen bzw. Aktualisierungen und einer damit verbundenen gewissen Unübersichtlichkeit zusammenhängen. Ärzte und Nicht-Ärzte waren in

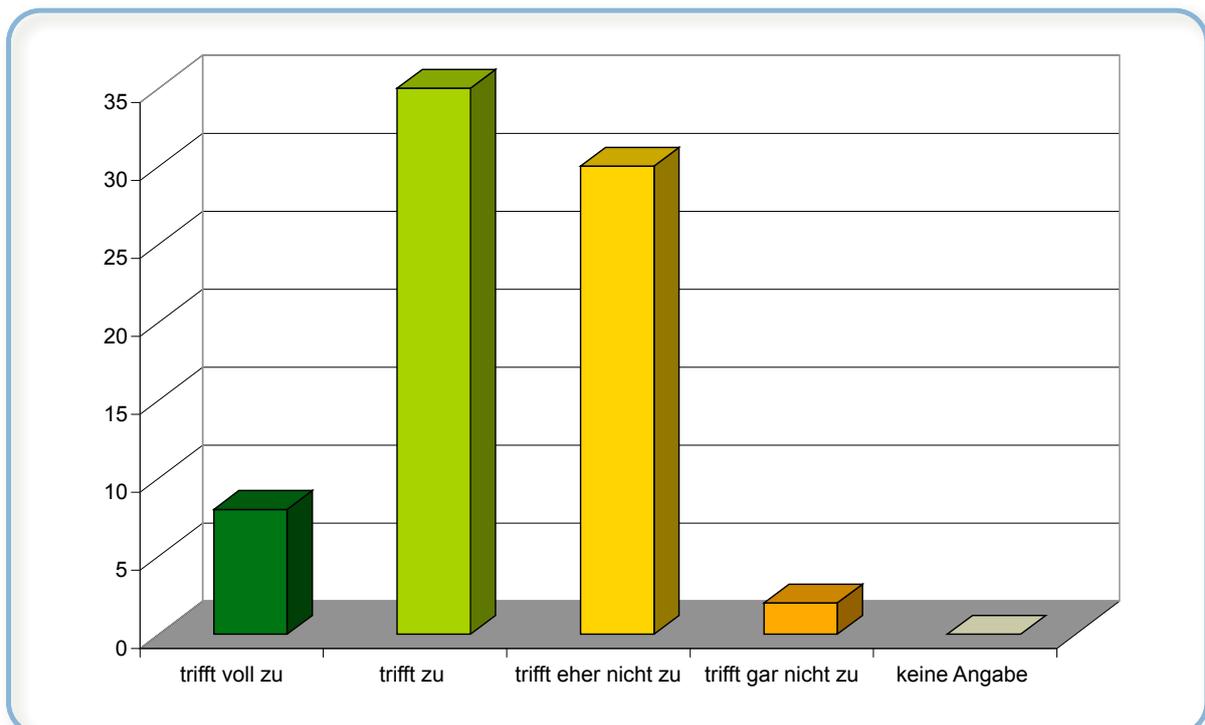
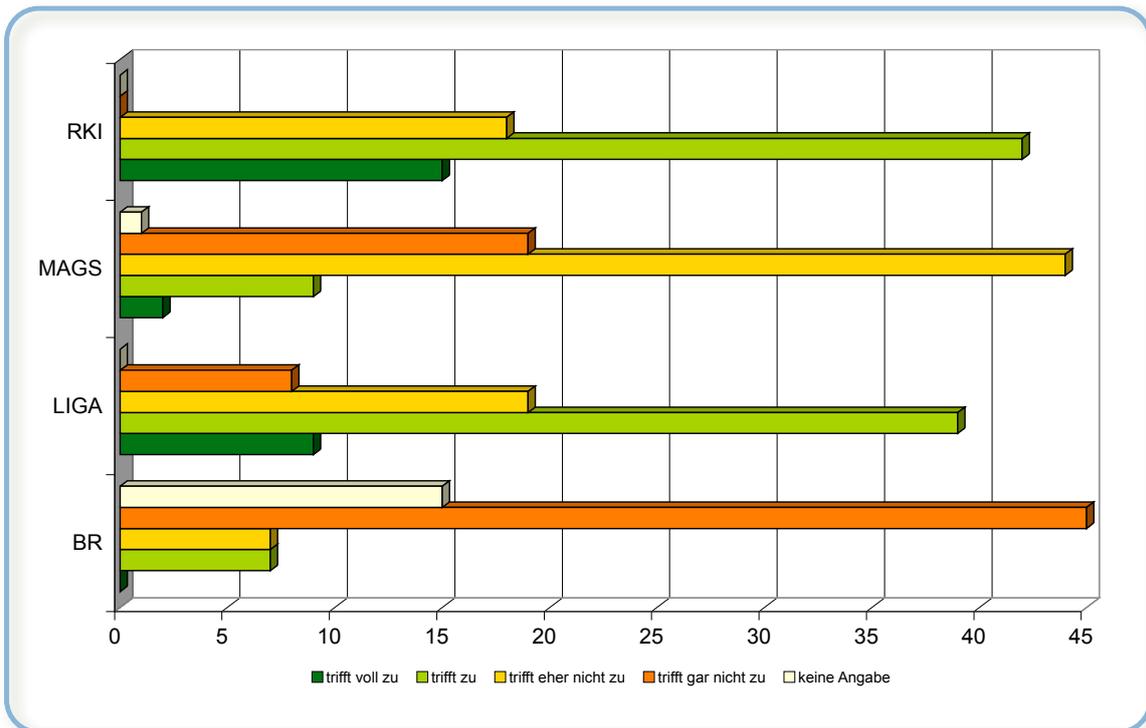
Abbildung 21: Fühlten Sie sich insgesamt ausreichend über die jeweils aktuelle Situation und die damit verbundenen Maßnahmen informiert? (n=75) (Frage 1.1.)

Abbildung 22: Fühlten Sie sich ausreichend informiert von Seiten des RKI, der Landesregierung (MAGS), des LIGA.NRW, Ihrer Bezirksregierung? (n=75) (Frage 1.2.)

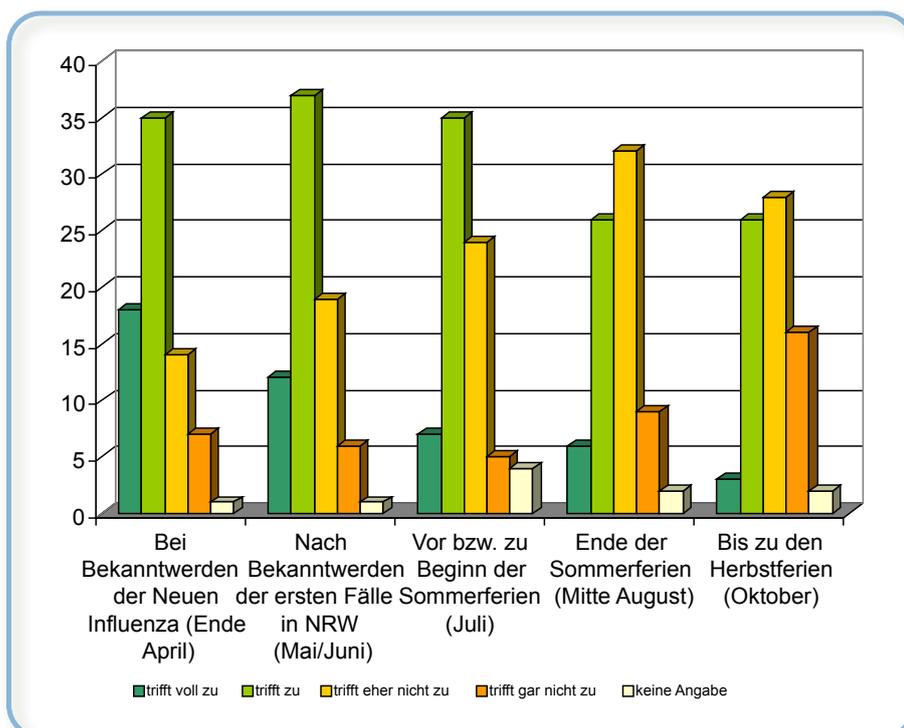


allen Phasen ähnlich zufrieden mit den zur Verfügung gestellten Informationen. Amtsleitungen hingegen waren in den abgefragten Zeiträumen „zum Ende der Sommerferien“ sowie „bis zu den Herbstferien“ tendenziell unzufriedener als andere Befragte.

Eine besondere Herausforderung war die schnelle bzw. zeitgerechte Übermittlung von Informationen. Wäh-

rend die Frage nach der „Informationsübermittlung im Allgemeinen“ überwiegend positiv ausfällt, wird die Frage nach „zeitgerechter Informationsübermittlung“ von der Mehrheit (53 %) nicht so gut beurteilt. Nicht zeitgerecht informiert fühlten sich einige der Befragten (in absteigender Häufigkeit) in Zusammenhang mit der Impfung (vor allem zu Beginn der Impfkam-

Abbildung 23: Fühlten Sie sich in folgenden Phasen ausreichend informiert? (n=75) (Frage 1.3.)



pagne), vor bzw. in den Sommerferien, zu Beginn der Pandemie und bei Änderung der Meldepflicht.

Inhaltlich betraf dies die folgenden Themen:

- **Schule**
 - Wiedenzulassung zum Unterricht
 - Umgang mit schwangeren Lehrerinnen und Schülerinnen
 - Schulschließungen
- **Organisation**
 - Änderung des Quarantänemanagements für Reisrückkehrer
 - Notwendigkeit einer PCR-Diagnostik für Verdachtsfälle
 - Änderung von Falldefinitionen / Empfehlungen
 - Mehrsprachiges Informationsmaterial
- **Impfung**
 - Verfahrensvorgaben
 - Informationen zu den Impfstoffen
 - Vorbereitung der Impfkampagne

Amtsleiterinnen und Amtsleiter kritisierten insbesondere, dass Informationen mit zeitlicher Verzögerung oder ohne ausreichenden Vorlauf übermittelt wurden. Kritisiert wurde auch, dass der Informationsstand von Schulen und uGBn nicht immer der Gleiche war bzw.

gesundheitsrelevante Informationen für Schulen nicht zeitgleich den Gesundheitsbehörden zugänglich gemacht wurden.

Der Informationsfluss innerhalb der Behörden stellte nach Angaben der Befragten größtenteils kein Problem dar. Insgesamt 80 % stimmten der Aussage zu, dass alle relevanten Informationen alle zuständigen Mitarbeiter des Hauses zeitnah erreicht haben. 12 % der Befragten sahen Verbesserungsbedarf, 8 % haben sich nicht geäußert.

Die Übermittlung von Dokumenten und Informationen per E-Mail hat sich insgesamt als sinnvoll und praktikabel erwiesen und bewährt. Nur bei einem kleinen Teil der Befragten traten technisch bedingte Probleme auf.

Mehrfach wurde in den Anmerkungen der dringende Wunsch geäußert, dass die kurativ tätige Ärzteschaft (insbesondere die Niedergelassenen) sowie die Apotheken via E-Mail erreichbar sein sollten und so schneller und einfacher mit aktuellen Informationen versorgt werden könnten.

Auch ist bei den Befragten häufiger der Eindruck entstanden, dass einem Teil der Ärzteschaft die sich fortlaufend ändernden Empfehlungen nicht bekannt waren, Informationsschreiben der uGBn an die Arztpraxen nicht gelesen oder nicht entsprechend umgesetzt wurden. Unvollständig ausgefüllte Meldebögen führten zu einem hohen zeitintensiven Nacherhebungsaufwand bei den uGBn. Die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern gestaltete sich dabei unkomplizierter als mit Arztpraxen.

Abbildung 24: Fühlten Sie sich insgesamt zeitgerecht informiert? (n=75) (Frage 1.4.)

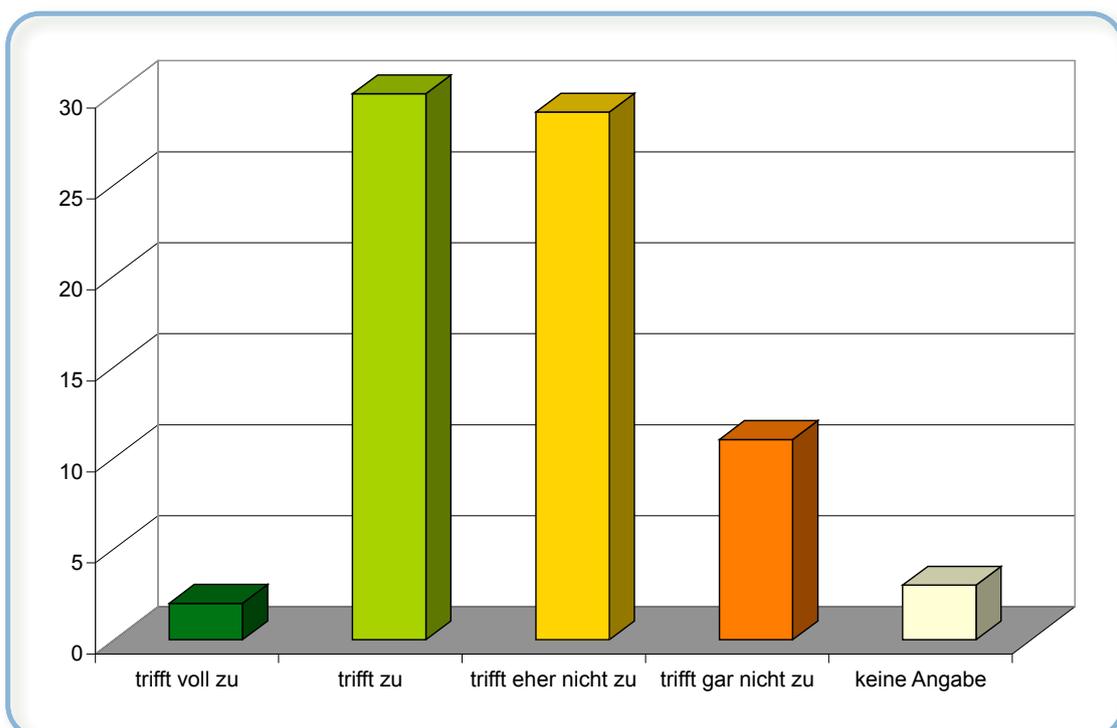
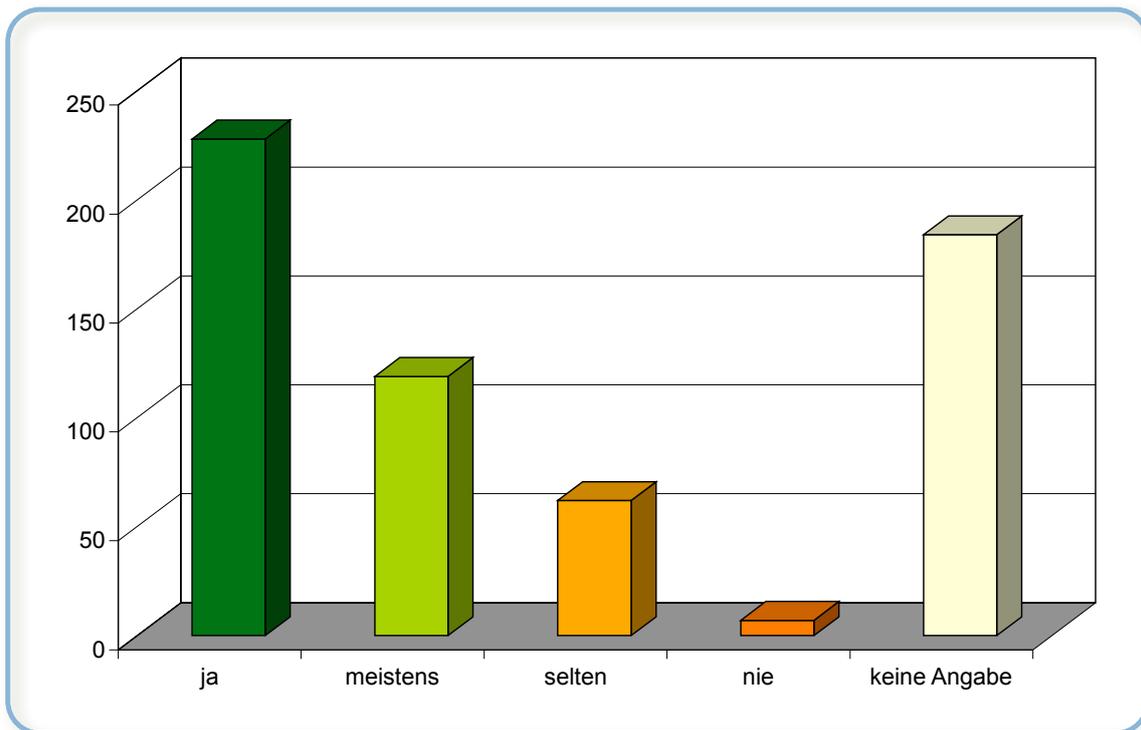


Abbildung 25: Waren die jeweiligen Ansprechpartner für Sie erreichbar? (bezogen auf alle Institutionen) (Frage 2.1.)



Der Informationsstand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den uGBn und Bezirksregierungen über die jeweiligen Ansprechpartner in anderen Behörden und Institutionen sowie bei den Primärversorgern war insgesamt relativ gut. Auch wenn die Ansprechpartner nicht immer namentlich bekannt waren (z. B. bei RKI, Ärztekammern, Bezirksregierungen oder der Landesregierung), standen meist entsprechende Kontaktdaten zur Verfügung. Am seltensten waren Ansprechpartner und Kontaktdaten von den Bezirksregierungen bekannt. Diesbezüglich waren die Amtsleitungen am besten informiert. Im Großen und Ganzen zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen.

Auch die Erreichbarkeit der gewünschten Ansprechpartner bzw. Institutionen wird insgesamt zufriedenstellend beurteilt. Am schwierigsten zu erreichen waren offenbar die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des RKI und der Landesregierung (MAGS), was zum Teil an der zeitweise sehr hohen Nachfrage gelegen haben dürfte.

Bezüglich der zur Verfügung stehenden Informationsquellen zeigt sich, dass die Internetseiten des RKI allen an der Befragung Teilnehmenden zur Verfügung standen. Annähernd 90 % oder etwas mehr hatten ebenfalls Zugang zu den Internetseiten des LIGA.NRW, der Landesregierung und der WHO. Überraschenderweise geben nur 86 % der Befragten an, Zugang zu den Dokumenten der eigenen Behörde gehabt zu haben.

Als wichtigste Informationsquelle bezeichnen 93 % die Internetseiten des RKI. Auf Platz zwei und drei folgen die E-Mails und Dokumente des LIGA.NRW und die Internetseiten des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Die Bedeutung der Informationsquellen wird von allen Berufsgruppen ähnlich eingestuft. Lediglich die Informationen des LIGA.NRW (Internetseiten sowie E-Mails und Dokumente) wurden von Ärztinnen und Ärzten als bedeutungsvoller angesehen als von anderen Berufsgruppen.

Als weitere Informationsquellen wurde die Nutzung der Internetseiten des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI), von online-Pressemedien, der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) sowie von E-Mails und Dokumenten des MAGS angegeben. Auch die Abstimmung mit anderen Kommunen und amtsärztlichen Kollegen war eine wichtige Informationsquelle.

In den Anmerkungen wurde vielfach der Wunsch nach einer Art „Sichtungsstelle“ auf Landesebene geäußert, die die Vielzahl an Dokumenten und relevante Informationen hätte filtern, priorisieren und zusammenfassen können. Die zeitweise große Menge an Dokumenten und E-Mails sei kaum zu bewältigen bzw. zu überblicken gewesen. Als hilfreich wurde es angesehen, wenn alle relevanten Informationen / Mails von einem einheitlichen Absender an die uGBn weitergeleitet würden.

Die Notwendigkeit einer eigenen Öffentlichkeitsarbeit wurde von 93 % der Befragten bejaht. Die Information der Öffentlichkeit erfolgte in fast allen Kommunen mit

Abbildung 26: Waren Ihnen die Ansprechpartner der jeweiligen Institutionen namentlich bekannt oder waren entsprechende Namenslisten vorhanden? (n=75) (Frage 2.1.)

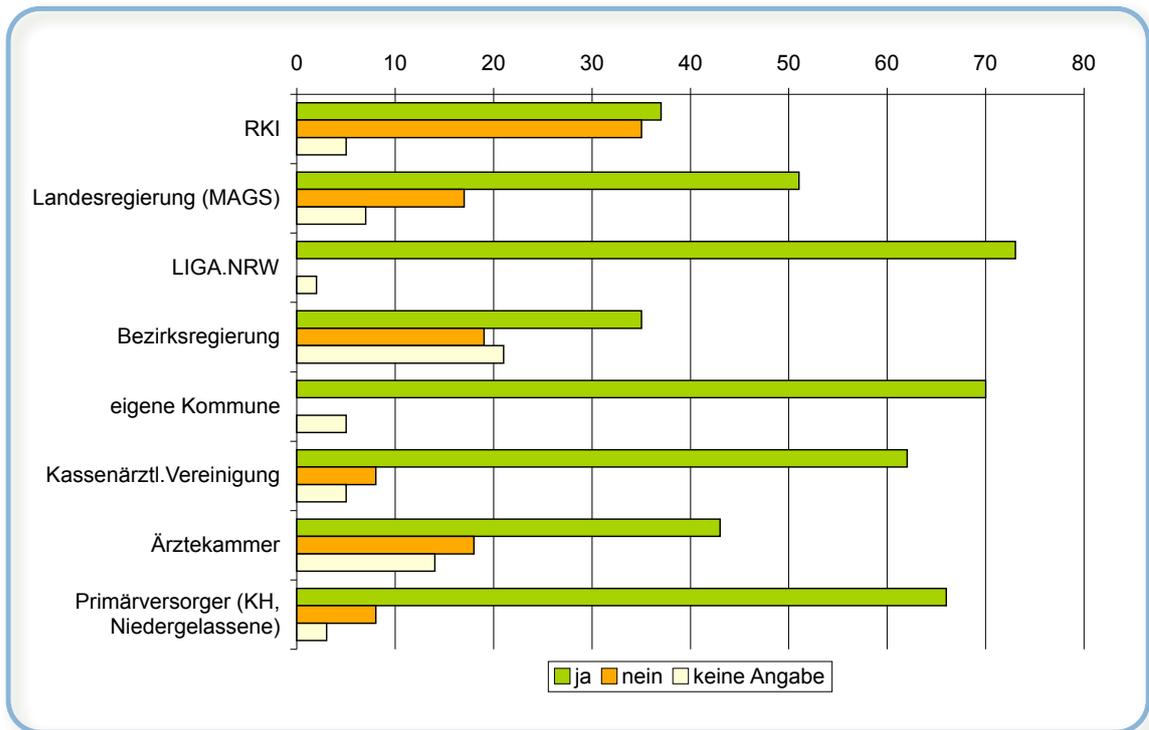


Abbildung 27: Waren Ihnen die entsprechenden Kontaktdaten (E-Mail, Tel.-Nr.) bekannt? (n=75) (Frage 2.1.)

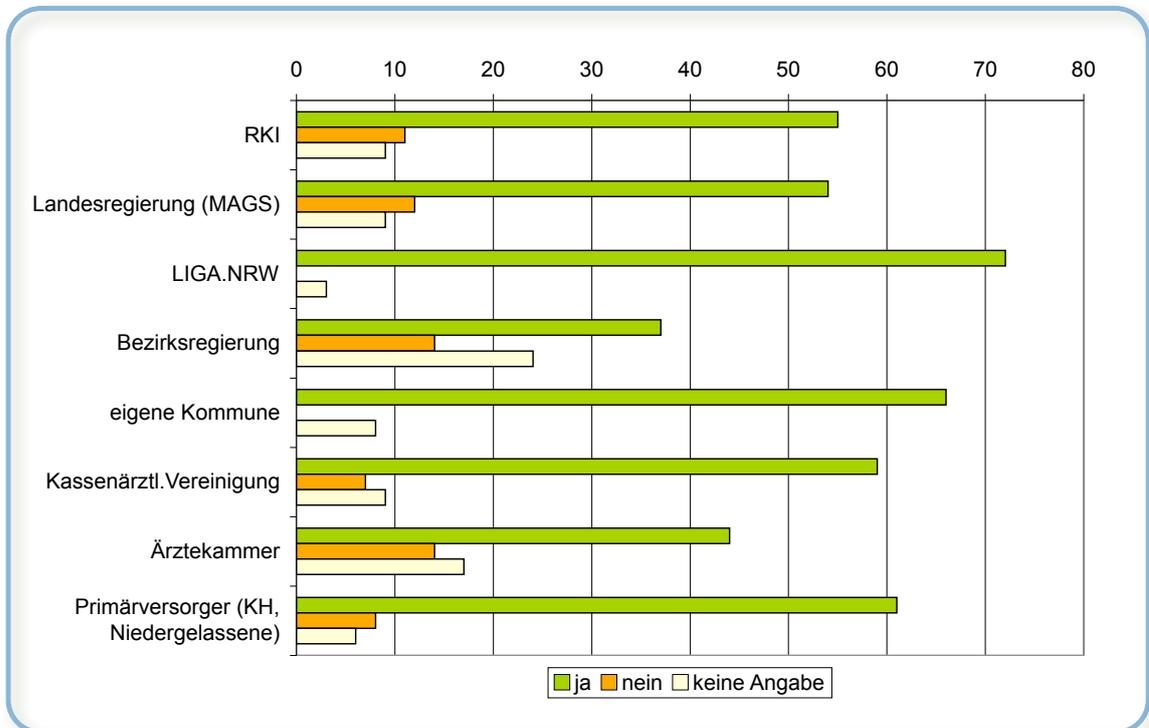


Abbildung 28: Waren die jeweiligen Ansprechpartner für Sie erreichbar – differenziert nach Institutionen? (n=75) (Frage 2.1.)

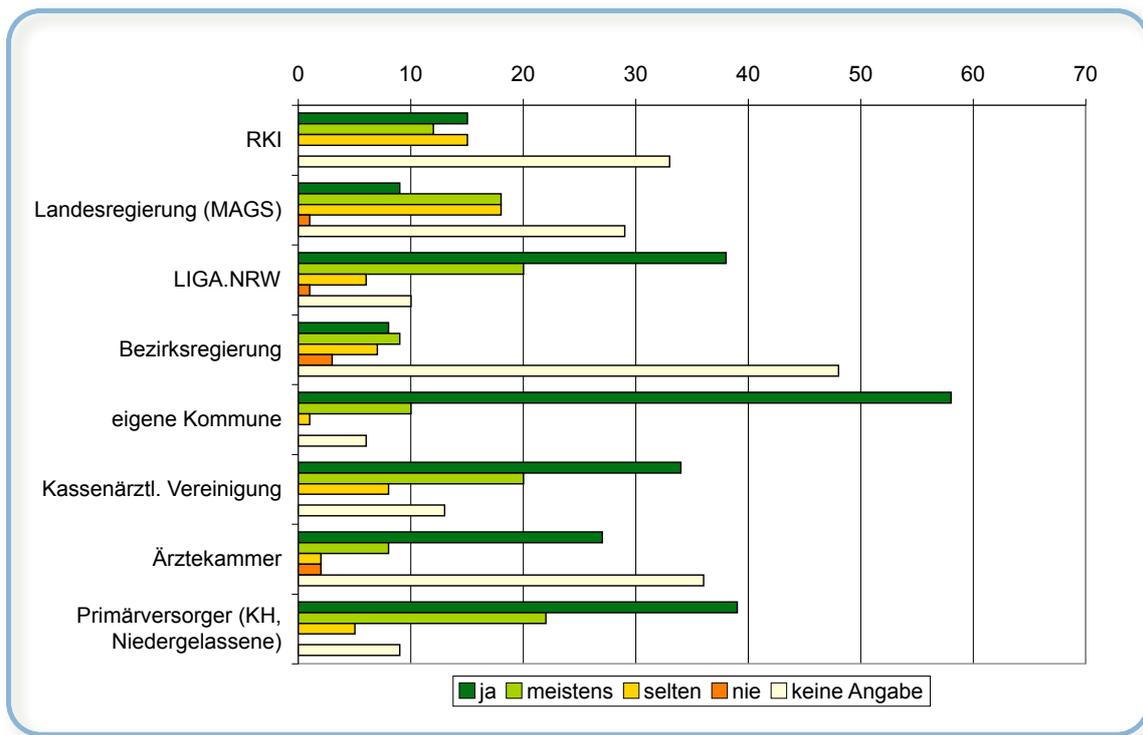


Tabelle 1: Informationsquellen

Informationsquellen	stand mir zur Verfügung	%	Wichtigste Informationsquelle	%
Internetseiten des RKI	71	100	66	93
Internetseiten des MAGS	62	87	3	4
Internetseiten des LIGA.NRW	65	92	5	7
E-Mails und Dokumente des LIGA.NRW	66	93	25	35
Internetseiten des ECDC	57	80	13	18
Internetseiten des CDC	57	80	2	3
Internetseiten der WHO	62	87	4	6
Fachzeitschriften	58	82	0	0
Tagespresse, Fernsehen	64	90	8	11
Dokumente der eigenen Behörde	61	86	9	13

Hilfe von Presseerklärungen und Interviews in der Tagespresse, seltener in Rundfunk oder Fernsehen sowie über die eigene Homepage. Bürgertelefone bzw. Hotlines wurden von einem Viertel der Kommunen angeboten.

In den Anmerkungen äußerten sich einige der Teilnehmerinnen und Teilnehmer kritisch über die Pressearbeit von Bund und Ländern, die wie die Bevölkerungs-

information und Risikokommunikation als verbesserungswürdig angesehen wurde. Widersprüchliche Expertenmeinungen haben nach Meinung einiger der Befragten zu Verunsicherung in der Bevölkerung, aber auch in Fachkreisen geführt.

Arbeitsbelastung

Mit Hilfe der Fragen aus dem fünften Abschnitt des Fragebogens kann eine grobe Abschätzung der zusätzlichen Arbeitsbelastung der uGBn durch die Neue Influenza erfolgen. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass nicht alle uGBn diese Fragen vollständig beantwortet haben und eine relativ große Schwankungsbreite bei den genannten Zahlen zu beobachten war. Deshalb wurde in den Tabellen neben den Mittelwerten auch Median und Spannweite angegeben. Auch waren im Fragebogen keine exakten Definitionen (z.B. des Begriffes „Überstunde“) enthalten. Trotz dieser methodischen Einschränkungen wird das Ausmaß der durch das Pandemiegeschehen zusätzlich zu bewältigenden Arbeit in den Gesundheitsbehörden deutlich.

Die Frage nach dem Anfall von nennenswerten Überstunden im Zusammenhang mit dem Pandemiemanagement beantworteten 46 Teilnehmende, 45 (94 %) uGBn gaben an, Überstunden in nennenswertem Umfang geleistet zu haben. Angaben zum Umfang der Zusatzarbeit wurden von 26 Teilnehmenden gemacht.

Fast alle uGBn (98 %) geben an, dass zur Bewältigung der Aufgaben im Zusammenhang mit der Neuen Influenza zusätzliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus anderen Bereichen der Behörde bzw. der Kommune hinzugezogen werden mussten. Im statistischen Mit-

tel waren dies in den Landkreisen 10, in den kreisfreien Städten 26 zusätzliche Arbeitskräfte. Regulär stehen den uGBn für dieses Arbeitsgebiet zwischen 1 und 17 Stellen – im Mittel 5 Stellen – zur Verfügung. Es wurde allerdings keine weitere Differenzierung nach ärztlichen und nichtärztlichen Stellen oder nach Vollzeit- und Teilzeitstellen vorgenommen.

In 83 % der uGBn wurden zusätzliche Rufbereitschaftsdienste sowie in 60 % der Kommunen zusätzliche Wochenenddienste eingerichtet. Einzelne Behörden stellten zeitweise auf einen Schichtbetrieb um. Zusätzlich wurde in einigen Kommunen (21 %) eine komplette oder partielle Urlaubssperre angeordnet.

Zusätzlich zu den nach IfSG gemeldeten rund 41.000 Infektionen an Neuer Influenza wurden in den uGBn Tausende von Verdachtsfällen bearbeitet, die mit zum Teil hohem Aufwand recherchiert und beraten wurden, aber keinen Eingang in die offiziellen Statistiken gefunden haben. Die Frage nach der Zahl nicht übermittelter bearbeiteter Fälle wurde von 45 uGBn beantwortet. Von diesen wurden bis zum 31.12.2009 zwischen 190 und 2.300 - im Mittel 728 - Verdachtsfälle bearbeitet.

Landesweit ergibt sich eine Summe von zusätzlichen 32.772 Fällen. Unter Berücksichtigung des abgefragten Zeitraums und der Tatsache, dass Daten von nur 45 Kommunen vorliegen, ist anzunehmen, dass auf jeden bestätigten Influenza-Fall ein unbestätigter Ver-

Tabelle 2: Sind im Rahmen des Pandemiemanagements in nennenswertem Umfang Überstunden angefallen? (Frage 5.5.)

Anzahl und Art der Kommunen mit entsprechender Angabe	Überstunden insgesamt	Mittelwert	Median	Spannweite
Landkreis (18)	11.035	613,1	500	100 – 1.500
Kreisfreie Stadt (8)	10.422	1.302,8	600	200 – 1.972
Gesamt (26)	21.457	825,3	500	100 - 1.972

Tabelle 3: Wie viele Stellen stehen Ihnen für den Bereich Infektionsschutz zur Verfügung? (Frage 5.2.)

Anzahl und Art der Kommunen mit entsprechender Angabe	Stellen im Infektionsschutz insgesamt	Mittelwert	Median	Spannweite
Landkreise (28)	133,7	4,8	4,8	1 - 10
Städte (18)	108,5	6,0	5,5	2 - 17
Gesamt (46)	242,2	5,3	5	1 - 17

Tabelle 4: Wie viele Mitarbeiter Ihrer Behörde waren darüber hinaus an der Bewältigung der anfallenden Arbeiten im Zusammenhang mit der Neuen Influenza beteiligt? (Frage 5.3.)

dachtsfall kommt und die nordrhein-westfälischen Gesundheitsämter zwischen Mai 2009 und April 2010 mehr als 80.000 Influenza (Verdachts-)Fälle zu bearbeiten hatten.

Stimmungsbild

Im letzten Abschnitt des Fragebogens wurde mit zwei allgemeinen Fragen zur Bedeutung bzw. zur Reaktion auf die Neue Influenza ein Stimmungsbild eingeholt, sowie um Anmerkungen und Kritik gebeten, die nicht mit den vorgegebenen Fragen abgedeckt waren. Von dieser Möglichkeit machte die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer Gebrauch, nachstehend sind hierzu detailliertere Ausführungen dargestellt.

Allgemein nach der Bedeutung der Neuen Influenza gefragt, waren 60 % der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung im Februar 2010 der Meinung,

dass diese überschätzt wurde, nur ein Viertel verneint dies.

Lediglich 33 % der Teilnehmenden waren der Meinung, dass auf die Pandemiestufen angemessen reagiert wurde. Bei beiden Fragen äußerten sich die an der Befragung teilnehmenden Amtsleitungen kritischer als ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Nach Meinung von 72 % der Amtsleitungen wurde die Bedeutung der Neuen Influenza überschätzt, lediglich 12 % der teilnehmenden Amtsleiterinnen und Amtsleiter beurteilten die Reaktion auf die jeweilige Pandemiesituation als adäquat.

Anmerkungen der Befragungsteilnehmer

Abschließend hatten die Befragten die Möglichkeit, über die vorgegebenen Fragen hinaus Anmerkungen

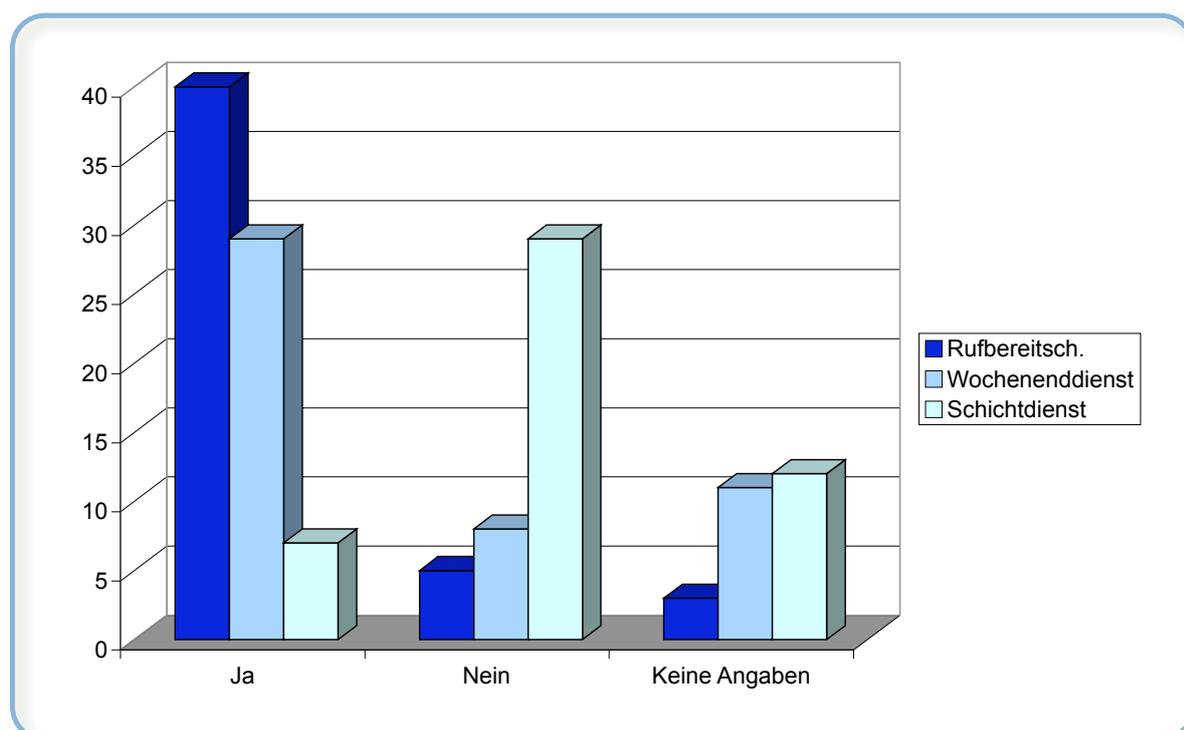
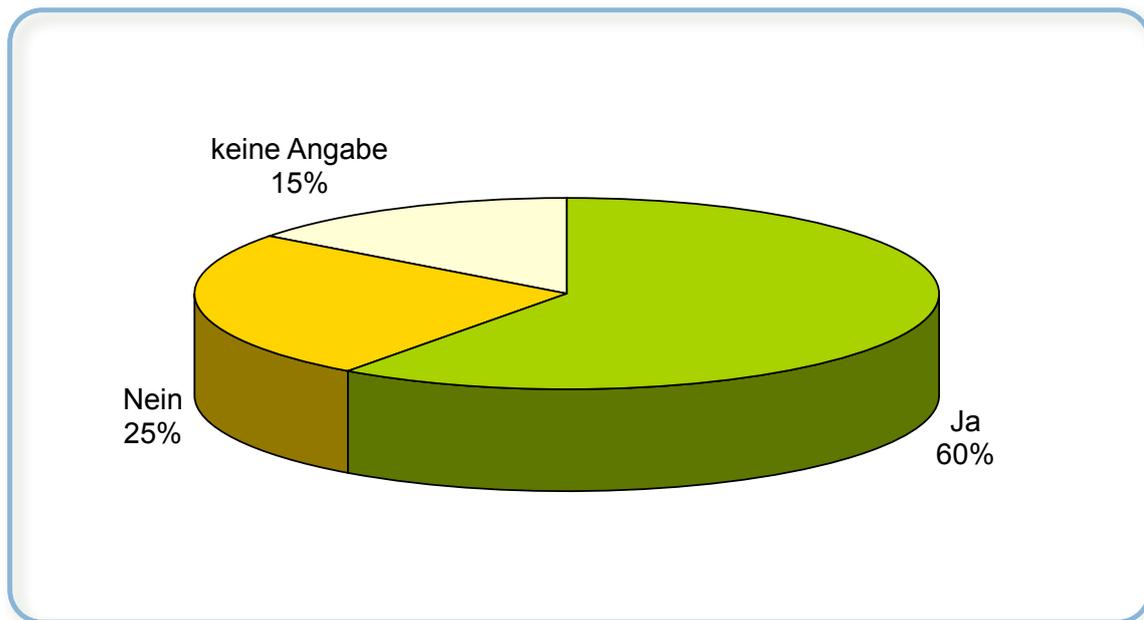
Abbildung 29: Wurden aufgrund der Influenza-Pandemie zusätzliche Dienste eingerichtet? (n=48) (Frage 5.4.)

Abbildung 30: Wurde/wird Ihrer Meinung nach die Bedeutung der Neuen Influenza überschätzt? (n=75)
(Frage 7.1.a)



und Vorschläge für Veränderungen zu machen, die thematisch und inhaltlich zusammengefasst wiedergegeben werden. Die Aussagen geben in der Regel die Meinung mehrerer an der Befragung teilnehmender Personen wieder, gelegentlich auch relevante Einzelaussagen. Diese Aussagen spiegeln das Meinungsbild der Teilnehmenden zu einem bestimmten Zeitpunkt (Anfang des Jahres 2010) und sind nicht mit einer sachlich bzw. fachlich geprüften Aussage gleichzusetzen. Auch widersprüchliche Aussagen und Meinungen waren zu verzeichnen. Die Antworten wurden den Oberthemen Koordination, Information, Kommunikation und Medienarbeit, Impfung und Sonstiges zugeordnet und sind teilweise der Auswertung der Befragungsergebnisse in den jeweiligen Abschnitten beigelegt und dort als Anmerkung gekennzeichnet.

Koordination

Den Anmerkungen ist zu entnehmen, dass bei einigen Befragten zeitweise der Eindruck entstanden ist, Bundes- und Landesbehörden hätten sich nicht ausreichend bzw. schnell genug abgestimmt. Diese zeitaufwendigen Abstimmungsprozesse haben aus Sicht der Befragten dazu geführt, dass wichtige Entscheidungen wie z. B. Anpassungen der Empfehlungen an die epidemiologische Lage und Änderungen im Kontaktmanagement oder der Meldeverordnung verzögert getroffen und die uGBn dadurch unnötig belastet wurden. Das z.T. unterschiedliche Vorgehen in verschiedenen Bundesländern wurde insbesondere an den Ländergrenzen als problematisch angesehen. Diese Kritik an uneinheitlichem Vorgehen erstreckt sich auch auf die Kommunen, die eigene – vom allgemeinen Vorge-

hen abweichende – Wege gegangen sind; beispielhaft wurde hier das Vorgehen an Flughäfen genannt. Kritisch sei dies vor allem deswegen zu sehen, da es zur Verunsicherung der Bevölkerung (insbesondere auch an Kreisgrenzen) geführt habe. Dementsprechend wurde mehrfach der Wunsch nach besserer bzw. verbindlicherer Abstimmung der uGBn untereinander geäußert. Von Einzelnen wurden verbindlichere Vorgaben und Handlungsanweisungen sowie eine Bewertung der jeweiligen Lage durch die Landesebene gewünscht.

Mehrfach wurde angemerkt, dass widersprüchliche Aussagen verschiedener Ressorts bzw. die fehlende Information über Anweisungen anderer Ressorts zu Irritationen auf kommunaler Ebene geführt haben – z.B. beim Thema Schule.

Hinsichtlich der Diagnostik wurde insbesondere die Handhabung der PCR kritisch bewertet. Gerade in den ersten Monaten der Pandemie seien sowohl Indikation und Kostenübernahme als auch die Logistik für Blutabnahme und Transport nicht ausreichend klar oder – wie z. B. der Versand an das NRZ für Influenza – schwer umsetzbar gewesen.

Impfung / Impfgeschehen

Die Befragung der uGBn bezog sich nicht auf die Impfkampagne gegen die pandemische Influenza. Trotzdem wurden gerade dazu zahlreiche Anmerkungen gemacht. Die Hauptkritikpunkte am Management der Impfung gegen das A / H1N1-Virus in NRW betreffen die Bereiche Information, Kommunikation, Koordination sowie die Logistik.

Einige Befragte waren der Ansicht, dass die Informationen zum geplanten Vorgehen zu spät, d.h. ohne ausreichende Vorlaufzeit an den ÖGD kommuniziert wurden. Die Basis sei nicht ausreichend in die Planungen auf Bundes- und Landesebene einbezogen worden. In der Wahrnehmung der Befragten ist die Bevölkerung durch das regional unterschiedliche Vorgehen und widersprüchliche Informationen verunsichert worden. Insbesondere die Risikogruppen seien nicht ausreichend über ihr tatsächliches Erkrankungsrisiko im Verhältnis zum Impfrisiko informiert gewesen. Dies habe zu einer nicht ausreichenden Durchimpfung der Risikogruppen sowie zu einer insgesamt sinkenden Impfbereitschaft geführt und sich möglicherweise auch negativ auf die Bereitschaft zur Impfung gegen die saisonale Influenza ausgewirkt. Auf Bundesebene habe die Diskussion über zwei verschiedene Impfstoffe große Verunsicherung hervorgerufen. Eine gezielte Medienkampagne und eine bessere Abstimmung zwischen den Beteiligten verschiedener Ressorts und Ebenen wären erforderlich gewesen. In diesem Zusammenhang wurde auch die ablehnende Einstellung zur Impfung eines Teils der Ärzteschaft als kontraproduktiv bewertet.

Die Logistik der Impfung sei durch die Bereitstellung des Impfstoffes in 10er-Gebinden und 500er Kartons erheblich erschwert und nicht unerhebliche Mengen an Impfstoff zwangsläufig verworfen worden. Die Verteilung des Impfstoffes über Apotheken wäre günstiger gewesen.

Kontraproduktiv sei die anfängliche Knappheit des Impfstoffes zu einem Zeitpunkt, als großes Interesse an der Impfung bestand, gewesen. Dies habe sowohl zu Frustration und Verärgerung bei impfenden Ärztinnen und Ärzten und impfwilligen Personen als auch zu zusätzlichem Arbeitsaufwand bei den uGBn geführt.

Weitere Kritikpunkte betreffen die Inkompatibilität der Dokumentationsbögen mit Praxissoftware-Programmen und das Fehlen qualitativ hochwertiger und mehrsprachiger Informations- bzw. Aufklärungsmaterialien.

Ausdrücklich positiv wurden die Arbeit der Apotheker und die Informationspolitik des PEI nach Beginn der Impfkampagne angemerkt.

Sonstiges

Einer der Hauptkritikpunkte an der Arbeit des RKI ist die – aus Sicht der Befragten – zu späte Anpassung der Empfehlungen an die epidemiologische Lage und die tatsächliche Gefährlichkeit des pandemischen Influenzavirus. Auch seien diese, aufgrund mangelnder Einbeziehung der uGBn in deren Erstellung, zum Teil wenig praktikabel gewesen. Außerdem seien Strategiewechsel ohne ausreichende Vorlaufzeit bzw. rechtzeitige Vorabinformation der uGBn vorgenommen worden. Auch die zeitaufwendige Dokumentation epide-

miologischer Daten über das Meldesystem nach IfSG ist auf wenig Zustimmung gestoßen. Sentinel-Systeme werden als besser geeignet angesehen. Einige Teilnehmer hätten sich eine bessere Erreichbarkeit des RKI gewünscht. Auch die Erreichbarkeit der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner im LIGA.NRW war nicht für alle zufriedenstellend.

Als eine Ursache unterschiedlichen Handelns bzw. Vorgehens wurde von einem Teilnehmer die unterschiedliche personelle und finanzielle Ausstattung der Kommunen vermutet. Wünschenswert sei jedoch im Pandemiefall ein einheitliches Vorgehen.

Zu Verärgerung und Verunsicherung hätten scheinbar widersprüchliche bzw. scheinbar nicht ausreichend abgestimmte Aussagen verschiedener Behörden und Ressorts geführt.

Mehrfach wird Unverständnis und Kritik an der Pandemie-Phaseneinteilung der WHO ohne Berücksichtigung der Gefährlichkeit eines Influenzaerregers bzw. der Folgen für die Deklaration der Phase 6 geäußert.

Konkrete Vorschläge:

- Entwicklung eines strukturierten Feedbacksystems (Monitoring) zwischen kommunaler Ebene, Landes- und Bundesebene, um im Pandemiefall oder bei vergleichbaren Ereignissen kurzfristig die Situation an der „Basis“ kommunizieren und Umsetzungsprobleme schnell und standardisiert mitteilen und lösen zu können
- Überarbeitung der Pandemieplanung auf kommunaler und Landesebene
- Die Sicherstellung der Erreichbarkeit der kurativen Ärzteschaft per E-Mail (spart Zeit und Geld)
- Stärkere Nutzung von ärztlichen Qualitätszirkeln auf lokaler Ebene und Verbandsstrukturen zur Informationsweitergabe
- Informationsmanagement im Krisenfall (Sichtung/ Bündelung / Steuerung) durch eine Stelle auf Landesebene
- Stärkere Berücksichtigung etablierter Versorgungsstrukturen im Pandemiefall
- Es sollte mehr Gewicht auf eine gute Informationspolitik, Risikokommunikation und Pressearbeit gelegt werden.
- Die Bezirksregierungen könnten stärker als Plattform für den Informationsaustausch der uGBn fungieren.
- Strategiewechsel sollten mit ausreichender Vorlaufzeit kommuniziert werden.

IV. Workshop zum Management der Neue Influenza-Pandemie am 23.06.2010 in Düsseldorf

Einführung

Am 23. Juni 2010 hatte das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW zu einem landesweiten eintägigen Workshop zum Management der Neue Influenza-Pandemie unter dem Titel „lessons learned in NRW“ eingeladen. Ca. 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den unteren Gesundheitsbehörden und Bezirksregierungen in Nordrhein-Westfalen sowie Vertreterinnen und Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern, ärztlichen Berufsverbände, des Landkreistages, des Landesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD e.V., des Westfälischen Ärzteblattes, des LIGA.NRW u. a. folgten der Einladung und beteiligten sich an einem lebhaften Austausch. Zur Einstimmung in das Thema dienten neun Impulsvorträge zu Management, Klinik und Diagnostik der Neuen Influenza sowie zum Impfgeschehen und zur Öffentlichkeitsarbeit. Zu den Vortragenden zählten Vertreterinnen und

Vertreter des Landkreises Steinfurt, der Stadt Dortmund, des Robert Koch-Instituts, der Universitätskliniken Münster und Düsseldorf, des Paul-Ehrlich-Instituts, der Kassenärztlichen Vereinigungen, des LIGA.NRW und ein Impfexperte. Die gehaltenen Vorträge werden auf den nächsten Seiten zusammengefasst wiedergegeben und zum Teil durch Vortragsfolien ergänzt.

Der Nachmittag war der Diskussion in moderierten Arbeitsgruppen vorbehalten. Die Diskussionsergebnisse wurden anschließend im Plenum vorgestellt und sind im zweiten Teil dieses Kapitels wiedergegeben. Wesentliches Ziel der Diskussion war es, den am Pandemiemanagement Beteiligten Raum für einen fachlichen interdisziplinären und überregionalen Austausch zu geben und Fragestellungen und Handlungsfelder zu identifizieren, an denen weiter gearbeitet werden muss.

Einladungsflyer zum Workshop

Anmeldung

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung bis zum 16. Juni 2010 per E-Mail oder Fax an:
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW
Ulenbergstraße 127 - 131
40225 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 521 8007-129
Fax: +49 (0) 521 8007-297
Email: Berutha.Bentlage@liga.nrw.de
Website: www.liga.nrw.de

Ja, ich komme zum Erfahrungsaustausch zum Pandemiemanagement in NRW am 23. Juni 2010 nach Düsseldorf

Name, Vorname _____
Institution _____
Straße / Postfach _____
PLZ / Ort _____
Telefon / Fax _____
E-Mail-Adresse _____
Ort, Datum, Unterschrift _____

Kontakt

Tagungsort
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW
Ulenbergstraße 127 - 131
40225 Düsseldorf
Tagungshandy: +49 175 5 82 63 90
www.liga.nrw.de

Anreise

- mit ÖPNV (ab Hauptbahnhof):
- Straßenbahn 707 bis Karolingerplatz, umsteigen Linie 706 bis Haltestelle Am Steinberg
 - S6 bzw. S7 bis Bahnhof D-Volksgarten, umsteigen Straßenbahn 706 bis Haltestelle Am Steinberg
 - S8, S11 bzw. S28 bis Bahnhof D-Bilk, umsteigen Bus 835 bzw. 836 bis Haltestelle Moorenstraße oder Straßenbahn 706 bis Haltestelle Am Steinberg

Von der Endhaltestelle Am Steinberg zu Fuß über die Himmelgeister Straße in Richtung Kreisverkehr, diesen überqueren, dann rechts in die Ulenbergstraße.

Es gibt keine öffentlichen Parkplätze in der Nähe des Instituts. Bitte benutzen Sie die öffentlichen Verkehrsmittel.

Die Veranstaltung ist zur Zertifizierung bei der Ärztekammer Nordrhein angemeldet.

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen



Workshop Einladung und Programm



- lessons learned in NRW - Das Management der Neuen Influenza- Pandemie in Nordrhein-Westfalen

23. Juni 2010 in Düsseldorf

10.00 bis 17.00 Uhr

© LIGA NRW 2010

www.liga.nrw.de

Einladung

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Fachgruppe Infektiologie und Hygiene des LIGA.NRW möchte Sie herzlich zu einem fachlichen Erfahrungsaustausch zum A/H1N1-Pandemiemanagement in NRW einladen.

Das Geschehen rund um die Neue Influenza hat uns alle monatelang in Atem gehalten. Nun wollen wir uns zusammen mit Ihnen einen Tag Zeit nehmen, zurückzublicken und gemeinsam zu überlegen, was uns bei der Bewältigung der Situation geholfen hat und was hinderlich war, um daraus Lehren für die Zukunft zu ziehen.

Wir würden uns sehr freuen, Sie am 23. Juni begrüßen zu dürfen!

Leider ist die Teilnehmerzahl begrenzt, so dass wir die Teilnahme auf eine Person pro Institution/Amt/Behörde beschränken müssen und um verbindliche Anmeldung bitten.

Eine Tagungsdokumentation ist geplant und wird auch Nichtteilnehmern auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden.

Dr. Inka Daniels-Haardt
Kirsten Bradt MHA, MPH

Programm, 23. Juni 2010

- | | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09.30 Uhr | Ankommen, informeller Austausch |
| 10.00 Uhr | Begrüßung
Dr. E. Lehmann, LIGA.NRW |
| | Einführung
Dr. I. Daniels-Haardt, LIGA.NRW |
| 10.15 - 11.20 Uhr | Impulsvorträge |
| | ◆ Pandemiemanagement aus Sicht einer städtischen uGB
Dr. A. Düsterhaus, Stadt Dortmund |
| | ◆ Pandemiemanagement aus Sicht eines Landkreises
Dr. D. Schmeer, Kreis Steinfurt |
| | ◆ Die Sicht der Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW
Dr. A. Kintrup, KV Westfalen-Lippe |
| | ◆ Erfahrungen eines Kliniklers
Dr. E. Hilker, Universität Münster |
| | ◆ Diagnostik von A/H1N1
Prof. Dr. O. Adams, Universität Düsseldorf |
| | ◆ Nationale und internationale Aspekte der Pandemie
Dr. S. Buda, Robert Koch-Institut Berlin |
| 11.20 - 11.40 Uhr | Kaffeepause |

Programm, 23. Juni 2010

- | | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11.40 - 12.45 Uhr | Fortsetzung der Impulsvorträge |
| | ◆ Das Impfgeschehen
Dr. J. Leidel, Köln, Mitglied der STIKO |
| | ◆ Medienecho auf die Schweinegrippe
Frau Dr. S. Stöcker, Paul-Ehrlich-Institut |
| | ◆ Ergebnisse der Befragung der Gesundheitsämter in NRW
K. Bradt, LIGA.NRW |
| 12.45 - 13.00 Uhr | Diskussion und Überleitung zum Nachmittag |
| 13.00 - 13.45 Uhr | Mittagspause mit Imbiss |
| 13.45 - 15.30 Uhr | Diskussion in moderierten Arbeitsgruppen |
| 15.30 - 15.45 Uhr | Kaffeepause |
| 15.45 Uhr | Vorstellung der Arbeitsergebnisse
aus den Gruppen mit anschließender Diskussion im Plenum |
| 17.00 Uhr | Ende der Veranstaltung |

Moderation: Dr. I. Daniels-Haardt, K. Bradt

Grußwort der Präsidentin des LIGA.NRW

Frau Dr. E. Lehmann

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie sehr herzlich hier im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit in Düsseldorf zum Workshop „lessons learned in NRW - Das Management der Neue Influenza-Pandemie in Nordrhein-Westfalen“.

Dieser Workshop findet nicht zuletzt auf vielfachen Wunsch aus Ihren Reihen statt und soll den verschiedenen am Management der Neuen Influenza Beteiligten die Möglichkeit geben, auf das Geschehen der vergangenen Monate zurückzublicken und daraus Lehren für die Zukunft zu ziehen.

Wir haben heute unter uns Vertreterinnen und Vertreter aus vielen für das Pandemiemanagement relevanten Institutionen, Behörden und Berufsgruppen. Darüber freue ich mich sehr!

Meine Damen und Herren, 300.000 Tote im Deutschen Reich, bis zu 50 Millionen weltweit - das war die Bilanz der Pandemie 1918 / 19, der sog. Spanischen Grippe.

Er habe, so ein alter Kreisarzt, noch nie eine solche Fülle von Arbeit zu leisten gehabt wie während der Epidemie. Kaum eine Familie blieb von der Krankheit verschont; in sehr vielen wurden sogar alle Mitglieder von der Seuche ergriffen. In den Städten leerten sich die Fabriken, die Büros der Behörden, die Geschäfte und die Schulen, auf dem Land stand fast der ganze Wirtschaftsbetrieb still, die Kartoffelernte stockte und das Vieh musste hungern, weil alles krank und arbeitsunfähig daniederlag.

Dieses Szenario hatten viele von uns vor Augen, als am 24. April 2009 bekannt wurde, dass es in Mexiko zu einer Häufung tödlicher respiratorischer Erkrankungen gekommen war, die von einem neuen Influenzavirus, A / H1N1, verursacht wurden.

Die Weltgesundheitsorganisation erklärte schon am folgenden Tag offiziell den „Notfall für die öffentliche Gesundheit von internationaler Bedeutung“ und erhöhte innerhalb der folgenden 4 Tage die Influenza-Pandemiewarnstufe von 3 auf 5.

Seit 1968 war es nicht mehr zu einer Verbreitung eines Influenzavirus auf der Nordhalbkugel außerhalb der winterlichen Influenzasaison gekommen. Ausgehend von Nordamerika und im wahrsten Sinn des Wortes befördert durch den internationalen Flugverkehr breitete sich das bis dato unbekanntes Virus zunächst nach Europa und innerhalb Nord- und Südamerikas, später dann bis fast in jeden Winkel der Erde aus. Nach Angaben der WHO haben fast alle Länder der Welt Infektionen durch A / H1N1 gemeldet.

Das Influenzavirus H1N1 löste somit die erste Pandemie im 21. Jahrhundert aus. In Deutschland wurden zwischen Mai 2009 und April 2010 gut 225.000 Erkrankungen registriert. Es ist davon auszugehen, dass die wahre Zahl der Infizierten und Erkrankten deutlich höher liegt. Aber selbst wenn tatsächlich 5 oder 10 mal so viele Menschen eine Infektion durchgemacht haben sollten als die offiziellen Zahlen suggerieren, waren die Belastung für unser Gesundheitswesen, die Zahl schwer Erkrankter und Toter sowie der wirtschaftliche und gesellschaftliche Impact wesentlich geringer als befürchtet.

Gleichzeitig war das Management der Neue Influenza-Pandemie für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Teile des Gesundheitswesens eine der größten Herausforderungen der letzten Jahrzehnte und es gab Wochen, in denen Sie alle und Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bis an die Grenzen der Belastbarkeit beansprucht wurden.

Glücklicherweise verliefen die meisten Erkrankungen mild bis moderat, aber es waren auch schwere Krankheitsverläufe mit z. T. wochenlangem künstlicher Beatmung zu verzeichnen. Den Meldezahlen zufolge sind 255 Menschen in Deutschland an den Folgen der Neuen Influenza gestorben. Für Europa werden vom European Centers for Disease Prevention and Control (ECDC) knapp 2000 Todesfälle angegeben. Die Zahl der zusätzlichen Arztkonsultationen lag in der Größenordnung einer mittelschweren Influenzasaison.

In der Rückschau mag also manche Maßnahme übertrieben oder sogar überflüssig erscheinen. Allerdings waren der Verlauf und insbesondere die Schwere dieser Pandemie im April 2009 nicht abzusehen.

Aller Voraussicht nach wird dies auch bei einer nächsten Pandemie oder dem nächsten „Notfall für die öffentliche Gesundheit von nationaler oder internationaler Bedeutung“ nicht anders sein. Auch nach den Erfahrungen mit einem relativ harmlosen Pandemievirus wird die Welt einem neuen Influenzavirus wieder mit großer Vorsicht begegnen müssen.

Ziel dieser Veranstaltung ist es daher, aus den vergangenen Monaten zu lernen. Wir wollen positive und negative Erfahrungen, Kritik und Anregungen zusammentragen, um daraus möglichst konkret „To Dos“, Konzepte und Planungen abzuleiten.

Wie Sie wissen, finden derzeit weltweit Veranstaltungen und Prozesse zur Evaluation des Pandemiegeschehens statt. Daraus können wir sicher manches lernen und auf unsere Verhältnisse übertragen. Trotzdem ist es uns wichtig, dass wir auch in NRW und unter Beteiligung derer, die die Arbeit an der Basis geleistet haben, analysieren, was gut gelaufen ist und an welchen Stellen Verbesserungsbedarf besteht. Darum haben wir zu dem heutigen Workshop eingeladen.

Ich möchte mit einigen Worten des Dankes abschließen:

- Zunächst danke ich herzlich unseren Referentinnen und Referenten für ihre Bereitschaft, diesen Workshop mit einem Impulsvortrag zu unterstützen.
- Ebenso herzlich bedanke ich mich bei den Moderatorinnen und Moderatoren sowie den Protokollantinnen.
- Meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sage ich an dieser Stelle „Danke schön“ für die Vorbereitung dieses Workshops und ihren unermüdlichen Einsatz während der Pandemie.
- Bei allen Anwesenden möchte ich mich bereits jetzt für ihr Kommen bedanken.

Der englische Erzähler R. Kipling wird mit folgendem Satz zitiert: „Ich hatte sechs ergebene Diener. Die lehrten mich alles, was ich wissen musste. Ihre Namen waren: WO und WAS und WANN und WARUM und WIE und WER.“

Mögen alle sechs heute unsere treuen Begleiter sein!

Ich wünsche uns allen einen interessanten und ergebnisreichen Workshop mit guten Gesprächen und neuen Erkenntnissen, die hoffentlich auch in die praktische Arbeit einfließen können.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Eindrücke aus dem Plenum und den Pausen



Eindrücke aus dem Plenum und den Pausen



Kurzfassung der Vorträge des Workshops und ausgewählte Folien

Diagnostik von Influenza A/H1N1

Prof. Dr. Ortwin Adams,
Institut für Virologie des
Universitätsklinikums Düsseldorf



Das Auftreten der pandemischen Influenza H1N1 war im Vergleich zu früheren Pandemien des 20. Jahrhunderts (Spanische Grippe 1918, Asiatische Grippe 1957, Hong-Kong-Grippe 1968) begleitet von stark verkürzten Informationswegen über die epidemiologischen und molekularen Details: 24 h nach ersten Meldungen über den Ausbruch des Virus waren über Internet-Portale erste Genomsequenzen verfügbar, rund 8 Tage später wurden Empfehlungen für das Durchführen einer Real-time-PCR vom Robert Koch-Institut publiziert, die hinsichtlich ihrer Sensitivität und Spezifität bereits hohe Ansprüche erfüllten. Wie schon zuvor bei dem Auftreten der SARS-Epidemie sowie der Vogelgrippe zeigte sich, dass eine schnelle und sichere molekulare Diagnostik bei neu auftretenden Erregern heutzutage möglich ist, sofern sie in leistungsfähigen Laboren durchgeführt wird. Demgegenüber stellte sich heraus, dass die verfügbaren Influenza-Schnellteste auf Antigenbasis nur eine Sensitivität von 17-50 % aufwiesen, so dass deren Anwendung nicht zu empfehlen ist. Die Virusanzucht dieses Virus ist generell möglich, spielt aber für die Akutdiagnostik keine Rolle.

Sequenzielle Untersuchungen von H1N1-Infizierten in unserem wie auch in anderen Laboratorien haben gezeigt, dass bei Erwachsenen unter Oseltamivir-Therapie mit ca. 6 Tagen Ausscheidung des Virus zu rechnen ist, bei Kindern dagegen mit 9 Tagen und mehr. Zur Resistenzlage des Virus ist zu sagen, dass das pandemische H1N1 generell gegen M2-Inhibitoren (Amantadin) resistent ist. Hingegen wurden bisher nur in Ausnahmefällen Resistenzen gegen Neuraminidase-Hemmer (Zanamivir, Oseltamivir) gesehen. Für den Fall, dass das neue H1N1 weiterhin zirkulieren sollte, ist zu erwarten, dass sich diese Art von Resistenzen häufen. Protokolle zu deren molekularer Identifikation sind mittlerweile verfügbar.

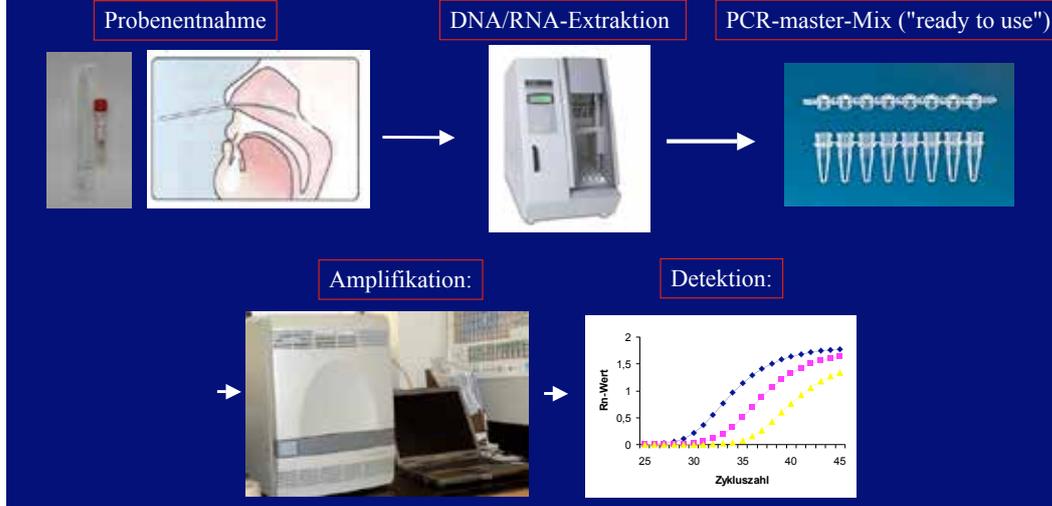
Die Bedeutung der Serologie (Neutralisationstest, Hämagglutinationshemmtest) ist differenzierter zu sehen: Während die serologische Diagnostik für die akute Infektion nicht von Bedeutung ist, sind diese Tests andererseits unentbehrlich, um das Impfansprechen zu kontrollieren. Arbeiten aus dem eigenen Institut haben dazu ergeben, dass die Seroprotektionsrate bei gesunden Erwachsenen nach einmaliger Impfung mit dem adjuvantierten, monovalenten Impfstoff gegen die pandemische Influenza A H1N1 knapp über 90 % beträgt. Dagegen zeigt sich, dass diese Rate bei Risikogruppen (Immunsupprimierte onkologische Kinder, Nierentransplantierte, Dialysepatienten) auf ca. 50 % sinkt. Da diese Patienten auch in Zukunft durch die neue Influenza H1N1 gefährdet sind, ist für sie eine modifizierte Impfstrategie für die kommende Saison in Betracht zu ziehen.

Zusammenfassung:

- Das Auftauchen eines neuen, pandemischen Virus ist diagnostisch am sichersten mit Hilfe von molekularen Methoden (PCR) zu diagnostizieren. Die verfügbaren Influenza-Antigen (Schnell)-Teste haben sich bei der neuen Influenza H1N1 als unzuverlässig erwiesen.
- Bisher sind Resistenzen des neuen Influenza H1N1 gegen Neuraminidasehemmer eine Ausnahme. Bei weiterer Zirkulation des Virus ist mit einer Zunahme an Resistenzen zu rechnen. Die Resistenzmutationen sind molekular definiert und diagnostizierbar.
- Serologische Untersuchungen (Neutralisationstests) sind essentiell für epidemiologische Studien und um das Impfansprechen – insbesondere in den Risikogruppen – zu kontrollieren. Für die Diagnose der akuten Infektion sind sie nicht geeignet.

Nachweis von H1N1-Influenza („neue“ Influenza“) mittels PCR

1. PCR: Nachweis eines Influenza-M-Genabschnitts (subtypenübergreifend)
2. PCR: Nachweis eines H1N1sw („neue Influenza“) –Genabschnittes (spezifisch)



Weitere ergänzende Folien sind im Anhang (S. 113 - 115) zu finden.

Ergebnisse der Befragung der Gesundheitsämter in NRW

Kirsten Bradt, Fachgruppe Infektiologie und Hygiene,
LIGA.NRW



Im Januar 2010 wurden die uGBn und Bezirksregierungen Nordrhein-Westfalens aufgefordert, sich an einer schriftlichen Zwischenevaluation des Managements der Neue Influenza-Pandemie zu beteiligen.

Inhaltlich wurden Fragen zur Kommunikation und Information, zum Kontakt- und Fallmanagement, zu Krisenstabsstrukturen und zur Arbeitsbelastung gestellt.

Das Management der Impfkampagne gegen die Neue Influenza wurde nicht in die Befragung einbezogen.

Die Zwischenevaluation erfolgte mit Hilfe eines mehrseitigen Fragebogens (siehe Anhang), der möglichst von der Amtsleitung sowie einer weiteren Person aus dem Bereich Infektionsschutz der uGB ausgefüllt werden sollte.

Als wesentliche Ergebnisse der Befragung können folgenden Wünsche und Anregungen der Befragten stichwortartig zusammengefasst werden:

- bessere Steuerung des Informationsflusses
- das Thema Kommunikation sollte einen höheren Stellenwert in der Pandemie-Planung bekommen

- Berücksichtigung von Praktikabilität und Umsetzbarkeit bei Empfehlungen zum Kontakt- / Fallmanagement
- Stärkere und frühere Einbindung der kurativ tätigen Ärzteschaft
- bessere Abstimmung zwischen Institutionen / Ressorts und Ebenen
- Aktualisierung der Pandemieplanung
- Berücksichtigung regionaler Situationen und Besonderheiten in der Pandemieplanung
- Vorhandene (begrenzte) Ressourcen berücksichtigen oder ggf. aufstocken
- „One voice“ für Öffentlichkeitsarbeit und Bevölkerungsinformation (in NRW z. B. durch Expertenkommission oder Kompetenzzentrum)

Da die Ergebnisse dieser Befragung im dritten Kapitel des Berichtes ausführlich dargestellt werden, wird auf eine weitere Ausführung des Vortrages an dieser Stelle verzichtet.

Nationale und internationale Aspekte der Pandemie

Dr. Susanne Buda, Abt. für Infektionsepidemiologie,
Robert Koch-Institut, Berlin



Mit Auftreten des pandemischen Influenzavirus (H1N1) im April 2009 wurden im Robert Koch-Institut (RKI) Empfehlungen erarbeitet und mit den Fachexperten der Länder abgestimmt, die sich je nach Stadium, in dem sich Deutschland im Zuge der Pandemie befand, unterschieden.

Zu Beginn standen die Erarbeitung von konkreten Handreichungen zum Umgang mit einzelnen importierten Fällen und deren Kontaktpersonen sowie die Erarbeitung von Falldefinitionen und Informationen für Ärzte und die Etablierung der virologischen Nachweisverfahren im Nationalen Referenzzentrum für Influenza im Vordergrund.

Als im Sommer die Zahl der importierten Fälle deutlich anstieg, wurden die Empfehlungen angepasst, die virologischen Nachweisverfahren ausgeweitet und das Berichtswesen zur epidemiologischen Lage weiter standardisiert. Mit einer fortgesetzten Übertragung der Infektion innerhalb der Bevölkerung wurde bereits in den nachfolgenden Wochen gerechnet. Die verschiedenen Stufen der Strategieanpassung wurden in einem Artikel im Epidemiologischen Bulletin im Juli 2009 erläutert. Im Gegensatz zu anderen Ländern (z.B. dem Vereinigten Königreich) konnte in Deutschland aber keine erhöhte Krankheitslast auf Bevölkerungsebene im ambulanten Bereich gemessen werden, so dass der Zeitpunkt einer beginnenden Erkrankungswelle weiter unklar blieb.

Ende August und Anfang September 2009 (Kalenderwochen (KW) 35 bis 38) ging die Zahl der wöchentlich an das RKI übermittelten Fälle zunächst zurück, um dann ab Anfang Oktober wieder anzusteigen. Etwa vier Monate, nachdem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Phase 6 und damit weltweit die Pandemie erklärt hatte und gut fünf Monate nach Bestätigung der ersten Fälle in Deutschland überschritt die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen erstmals die jahreszeitlich übliche Hintergrundaktivität und zeigte eine erhöhte Krankheitslast im ambulanten Bereich ab KW 42 durch die pandemische Influenza (H1N1) 2009 an. Die vergleichbar einer saisonalen Influenzawelle aber deutlich früher im Jahr beginnende Dynamik in den nächsten vier Wochen bis zum Höhepunkt der Erkrankungswelle in der 46. / 47. KW wurde zu einer weiteren Herausforderung für alle an der Pandemiebewältigung Beteiligten.

In der 41. KW hatte die Ständige Impfkommission (STIKO) am RKI die Empfehlungen zur Impfung gegen die pandemische Influenza mitgeteilt und ab der 44. KW war der monovalente Impfstoff in den Bundesländern verfügbar. In der 45. KW trat die Änderung der Meldeverordnung in Kraft, die die ärztliche Meldepflicht nur noch für den Tod an einer (laborbestätigten) pandemischen Influenzainfektion vorsah. Die Möglichkeit zur aggregierten Übermittlung von Fällen gemäß IfSG wurde auf Grund der hohen Meldezahlen ebenfalls in der 45. KW eingeführt.

In den verschiedenen Stadien des Pandemiegeschehens wurden die vom RKI veröffentlichten Empfehlungen und deren Anpassungen an die jeweilige Lage in enger Abstimmung mit den verantwortlichen Gremien und Institutionen der Bundesländer, der Bundesministerien und der nachgeordneten Bundesbehörden und Fachgremien sowie den medizinischen Fachgesellschaften, die in der Influenzakommission für den Pandemiefall vertreten sind, erörtert und abgestimmt, um so eine möglichst einheitliche Information zu gewährleisten. Das regional unterschiedliche Krankheitsgeschehen in Deutschland konnte erst durch die Zusammenführung der gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) übermittelten Einzelfalldaten und der aggregiert erfassten Daten zur Krankheitslast aus der Arbeitsgemeinschaft Influenza beurteilt und retrospektiv zur Erfassung der Lage verwandt werden.

International war Deutschland über den gesamten Zeitraum in viele weitere Abstimmungs- und Bewertungsprozesse eingebunden. Für die Erarbeitung europäischer und globaler Situationseinschätzungen sind Institutionen wie das Europäische Zentrum für Prävention und Krankheitskontrolle (ECDC) und die WHO auf die Daten der einzelnen Mitgliedsstaaten angewiesen. Das RKI ist dieser Berichtspflicht über die verschiedenen internationalen Meldewege seit Beginn der Pandemie nachgekommen. Die importierten Fälle wurden täglich vom Lagezentrum über das Early warning and response system (EWRS) an die EU übermittelt, parallel und später ausschließlich wurden die Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza und die aktuellen Todesfalldaten an das ECDC und darüber an die WHO (Region Europa in Kopenhagen und Zentrale in Genf) gemeldet. Die aus den international zusammengeführten Daten gewonnenen Erkenntnisse (mit entsprechendem Meldeverzug) flossen wiederum in internationale

Empfehlungen ein, die für nationale Empfehlungen Berücksichtigung fanden.

Als Fazit dieses spezifischen Aspekts der Pandemiebewältigung lassen sich folgende Kernpunkte extrahieren: Bei einem globalen Infektionsgeschehen wie einer Influenzapandemie, bei der es dennoch viele nationale und regionale Besonderheiten zu berücksichtigen gilt, ist der Informationsbedarf sehr groß. Der Zeitaufwand für Abstimmungsprozesse sowie die Datenerhebung, Validierung, Analyse und Bewertung nationaler und internationaler Daten für eine verlässliche und aktuelle Situationseinschätzung darf nicht unterschätzt werden. Gleichzeitig entwickelt eine einmal auf Bevölkerungsebene begonnene Influenza-Erkrankungswelle eine erhebliche Dynamik. Für die Erarbeitung von wechselnden, jeweils an die aktuelle Situation angepassten und auf einer soliden Datengrundlage beru-

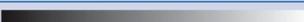
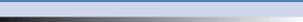
henden Maßnahmen und Empfehlungen sollten realistische Zeiträume veranschlagt und kommuniziert werden. Unerlässlich dafür sind Surveillancesysteme, Auswertungsalgorithmen und Bewertungskriterien, die bereits vor einer Pandemie etabliert und im Einsatz sind. Das elektronische Übermittlungssystem für Infektionskrankheiten gemäß IfSG und ergänzend das Sentinelsystem der Arbeitsgemeinschaft Influenza haben diesen „Härtetest“ während der Pandemie bestanden.

6



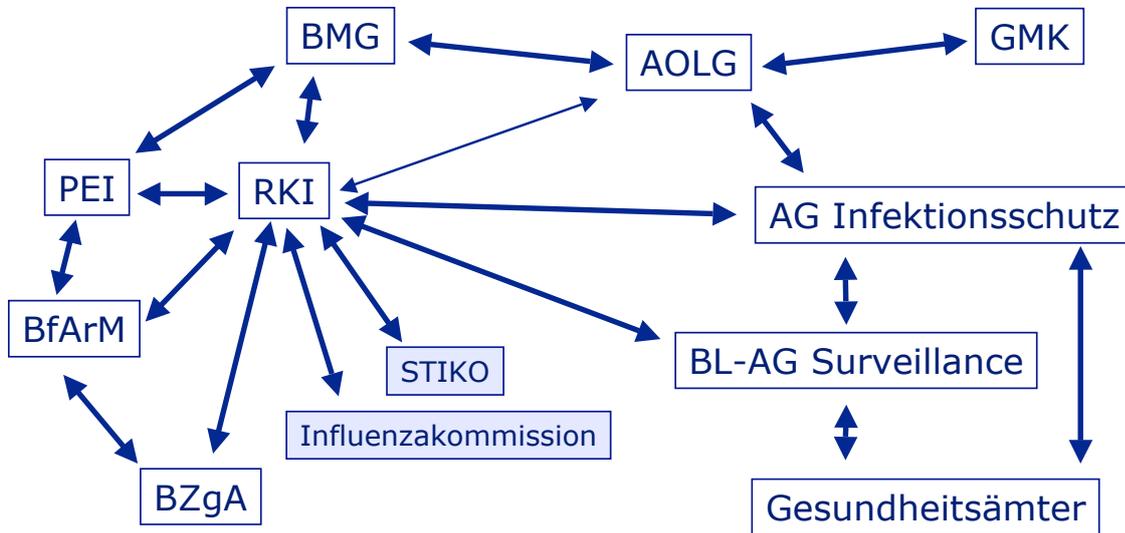
Epid. Bulletin 27/2009 (6. Juli)

Ankündigung der Strategieanpassung

	1: Frühes Stadium	2: Stadium des Anstiegs
Bedarf	Erfassung aller Fälle	Abschätzung aller Fälle
Meldeverordnung zur Neuen Grippe (Meldung von Verdachtsfällen)		
Pandemieldepflicht-VO		
Surveillance, IfSG	Meldung aller Verdachtsfälle mit nachfolgender labordiagnostischer Abklärung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Keine Meldung von Verdachtsfällen ▶ Meldung von labordiagnostisch bestätigten Fällen, z.B. im Rahmen von Sentinelerhebungen
Surveillance, syndromisch / aggregiert	Hintergrunderfassung	Exzesskonsultationen bzw. aggregierte Meldung von klinischen Verdachtsfällen
Maßnahmen:		
Isolierung von Verdachtsfällen	obligat 	freiwillig 
Quarantäne von Haushaltskontakten	obligat 	freiwillig 
Gesundheitsüberwachung von Kontakten Kat. 2		
Gesundheitsüberwachung von Kontakten Kat. 1		
Postexpositionsprophylaxe bei Kontakten Kat. 1		
Präventive kontaktreduzierende Maßnahmen		

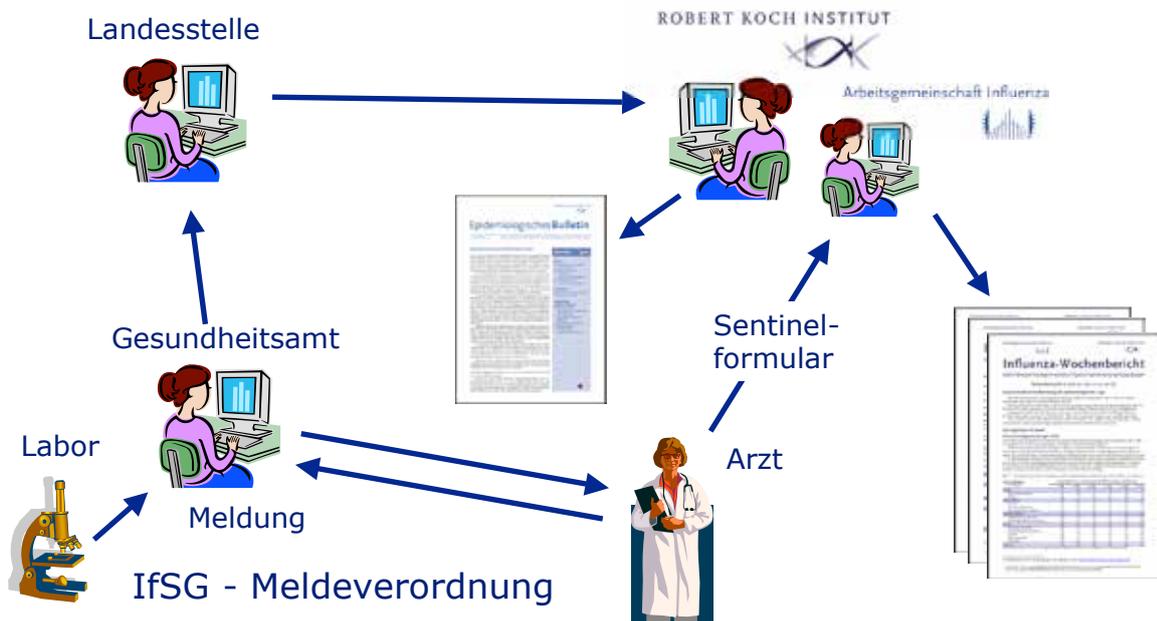
Nationale Aspekte

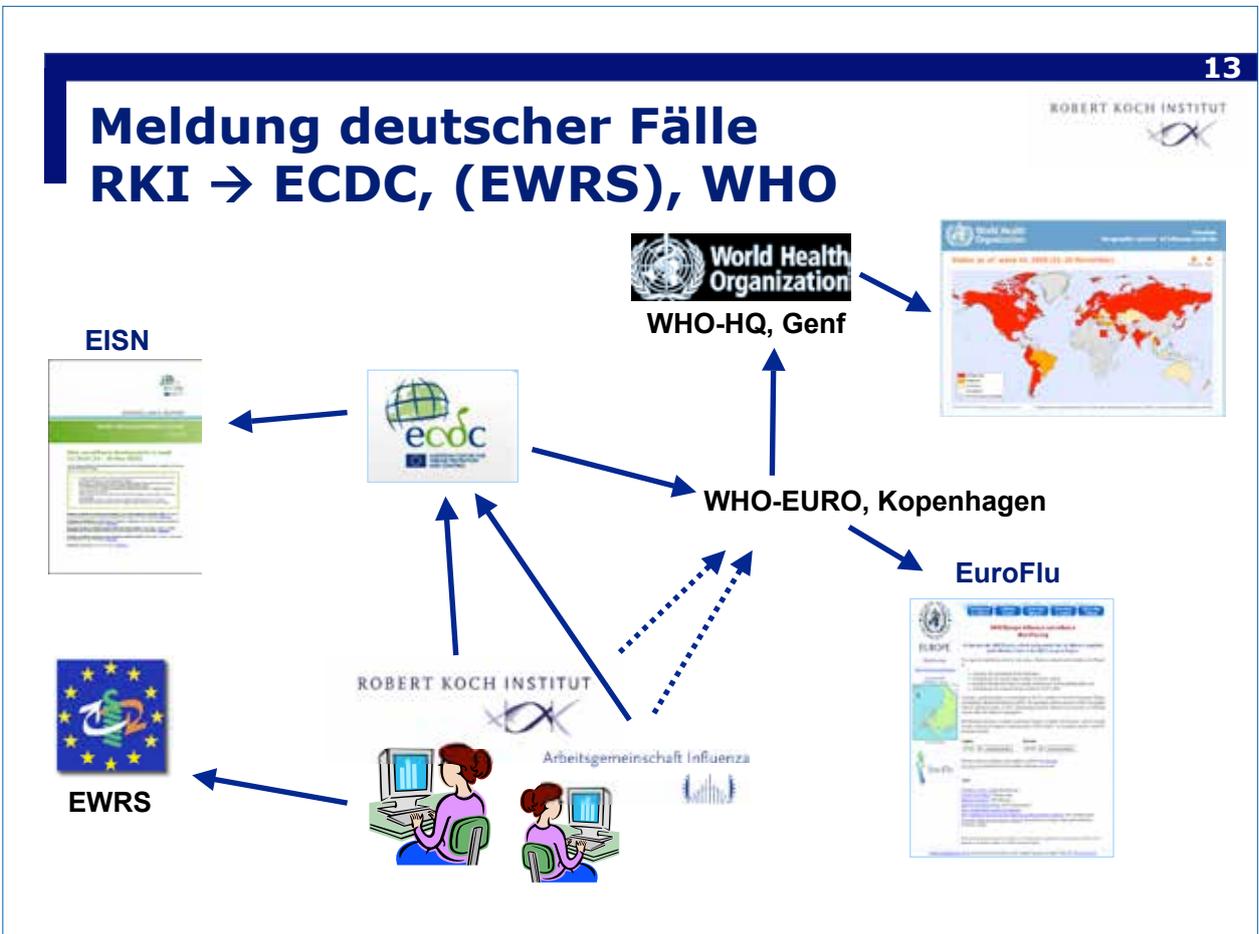
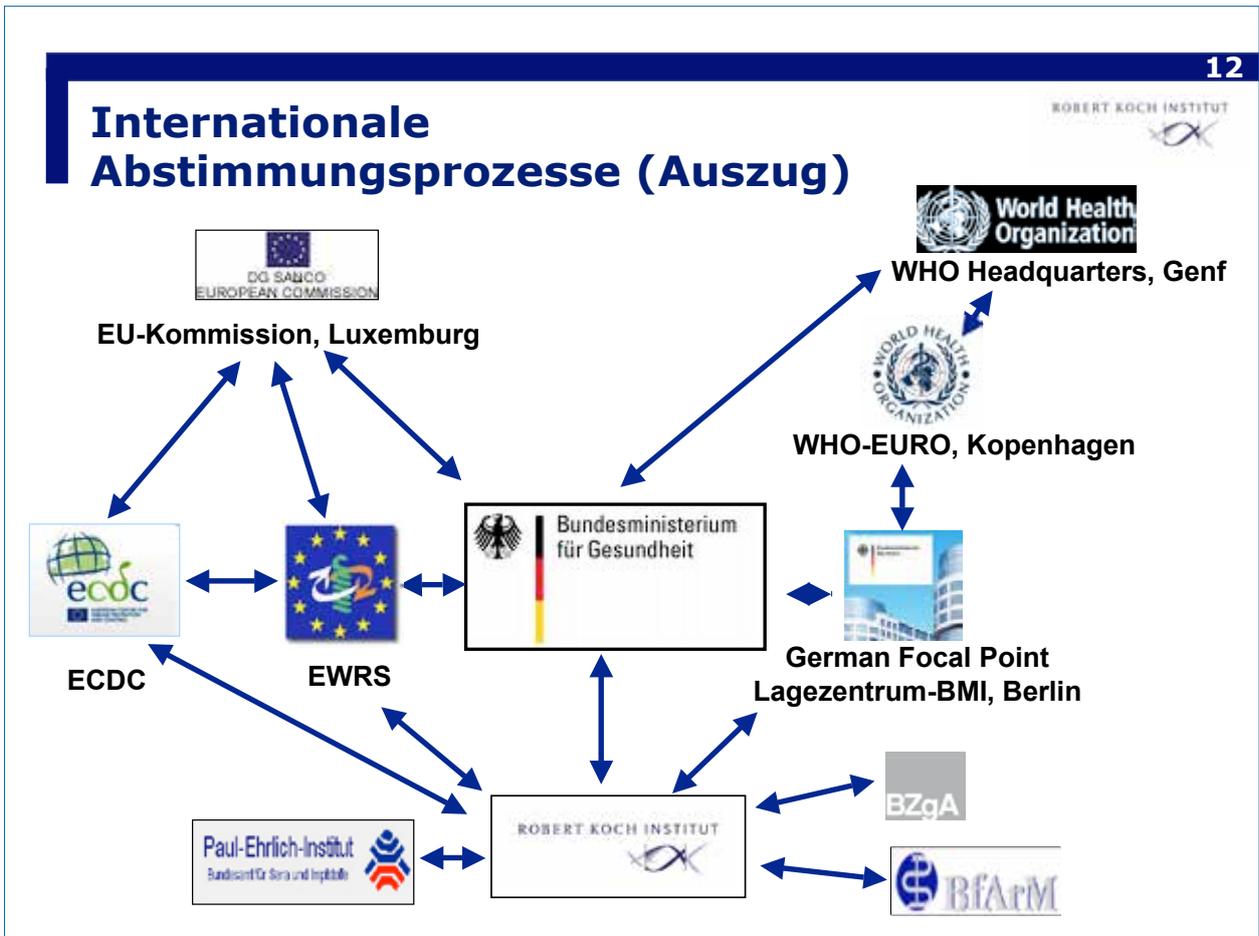
Organisation auf nationaler Ebene:
Abstimmungsprozesse (Auszug)



Nationale Aspekte

Meldung und Übermittlung von Fällen
auf nationaler Ebene (Pandemie (H1N1) 2009)





Die H1N1-Pandemie: Erfahrungen des Kliniklers

Dr. Ekkehard Hilker, Medizinische Klinik,
Universitätsklinikum Münster



Die H1N1-Pandemie: Erfahrungen des Kliniklers

Ekkehard Hilker
Universitätsklinikum Münster
Medizinische Klinik und Poliklinik C
Münster

Patienten der Internistischen Intensivstationen 10 – 12 / 09

A.N. - m. - 32 Jahre

V.L. - m. - 32 Jahre

N.A. - w. - 40 Jahre

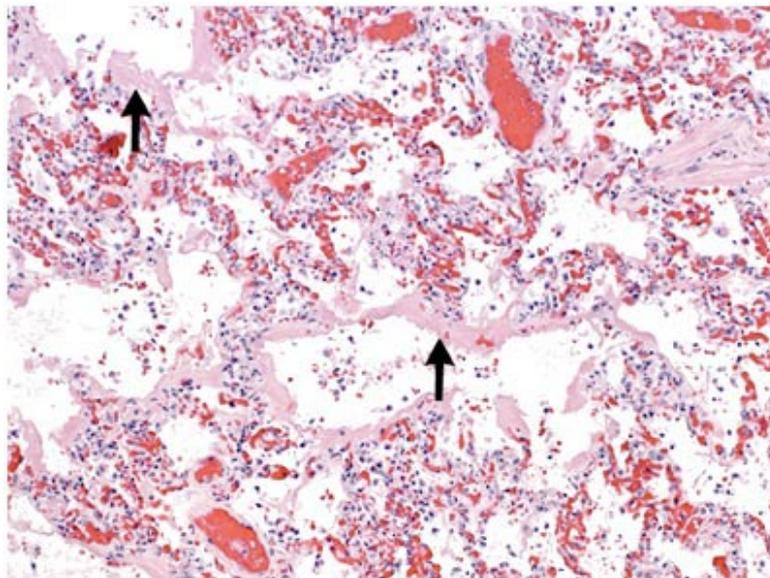
J.H. - m. - 46 Jahre

J.W. - m - 47 Jahre

N.N. - w. - 48 Jahre

E.H.
06/10

ARDS bei H1N1-Infektion



Lung-Tissue Specimen Obtained at Autopsy from a 13-Year-Old Boy after a 7-Day Clinical Course of 2009 H1N1 Virus Infection. The specimen shows diffuse alveolar damage with hyaline membrane formation (arrows) and hemorrhage (hematoxylin and eosin). The patient, who had cerebral palsy, received oseltamivir for 2 days before he died. No evidence of bacterial coinfection was present. (Courtesy of Dr. Sherif R. Zaki, CDC.)

E.H.
06/10

Writing Committee of the WHO Consultation on Clinical Aspects of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza: Hayden FG et al: N Engl J Med. 2010

Table 1. Risk Factors for Complications of or Severe Illness with 2009 H1N1 Virus Infection.*

Risk Factor	Examples and Comments
Age <5 yr	Increased risk especially for children <2 yr of age; highest hospitalization rates among children <1 yr
Pregnancy	Risk of hospitalization increased by a factor of 4 to 7, as compared with age-matched nonpregnant women, with highest risk in third trimester
Chronic cardiovascular condition	Congestive heart failure or atherosclerotic disease; hypertension not shown to be an independent risk factor
Chronic lung disorder	Asthma or COPD, cystic fibrosis
Metabolic disorder	Diabetes
Neurologic condition	Neuromuscular, neurocognitive, or seizure disorder
Immunosuppression	Associated with HIV infection, organ transplantation, receipt of chemotherapy or corticosteroids, or malnutrition
Morbid obesity†	Suggested but not yet proved to be an independent risk factor for complications requiring hospitalization or ICU admission and possibly for death
Hemoglobinopathy	Sickle cell anemia
Chronic renal disease	Acute renal failure
Chronic hepatic disease	Cirrhosis
Long history of smoking	Suggested but not yet proved to be an independent risk factor
Long-term aspirin therapy in children	Risk of Reye's syndrome; drugs containing salicylates should be avoided in children with influenza
Age ≥65 yr	Highest case fatality rate but lowest rate of infection

* COPD denotes chronic obstructive pulmonary disease, HIV human immunodeficiency virus, and ICU intensive care unit.

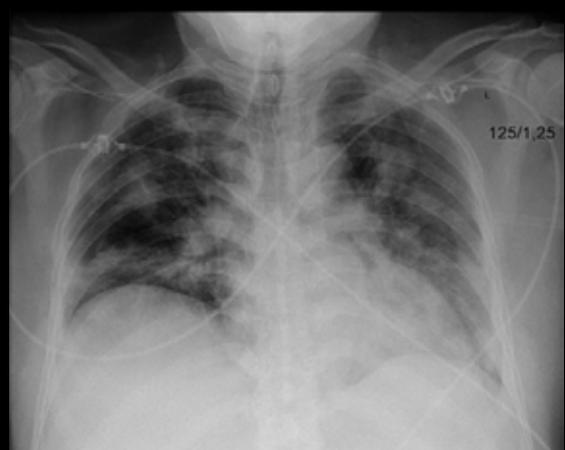
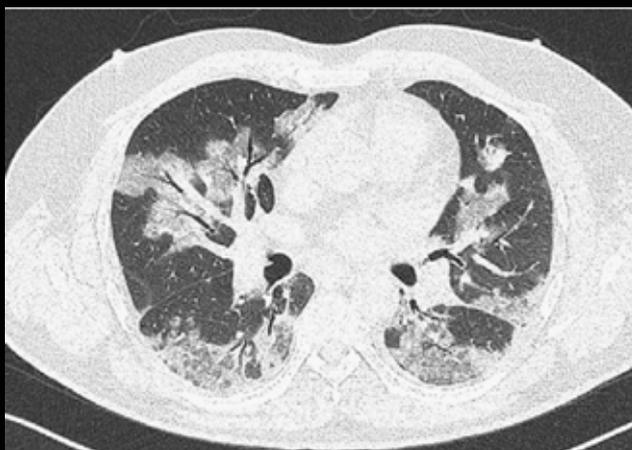
† Morbid obesity is defined as a body-mass index (the weight in kilograms divided by the square of the height in meters) of 40 or more.

E.H.

06/10

Writing Committee of the WHO Consultation on Clinical Aspects of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza: Hayden FG et al: N Engl J Med. 2010

Radiologische Befunde bei intensivpflichtigen Patienten mit viraler (H1N1) Pneumonie



n = 10 (Klinikum Mannheim), mittleres Alter 44 Jahre

CT-Befunde: bilateral, ohne Präferenz einer Region
 Groundglass-Infiltrate (9/10)
 Pleuraergüsse (9/10)
 Konsolidierungen (8/10)
 Crazy Paving (4/10)

Henzler T et al: Academic Rad 2010

Patienten der Internistischen Intensivstationen 10 – 12 / 09

A.N. - m. - 32 Jahre

DCM

V.L. - m. - 32 Jahre

N.A. - w. - 40 Jahre

J.H. - m. - 46 Jahre

J.W. - m - 47 Jahre

N.N. - w. - 48 Jahre

IPF

E.H.
06/10

Patienten der Internistischen Intensivstationen 10 – 12 / 09

A.N. - m. - 32 Jahre

Raucher

V.L. - m. - 32 Jahre

N.A. - w. - 40 Jahre

J.H. - m. - 46 Jahre

Raucher

J.W. - m - 47 Jahre

Raucher

N.N. - w. - 48 Jahre

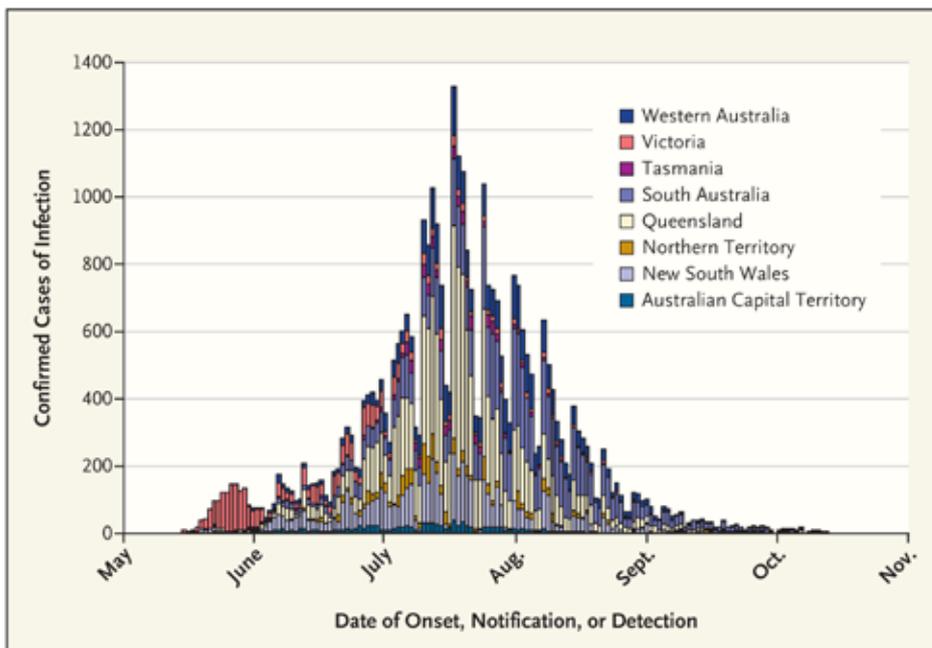
E.H.
06/10

Patienten der Internistischen Intensivstationen 10 – 12 / 09

A.N. - m. - 32 Jahre	
V.L. - m. - 32 Jahre	ECMO
N.A. - w. - 40 Jahre	ECMO
J.H. - m. - 46 Jahre	
J.W. - m - 47 Jahre	ECMO
N.N. - w. - 48 Jahre	ECMO

E.H.
06/10

H1N1 im australischen Winter

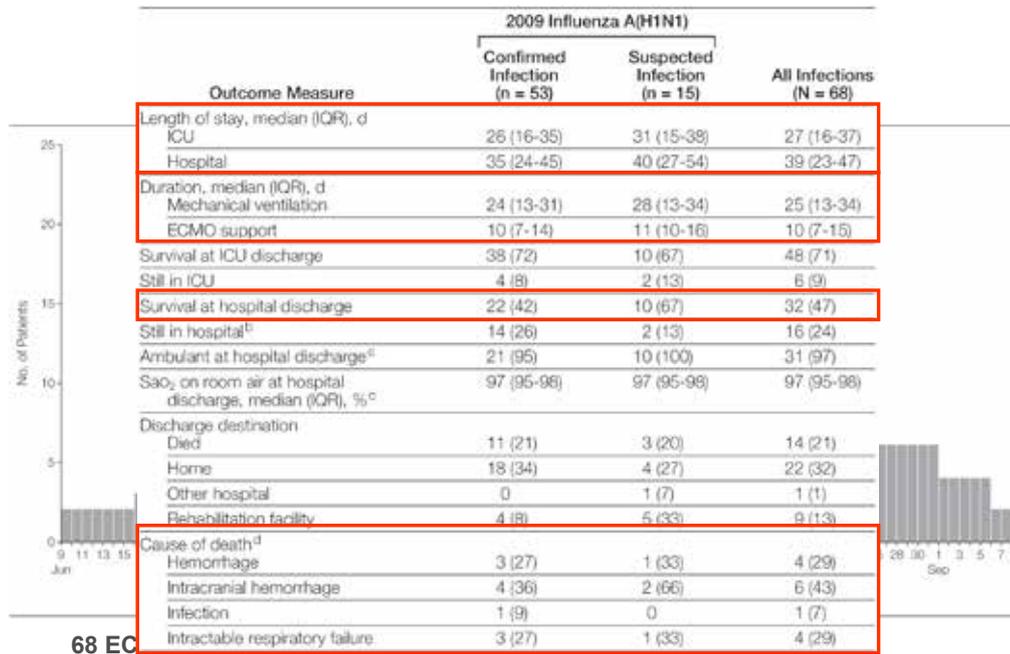


Data from the Australian Influenza Surveillance Report

Bishop JF et al: N Engl J Med. 2009

E.H.
06/10

ECMO für ARDS in Australien und Neuseeland 2009



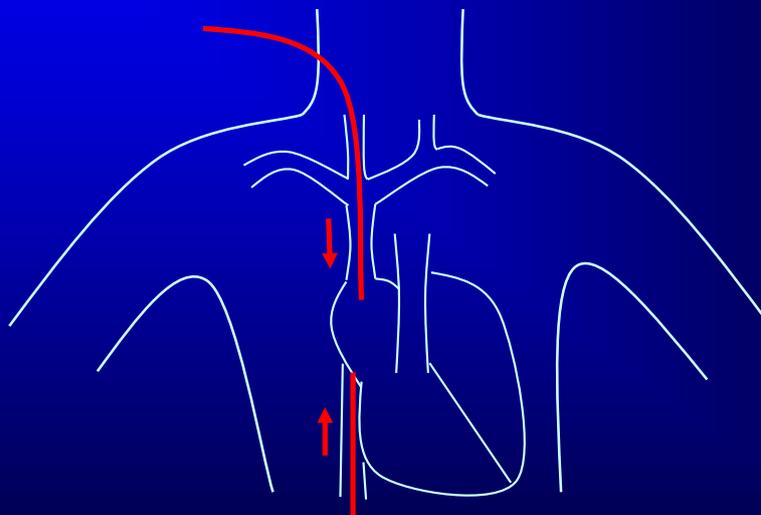
68 EC

Vergleichszeitraum Vorjahr: 4

Davies AR et al: JAMA 2009

E.H.
06/10

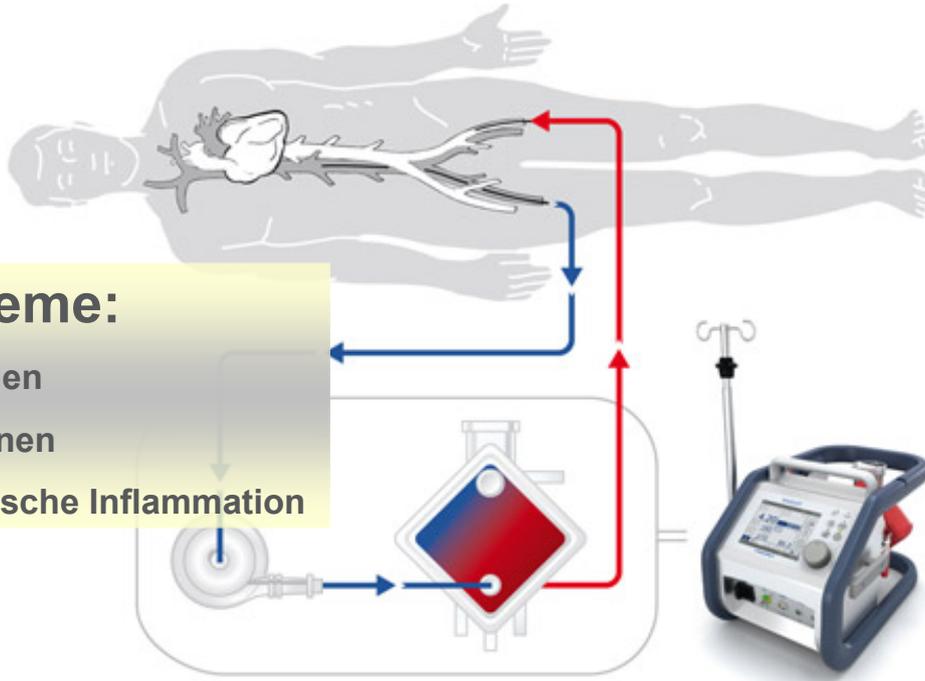
Veno-venöse ECMO



Extrakorporale Membranoxygenierung

Probleme:

- Blutungen
- Infektionen
- systemische Inflammation



E.H.
06/10

ECMO im Einsatz



E.H.
06/10

„Fall“ Nr. 1: Patientin N. A. 40 Jahre

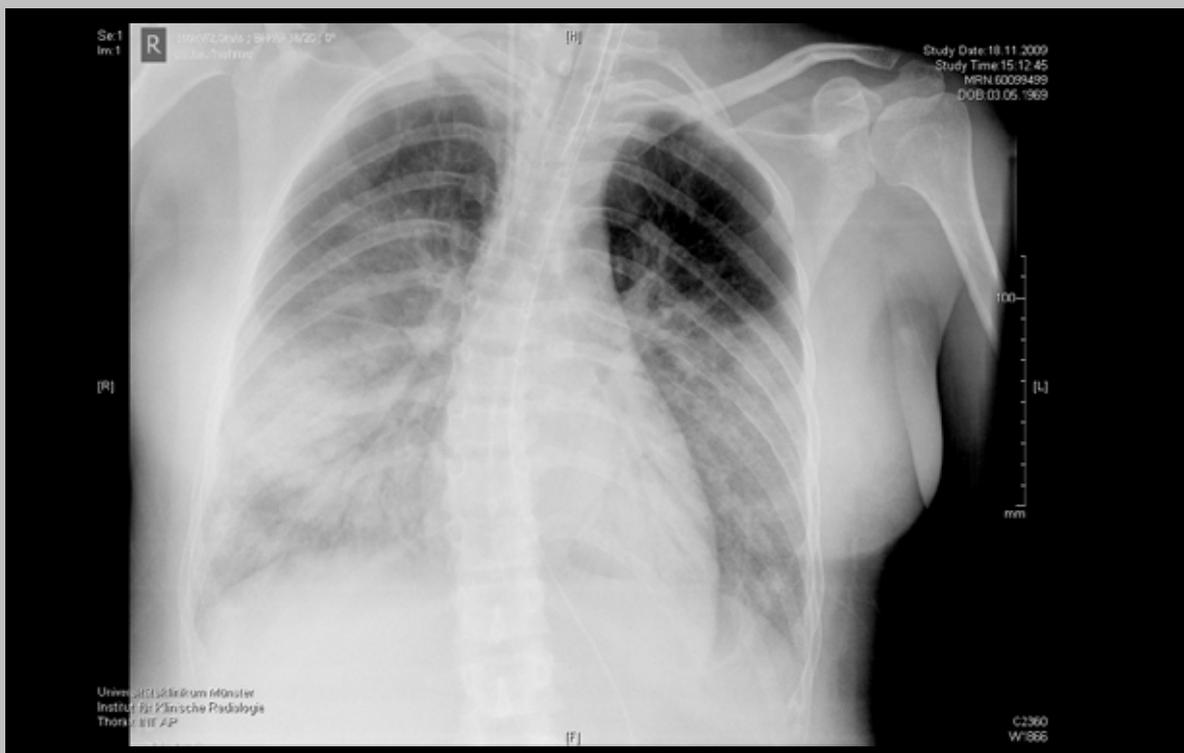
- normalgewichtig, Nikotin bis 2000, Holzverarbeitung
- keine Vorerkrankungen; mglw. v. Willebrand-Syndrom
- 12.11.2009 akute fieberhafte Erkrankung der Tochter
- 15.11.2009 Einweisung Städt. Klinikum Gütersloh
- Fieber, trockener Husten, schweres Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen

Leukopenie (2.700/ μ l), CRP 4.0 mg/dl

Rachenabstrich positiv für H1N1

E.H.
06/10

„Fall“ Nr. 1: Patientin N. A. 40 Jahre



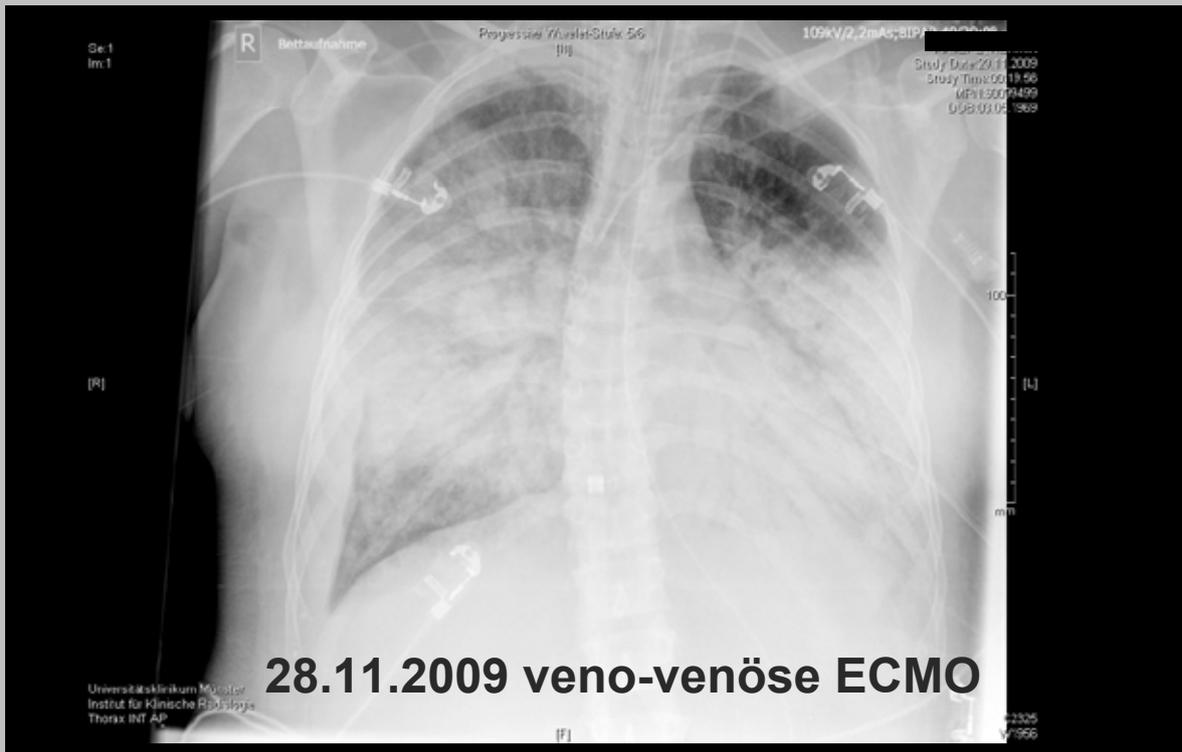
E.H.
06/10

„Fall“ Nr. 1: Patientin N. A. 40 Jahre

- kein bakterieller Erreger
 - 15.11.09 Ceftriaxon / Ampicillin
 - 17.11.09 + Clarithromycin
 - 17.11.09 + Oseltamivir
- 17.11.09 Intensivstation und Intubation
- 18.11.09 Verlegung UKM:
 - PEEP 18 cmH₂O / F_iO₂ 1.0 / Bauchlage / Iloprost inhal.
 - PipTaz / Moxifloxazin
 - ab 23.11.09 Meropenem / Linezolid

E.H.
06/10

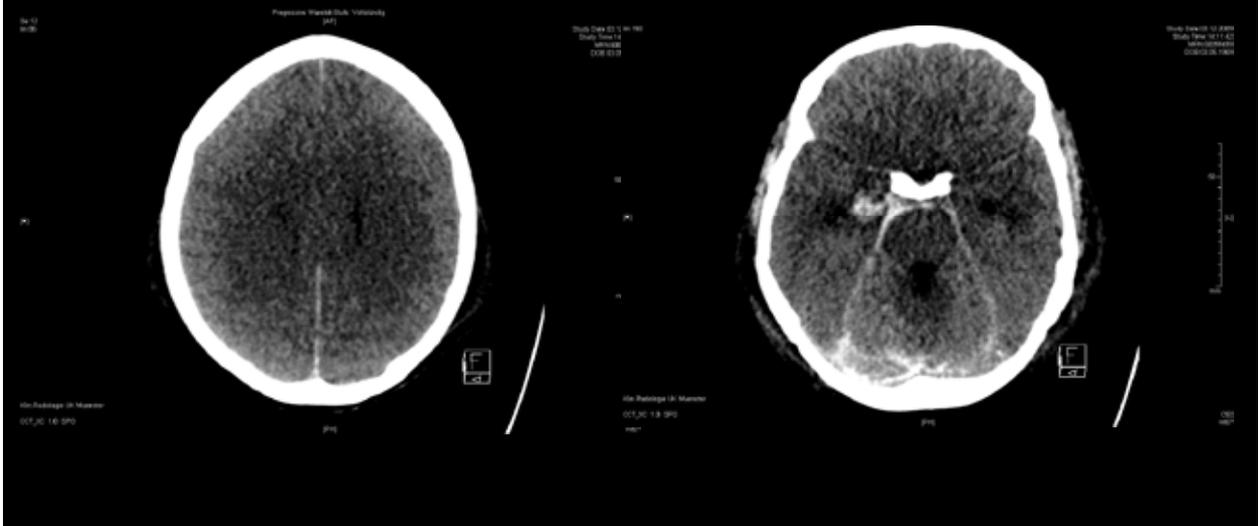
„Fall“ Nr. 1: Patientin N. A. 40 Jahre



E.H.
06/10

„Fall“ Nr. 1: Patientin N. A. 40 Jahre

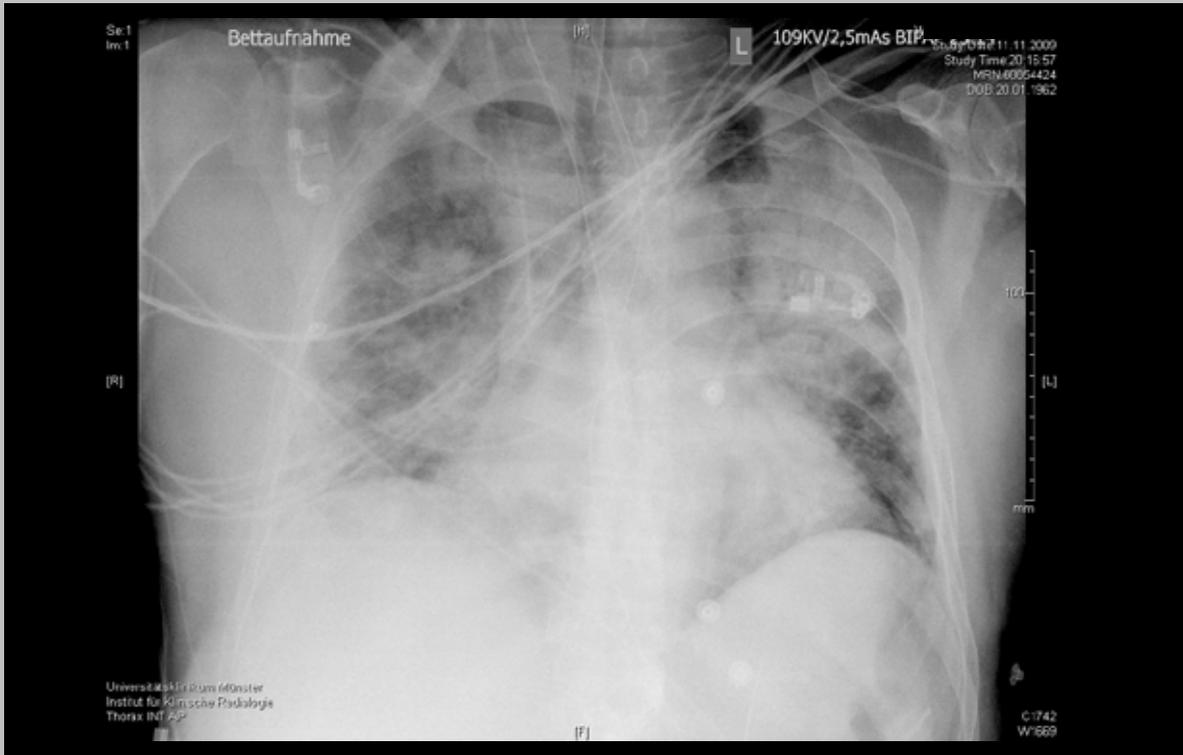
- **3.12.2009 Ausfall der Hirnstammreflexe**
ACT 140 sec. unter UFH



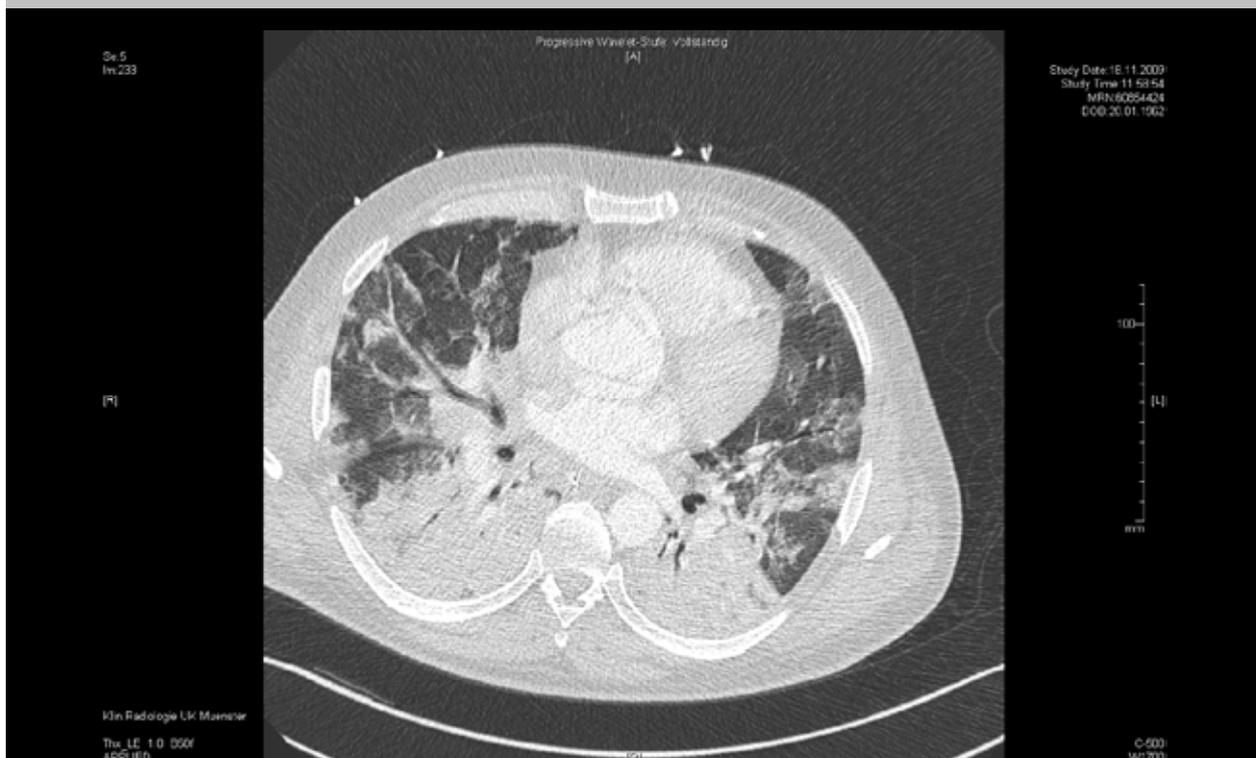
„Fall“ Nr. 2: Patient J.W. 47 Jahre

- **BMI 32, Nikotin 30 py, Kraftfahrer**
- **keine Vorerkrankungen**
- **29.10.2009 akute Erkrankung während LKW-Fahrt**
Fieber, Kollaps -> KKH Vreden
- **Infiltrat ML und rechter UL**
Leukopenie (1.700/μl), CRP 21 mg/dl
kein Erreger
29.10.09 Ceftriaxon - 3.11.09 + Moxifloxacin
6.11.09 Meropenem / Ciprofloxacin
NIV -> 11.11.09 Intubation und Verlegung UKM

„Fall“ Nr. 2: Patient J.W. 47 Jahre



„Fall“ Nr. 2: Patient J.W. 47 Jahre

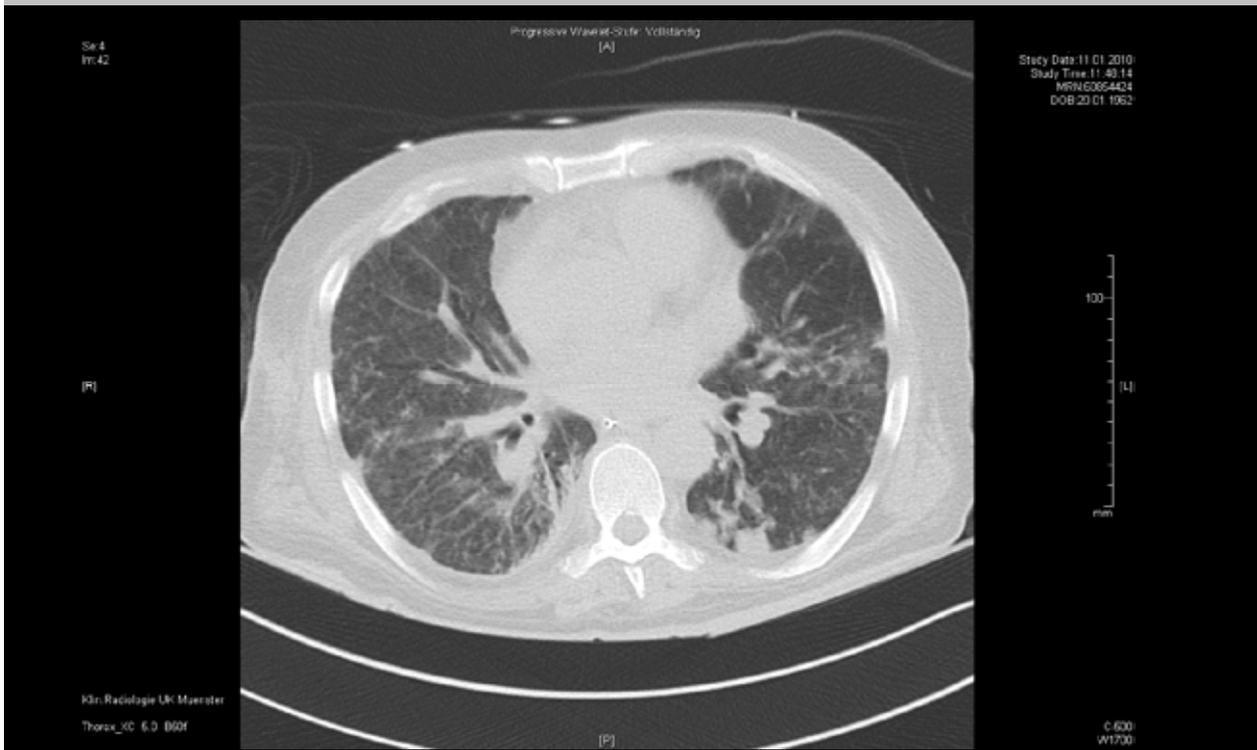


„Fall“ Nr. 2: Patient J.W. 47 Jahre

- **H1N1 im Trachealsekret positiv**
Oseltamivir über 5 Tage
- **im Verlauf: Candidämie - MSSA in BK – VAP mit Enterobacter**
- **veno-venöse ECMO 29.11.2009 – 2.1.2010**
- **Dekannülierung 16.1.2010**
Hemineglect nach links, Critical-illness-PNP
neurologische Früh-ReHA am 8.2.2010

E.H.
06/10

„Fall“ Nr. 2: Patient J.W. 47 Jahre



Patienten der Internistischen Intensivstationen 10 – 12 / 09

†	A.N. - m. - 32 Jahre	
	V.L. - m. - 32 Jahre	ECMO
†	N.A. - w. - 40 Jahre	ECMO
	J.H. - m. - 46 Jahre	
	J.W. - m. - 47 Jahre	ECMO
†	N.N. - w. - 48 Jahre	ECMO

E.H.
06/10

Oseltamivir-Resistenz



E.H.
06/10

**Med. ITS des
UKM:**

**Zuweisungen
2005 und
2006**

Dr. H. Bunzemeier,
Medizincontrolling UKM

E.H.
11/06



**Auf Grundlage der australischen Daten
sind bei einer erneuten H1N1-Pandemie**

2 ECMO-Fälle pro 1 Mio Einwohner

zu erwarten.

E.H.
06/10



Westfälische
Wilhelms-Universität
Münster



Herzzentrum Münster

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Rückblick des Handlings der Influenza Typ A H1/N1 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe

Andreas Kintrup, KV Westfalen-Lippe,
Dr. Patricia Shadiakhy, KV Nordrhein



I. Behandlung

Seit dem ersten Auftreten der Influenza Typ A H1 / N1 wurde die Organisation und Steuerung der Behandlung der Neuen Grippe durch die Bezirks- und Kreisstellenleiter (KV WL) sowie der Bezirksstellen (KV NO) vor Ort geregelt.

Die Sicherstellung der Versorgung erfolgte überwiegend durch niedergelassene Hausärzte in Nordrhein-Westfalen, wobei auch andere Fachgruppen, wie z. B. Kinder- und Jugendmediziner, Pneumologen oder Gynäkologen in die Behandlung involviert waren.

Zu jedem Zeitpunkt fand eine rege und gute Zusammenarbeit zwischen dem MAGS, den Gesundheitsämtern als auch den Kassenärztlichen Vereinigungen statt.

II. Impfung

Die Bereitschaft, die Impfkation des Landes Nordrhein-Westfalen zu unterstützen war von Seiten der niedergelassenen Hausärzte, Kinderärzte und Gynäkologen sehr groß und wurde trotz der ungünstigen Umstände, wie z. B. „verunglückte“ Pressekampagnen über die Vor- und Nachteile des Impfstoffes von beiden Kassenärztlichen Vereinigungen mit hohem Engagement durchgeführt.

Dies zeigt sich z. B. durch das Verhältnis der hohen absoluten Anzahl der durchgeführten Impfungen im Verhältnis zur geringen Gesamtteilnehmerzahl der Ärzte. In der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nahmen insgesamt 3.015 Ärzte teil und führten 579.596 Impfungen durch (Stand April 2010).

In der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe nahmen 2.567 Ärzte teil und führten insgesamt 507.070 Impfungen durch (Stand April 2010).

III. Verbesserungspotential

Beide KVen sehen trotz der beispielhaft guten Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern auch Verbesserungspotential für zukünftige vergleichbare Aktionen.

Insbesondere muss hierbei hervorgehoben werden, dass eine **einheitliche Honorierung der Impfung im gesamten Bundesgebiet** anzustreben wäre. Die unter-

schiedlichen Honorierungen im Bundesgebiet haben noch im Nachhinein zu Kritik bzgl. der Organisation geführt.

Wünschenswert wären **standardisierte Abläufe** zwischen allen Beteiligten in NRW und z. B. Verbesserungen hinsichtlich der Verpackungsgröße (Einzeleinheiten statt 10er).

IV. Zusammenfassung

Zusammenfassend war die Organisation und das Management einer Pandemie für die hier genannten Akteure des Gesundheitswesens (KVen) völlig neu, jedoch konnten dadurch Kontakte hergestellt und diese, wie auch die nunmehr gemachten Erfahrungen für weitere „Großschadensereignisse“ genutzt werden.

V. Akute respiratorische Erkrankungen – Surveillance

Als für die Verwaltungen (KV Nordrhein / KV Westfalen-Lippe) neue, positive Erfahrung hat sich die Zusammenarbeit zwischen dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW und den beiden Institutionen gezeigt. Gemeinschaftlich wurde der Erfassungsbogen zur Erfassung akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) zwischen diesen Institutionen vereinbart, der zu den auswertbaren „ARE-Daten“ geführt hat.

Auf eine gesonderte Darstellung der Daten beider Kassenärztlichen Vereinigungen wurde lediglich für die Präsentation beim Workshop verzichtet. Beide KVen verfügen jedoch über Einzeldarstellungen, die sich mit den Gesamtergebnissen gemäß dem Folienvortrag (Folie 11 – 13) decken.

Hierbei ist ersichtlich, dass die Gesamtzahl der ARE-Patienten zwischen den Kalenderwochen 44 bis 47 am höchsten war (zwischen 980 bis zu 1630 Fälle / Kalenderwoche).

Das Erfassungsalter der Patienten mit akuten respiratorischen Erkrankungen, die in diesen Zeiträumen die Praxen aufgesucht hatten, deckte sich mit den Angaben anderer Länder und den Erfahrungen, dass die Auswirkungen der Influenza Typ A H1 / N1 bei jüngeren Patienten schwerwiegender waren als z. B. bei Patien-

ten über 60 Jahren. Dies verdeutlicht die Darstellung der ARE-Gesamtzahl pro Kalenderwoche in Bezug zum Alter (Folie 13). Deutlich zu erkennen ist, dass der Hauptanteil der Patienten in den entscheidenden Kalenderwochen zwischen 6 – 17 Jahre alt war.

Für ähnliche zukünftige Szenarien wäre es empfehlenswert, die Erfassungsbögen in Hinblick auf die Erfordernisse des regionalen Pandemieplanes zu überarbeiten und ggf. bereits jetzt die Weichen für eine bessere Auswertbarkeit und Kommunikation der Ergebnisse zu setzen. Dabei wäre es hilfreich, die Ärzte

der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AG I) in diesen Prozess mit einzubeziehen, da diese bereits fundierte Erfahrungen in der Erfassung und Auswertung solcher Daten besitzen.

Die im Text genannten Folien sind im Anhang (S.116 - 118) zu finden.

Schutzimpfung

Dr. Jan Leidel, Köln,
Mitglied der STIKO



Vorbemerkung:

Nach dem Abklingen der H1N1v (2009) Welle des vergangenen Herbst / Winter ist es wie so oft: Hinterher sind alle schlauer und kritisieren munter Entscheidungen der Verantwortlichen, die getroffen werden mussten, als die hierfür eigentlich erforderlichen Informationen noch nicht in ausreichendem Maße verfügbar waren. Ein Rückblick aus heutiger Sicht soll versuchen, Klarheit darüber zu schaffen, was - bezogen auf den Aspekt der Schutzimpfung - bei der Bewältigung dieser Krise gut, was schlecht gelaufen ist. Dies mag auch dazu beitragen, künftige „Entscheidungen unter Ungewissheit“ sicherer zu treffen.

Was war gut?

Die Ausbrüche von H5N1 in der Dekade vor 2009 hatten die Sorge vor einer – nach Überzeugung der meisten Experten - längst überfälligen neuen Influenzapandemie gesteigert. Dies führte

- zu Vorbereitungen der Staaten unter Federführung der WHO u. a. durch Entwicklung von **Pandemieplänen**,
- zu grundsätzlich ja richtigen Überlegungen hinsichtlich einer Bevorratung mit **antiviralen Medikamenten** und
- zu Verhandlungen der Staatengemeinschaft mit der Pharmaindustrie mit dem Ziel der Entwicklung **pandemischer Impfstoffe**.

In diesem Zusammenhang wurde das Konzept der „mock-up“-Impfstoffe entwickelt, die eine Zulassung durch die zuständigen Behörden erhielten, so dass im Falle einer Pandemie auf dem Wege der „Stammanpassung“ relativ rasch Impfstoffe zur Verfügung stehen konnten. Die Stammanpassung entspricht dem in jeder Influenzasaison üblichen Verfahren, die im Impfstoff enthaltenen Antigene an die jeweils zirkulierenden Virusstämme anzupassen.

Gut war auch, dass die Ausbreitung der neuen Variante von H1N1 frühzeitig erkannt wurde und das Virus sehr rasch charakterisiert werden konnte.

Was war problematisch?

Als seitens der Länder die Entscheidung getroffen werden musste, ob und wie viel Impfstoff beschafft werden sollte, waren wichtige Entscheidungsgrundlagen noch nicht bekannt:

1. Es war nicht klar, wie viele Impfstoffdosen pro Impfling benötigt werden. Die europäische Zulassung von Pandemrix ® ging zunächst von zwei Impfdosen aus. Aus Analogieschlüssen schien auch die Annahme berechtigt, dass zum Schutz vor einem Influenzavirus, gegen das in der Bevölkerung kaum eine vorbestehende Grundimmunität vorhanden ist, zwei Dosen erforderlich seien, auch wenn der zur Anwendung vorgesehene Impfstoff adjuvantiert und damit besonders immunogen war.
2. Es war unklar, wie groß die Bereitschaft zur Impfung in der Bevölkerung sein würde.
3. Auch die Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) lagen zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor.

Ich halte auch rückschauend die damals getroffenen Entscheidungen für „richtig“. Die Entscheidungstheorie kennt für „Entscheidungen unter Ungewissheit“ die hier m. E. anzuwendende Minimum-Regret-Regel, nach der diejenige Entscheidungsalternative gewählt wird, bei der der potentielle Schaden minimiert wird. Das heißt, im Zweifel musste der Schutz von Leben und Gesundheit Vorrang vor Sparsamkeitsaspekten haben.

Problematisch war dann auch, dass ganz am Beginn der Impfkationen zu wenig Impfstoff zur Verfügung stand und dass die Liefermöglichkeiten kaum kalkulierbar waren. Als endlich genug Impfstoff zur Verfügung stand, war durch Kampagnen gegen die Impfung die Impfbereitschaft erheblich zurückgegangen.

Was war schlecht?

Der Nationale Pandemieplan sah vor, unter Federführung des ÖGD (also des Staates) und Einbeziehung weiterer Ärzte in zentralen Impfstellen zu impfen. Daher schien es auch unkritisch, im Interesse einer rascheren Lieferbarkeit und weiterer Vorteile (z. B. Kosten) den Impfstoff in Zehnergebinden mit Durch-

stechstopfen abzufüllen. Als deutlich wurde, dass dies aus verschiedenen Gründen, insbesondere wegen der realen Personalausstattung des ÖGD nicht überall durchführbar war, musste während der Krise ein Systemwechsel hin zur überwiegend dezentralen Impfung in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Dieser Wechsel führte zu z. T. schwerwiegenden Nachteilen.

Folgende Faktoren führten zu erheblicher Verunsicherung in der Bevölkerung und zu einer weiteren Reduktion der Impfbereitschaft:

- Die Kombination von Impfung im Regelsystem bei weiterhin staatlich geregelter Logistik der Impfstoffverteilung,
- die Unsicherheit, welche Ärzte tatsächlich impfen und welche davon nur ihre „eigenen“ Patienten,
- das regional oft recht unterschiedliche Vorgehen,
- die z. T. erheblichen Defizite bei der Koordination.

Auch die spät erschienenen Empfehlungen der STIKO waren Ausdruck dieses Systemwechsels. Die im Pandemieplan vorgesehene Impfung nach einer staatlich vorgegebenen Priorisierung insbesondere nach Berufstätigkeit und Alter hätte eine STIKO-Empfehlung entbehrlich gemacht. Länder und Bund hatten jedoch ein hohes Interesse daran, dass die STIKO entsprechende Empfehlungen ausspreche. Dies führte dann zum Wechsel hin zu einer risikoorientierten Empfehlung zu einem Zeitpunkt, in dem die Datenlage für eine Risikobeurteilung noch sehr dünn war. Insbesondere die Empfehlung, Schwangere mit einem nichtadjuvannten Impfstoff zu impfen, der aber gar nicht verfügbar war, trug ebenfalls zur Verunsicherung bei.

Was war ganz besonders schlecht?

In meiner Wahrnehmung haben sich vor allem Informationsdefizite, ein Wirrwarr z. T. gegensätzlicher Informationen und gezielte (?) Desinformationen auch durch renommierte Medien als kontraproduktiv ausgewirkt. Die Haltung vieler Medien, aber auch einer unheiligen Allianz von Impfgegnern, Pharmakritikern, Phantasten und profiligierigen Politikern hat mich mitunter an die „Gaffer“ erinnert, die bei Katastrophen die Einsatzkräfte behindern.

Ich will die Falschmeldungen gar nicht alle aufzählen, aber es sei beispielhaft an die (falsche) Meldung erinnert, die WHO habe im Mai 2009 die Kriterien für die Pandemie geändert, um im Interesse der Pharmaindustrie die Pandemie ausrufen zu können. Die Mail-Lawinen zur angeblichen Auslösung des Golfkriegssyndroms durch Squalen gehören hier ebenso dazu wie die Meldungen über angebliche Nanopartikel in den Impfstoffen.

Durch solche Meldungen, durch die öffentlich ausgetragene Kontroverse mit selbsternannten Experten um Sicherheit und Wirksamkeit der Impfstoffe und dadurch, dass man z. B. dem „Spiegel“ die Möglichkeit ließ, den vermeintlichen Skandal der unterschiedlichen Impfstoffe für Bürger und Bundesbedienstete aufzudecken, wurde die Bereitschaft nicht nur zur Grippeimpfung schwer beschädigt. Am schwierigsten war für mich zu ertragen, mit welcher Unbekümmertheit und Leichtfertigkeit gerade auch Ärzte ihre Patientinnen und Patienten gefährdeten und verunsicherten.

Zwar haben sich dafür verantwortliche Stellen des Bundes und der Länder, insbesondere Paul-Ehrlich-Institut und Robert Koch-Institut weidlich bemüht, Falschinformationen durch ihre Stellungnahmen richtig zu stellen. Aber dies geschah oft verspätet, war nicht einheitlich und deutlich genug und für Laien oft nicht leicht zu finden.

Fazit:

Es muss für die Zukunft geklärt werden, durch welche Strukturen die Bevölkerung in infektiologischen Krisen geimpft werden soll. Dabei müssen eindeutige Verständigungen zwischen Bund und Ländern erfolgen.

Die getroffenen Entscheidungen müssen umsetzbar sein, die dafür notwendige Logistik muss vorbereitet werden.

Eine zwischen Bund und Ländern abgestimmte Krisenkommunikation (das ist mehr und etwas anderes als bloße Risikokommunikation) muss vorbereitet werden. Dazu gehört, dass auf Desinformationen und Falschmeldungen rasch und eindeutig und von einer Institution oder gar Person mit hoher Akzeptanz reagiert wird. Dazu gehört auch, dass die Gründe für bestimmte Entscheidungen, aber auch bestehende Unsicherheiten für die Bevölkerung nachvollziehbar dargestellt werden.

Kammern, wissenschaftliche Fachgesellschaften und weitere Akteure müssen darauf hinarbeiten, dass gerade die Ärzteschaft Maßnahmen zum Schutz von Leben und Gesundheit unterstützt und nicht geradezu behindert.

Pandemiemanagement aus Sicht eines Landkreises

Dr. Detlef Schmeer,
Kreis Steinfurt



Zu Beginn wurde die **Angst vor der Pandemie** durch Sätze geschürt, wie z. B.:

- „Gesundheitliches Risiko von internationaler Bedeutung (WHO am 25.4.2009)“
- „Ausrufen der Pandemiewarnstufen 4 / 5 / 6“ (ab April 2009, WHO)
- „Die Grippeviren verändern ihr Erbgut ständig“ (RKI 5.5.2009)
- „Trotz leichter Fälle kann keine Entwarnung gegeben werden“ (RKI 8.6.2009) und
- „Sogar die Verdachtsfälle müssen schon gemeldet werden“

Das wurde verständlicherweise von der Presse (insbesondere Bild), Teilen des Rettungsdienstes und einigen Bürgern als Großschadenslage angesehen. Als Folge fand das Management nun unter Beobachtung der Presse, aber auch einiger Bürger statt. Dies führte wiederum dazu, dass kritisiert wurde, wenn Schutzmaßnahmen in den Kreisen und Städten unterschiedlich gehandhabt wurden.

Es wurden sogar Schutzmaßnahmen aktiv eingefordert, beispielsweise das Kontrollieren von Bussen und nicht nur von Flugzeugen.

Da offiziell eine Pandemie vorlag, wurde ein maximaler Einsatz der Behörden gefordert. Zu nennen sind hier Ermittlungen vor Ort und PCR-Untersuchungen durch die Ämter. Es wurde eine Behandlung mit Tamiflu® als selbstverständlich angesehen und eingefordert.

Aber umgekehrt wurden auch viele Schutzmaßnahmen klaglos akzeptiert.

Schließlich wurde aber auch **beruhigt**: Die Konferenz der Gesundheitsminister stellte am 25.6.2009 fest, dass „keine allgemeine Infektionsgefahr“ bestand.

Diese Beruhigung hätte stärker sein können: Man hätte angesichts der leichten Krankheitsverläufe früher die Schutzmaßnahmen abschwächen und die Meldepflicht der Verdachtsfälle eher aufheben sollen.

Die Pandemiewarnstufen der **WHO** hätte man vorsichtiger interpretieren sollen. Besser wäre, zukünftig lageabhängig zu reagieren und nicht die WHO als Richtschnur zu nehmen.

Zu kurz gekommen sind die sehr guten Informationen zum Containment und zu Schulschließungen

der **ECDC**, der europäischen Gesundheitsbehörde in Stockholm.

Die **offiziellen Infos** aus dem RKI, dem LIGA, dem MAGS, dem IM NRW und dem MSW (Ministerium für Schule und Weiterbildung NRW) waren manchmal widersprechend und damit kaum umzusetzen. Besser wäre in Zukunft ein einheitlicher Meinungsbildner.

Die Zusammenarbeit mit dem LIGA war sehr gut. Allerdings wurden die Lageberichte (auch aus dem RKI) als zu häufig empfunden.

Überraschend gut kamen die Informationen aus dem Gesundheitsamt bei der Bevölkerung, der Presse, den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten an. Diese haben die Pandemie, v. a. zu Beginn, meist sehr gelassen gesehen. Sie wurden bereits im April 2009 sehr gut von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe informiert. Allerdings wurde das Angebot zu wenig wahrgenommen, obwohl per Brief darauf hingewiesen worden war.

Problematisch war im Bereich der **niedergelassenen Ärzte**, dass deren Emailadressen kaum bekannt waren. Gesendete Mails wurden darüber hinaus nicht immer gelesen.

Die lang angekündigte Praxisurveillance wurde nicht erkennbar umgesetzt. Die Diagnostik in Praxen war zunächst gar nicht möglich. Manchmal wurde sogar eine Untersuchungspflicht der Gesundheitsämter behauptet. Die zunächst erklärte Impfbereitschaft vieler niedergelassener Ärzte wurde leider vielfach zurückgezogen.

Die Zusammenarbeit mit den **Rettungsdiensten** war durch eine übertriebene Vorsicht („hochansteckende Infektion“) geprägt. Dennoch zeigte das Personal nur eine geringe Impfbereitschaft. Zur Verwirrung führte die Regelung des IM NRW, die Tamiflu® Versorgung des Rettungsdienstes ohne Absprache mit den Gesundheitsämtern durchzuführen (7 / 09).

Die **Impfempfehlungen** durch STIKO, ergänzt durch RKI und PEI, wurden wahrgenommen. Andererseits blieb die NRW-Empfehlung „Für alle Bevölkerungsgruppen empfohlen“, fast ungehört. Dies sollte besser kommuniziert werden.

Bei den **Impfungen** selbst entstand ein Vertrauensverlust durch verschiedene Impfstoffe. Fraglich ist der Nutzen der Abfrage des Landes nach der Zahl der ver-

mutlich zu verabreichenden Impfungen. Schlecht war auch die zu geringe Zahl der gedruckten Einverständniserklärungen. Die zunächst genannte 1-Stunden-Frist der Verwendung des angemischten Impfstoffes war unrealistisch und demotivierend. Die Aufklärungsbögen waren schwer verständlich. Die betonte „Kühlkettenpflichtigkeit“ des Impfstoffes traf gar nicht zu.

Auch die Konsequenz der verlangten Mitteilungen der verimpften Dosen bleibt bis heute unklar. Leider wurden die Impfungen in den Gesundheitsämtern zu wenig eingeplant. Bei einer nächsten Impfkampagne sollte man unbedingt auf Fertigspritzen-Einzeldosen setzen.

Medienecho auf die Schweinegrippe – und was sich daraus lernen lässt

Dr. Susanne Stöcker,
Pressesprecherin Paul-Ehrlich-Institut, Langen



Über eine Auswertefunktion von Google lässt sich eindrucksvoll zeigen, wie der Fokus der Berichterstattung zur Schweinegrippe sich im Jahr 2009 in den einzelnen Monaten verschoben hat.

So ist beginnend mit April 2009 eine kontinuierliche Berichterstattung (bis Anfang 2010) zu verzeichnen, deutliche Peaks zeigen sich im Juli und August sowie im Oktober und November. Ursache dieser Peaks war zunächst im Juli die Diskussion um die Finanzierung der Impfstoffe gegen die Schweinegrippe, im August kam die Diskussion um die angeblich nicht oder schlecht geprüften Impfstoffe hinzu. Im Herbst dominierten die Bedenken gegen die Sicherheit der Impfung sowie nicht fundierte Theorien zu angeblichen schweren Nebenwirkungen.

Für das PEI ging es bei Anfragen der Medien zu Beginn der Schweinegrippe ausschließlich um inhaltliche Informationsvermittlung: Wird es Impfstoff geben? Wird er rechtzeitig fertig sein? Reicht die Menge aus? Hat das (negative) Auswirkungen auf die saisonale Impfung?

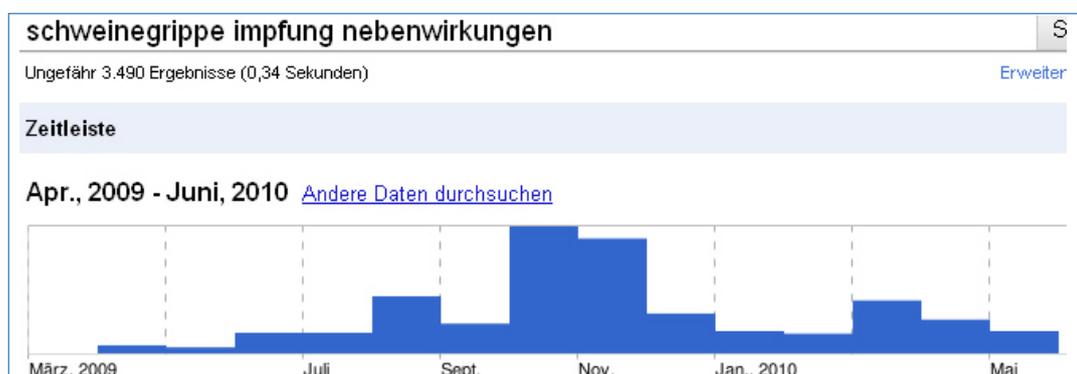
Von Mai bis Juni rückte in der Öffentlichkeit zunehmend die Frage der Finanzierung und der Zuständigkeiten für Bestellung und Bezahlung in den Fokus. Bei diesen Fragen musste das PEI an die Bundesländer verweisen, da die Aufgaben des Instituts zwar die Prüfung und Bewertung der Impfstoffe umfassen, nicht aber die Fragen der Finanzierung oder der Beschaffung. Medienanfragen an das PEI hatten in dieser Zeit mehr den Charakter von Hintergrundgesprächen zu den oben genannten Fragen sowie zur Art der Impfstoffe und ihrer Prüfung.

Im August begann eine Welle von Anfragen auf das PEI einzustürzen, letztlich ausgelöst durch einen Bericht des Spiegel, in dem von einem ‚Großversuch‘ an der deutschen Bevölkerung die Rede war. Neben zahlreichen selbsternannten Experten äußerten sich auch Funktionäre aus Ärztekreisen ablehnend zur Impfung mit adjuvantierten (wirkverstärkten) Impfstoffen: Die Wirksamkeit und die Verträglichkeit seien nicht ausreichend geprüft, die Verstärker ein unkalkulierbares Risiko, es seien gefährliche Zusatzstoffe wie Thiomersal enthalten, das Risiko für (potenzielle) Nebenwirkungen durch die Impfung sei größer als die Gefahr durch die eigentlich ‚harmlose‘ Schweinegrippe.

Dieser plötzliche Stimmungsumschwung erschwerte die Arbeit der PEI-Pressestelle, denn aktive Information war kaum noch möglich. Im Rückblick zeigt sich, dass die Pressestelle die Situation bzw. den Informationsstand, sowohl von Journalisten als auch von der Ärzteschaft, zu diesem Thema falsch eingeschätzt hat. Wegen intensiver Diskussionen sowohl zu Zeiten der ‚Vogelgrippe‘ (2006) als auch zu Beginn der Schweinegrippe wurde davon ausgegangen, dass die Vorteile der Adjuvans-Systeme allgemein bekannt seien. Es bleibt allerdings fraglich, ob sich durch eine aktivere Informationspolitik die Medienwelle, die die Impfung zur eigentlichen Gefahr erklärte, hätte abflachen oder verhindern lassen. Letztlich lassen sich mit der Kritik an dem Handeln der Verantwortlichen leichter und wirkungsvoller Schlagzeilen generieren als mit einer rein sachlichen Diskussion.

Erschwerend kam in dieser Zeit die Diskussion um den sogenannten ‚Politiker-Impfstoff‘ hinzu und es begannen intensive Aktivitäten von Impfgegnern und Interessengruppen, die wissenschaftlich nicht belegte

Beispiel Stichworte: Schweinegrippe/Impfung/Nebenwirkungen



Theorien verbreiteten, die geeignet waren, Angst vor der Impfung zu verursachen (Squalen ↔ Golfkriegssyndrom; Nanopartikel; angebliche Krebsgefahr durch Zellkulturimpfstoff).

Das PEI informierte und korrigierte falsche Behauptungen zeitnah über seine ‚Schweinegrippe-Seiten‘ ([www.pei.de / schweinegrippe](http://www.pei.de/schweinegrippe)), doch erfolgte dies letztlich immer reaktiv. Man lief den Gerüchten hinterher, die sich – vor allem auch über das Internet – rasend schnell verbreiteten. Unzählige ausführliche und langwierige Hintergrundgespräche / Erläuterungen mit Journalisten führten nicht immer zu einer entsprechend aufklärenden Berichterstattung. In vielen Fällen fand sich nach einem solchen Gespräch im daraus resultierenden Bericht kaum etwas der vermittelten Informationen wieder. Positive Ausnahmen gab es jedoch von Anfang an.

Mit Beginn der Impfkampagne Ende Oktober wurde immer deutlicher, dass die Medien und die Bevölkerung sich mehr für mögliche und angebliche Nebenwirkungen der Impfung interessierten als für die Wirksamkeit der Impfung selbst. Das Interesse an Nebenwirkungsmeldungen und den Bewertungen des PEI war so groß, dass statt der ursprünglich monatlich geplanten Berichte zu eingegangenen Verdachtsfallmeldungen auf den Internetseiten des PEI ein wöchentlicher Bericht etabliert wurde. Dies und der in Gesprächen mit Medienvertretern sehr offene Umgang mit Meldungen von anaphylaktischen Reaktionen und Todesfällen im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung führten zu einer durchaus sachlichen Berichterstattung zu diesen Themen, der sich immer mehr

Medien anschlossen. Aus Sicht der Pressestelle war es bemerkenswert, dass in dieser Zeit eine Art Lagerbildung bei den Medien zu beobachten war: Während ein zunehmender Teil der Medien sachlich über die aktuell verfügbaren Informationen und Entwicklungen berichtete, hielten einige Medien an der ablehnenden und (impf)kritischen Position fest.

Als Fazit lässt sich festhalten:

1. Konflikt ist (nicht nur in der Krise) der wichtigste Nachrichtenfaktor!
2. Wer kritisiert, hat Recht → Kritik ist schick
3. (Medizinische) Fachkreise müssen früher und aktiver informiert werden
4. Vorsicht vor Fehleinschätzungen und falscher Sicherheit („...das Thema hatten wir doch schon, das ist alles längst diskutiert...“)
5. Man sollte sich vorbereiten auf ‚Selbstgängerdiskussionen‘ und das gehäufte Auftreten von ‚selbsternannten‘ Experten (siehe Punkte 1 + 2)
6. Auf keinen Fall scheinbar abwegige Theorien unterschätzen
7. Keine Scheu, Informationen Dritter aktiv zu nutzen (Beispiel: UAW-Daten aus Schweden, die frühzeitig eine hohe Durchimpfungsrate hatten)
8. Einfluss durch Twitter, Blogs, Facebook und Co berücksichtigen

Pandemiemanagement aus Sicht einer städtischen uGB

Dr. Uta Ulbrich,
Gesundheitsamt Stadt Dortmund



Das Gesundheitsamt Dortmund wurde während der Influenza-Pandemie 2009 / 2010 mit einer hohen Zahl an labor diagnostisch nachgewiesenen Influenza A/ H1N1-Fällen (1466) konfrontiert. Hinzu kamen zahlreiche Verdachtsfälle, 3 Todesfälle durch Influenza A/ H1N1 sowie zahlreiche Krankheitsausbrüche (16) in Schulen, sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen und im familiären Bereich. Die epidemiologische Kurve der nachgewiesenen Krankheitsfälle in Dortmund verlief nahezu identisch wie die vergleichbare Fallkurve für das gesamte Bundesgebiet (siehe Epidemiologisches Bulletin 21, 2010), nur dass in Dortmund entsprechend geringere Fallzahlen vorlagen. Die Belastungssituation für Dortmund war erheblich.

Das Gesundheitsamt Dortmund musste sich sehr schnell auf die aktuellen Herausforderungen der Pandemie einstellen. Die bereits zur Fußball-Weltmeisterschaft 2006 konzipierten Notfall-Strukturen wie Lagezentrum Gesundheitsamt, Bildung spezieller Einsatzgruppen, Einrichtung einer Hotline und Organisation Öffentlichkeitsarbeit wurden aktiviert. Wegen der hohen Inanspruchnahme der Mitarbeiter / Innen durch die anfallenden Aufgaben wurden die sonstigen Routineaufgaben des Gesundheitsamtes zurückgefahren. Rund 100 Personen waren regelmäßig im Einsatz, die insgesamt ca. 1500 Überstunden leisteten. In der Hochphase der Pandemie bestand auch eine 24-Stunden-Rufbereitschaft der Ärzte / Innen und medizinischen Fachkräfte. Auch aus anderen Bereichen der Verwaltung wurden Hilfskräfte rekrutiert.

Ein gesamtstädtischer Krisenstab wurde nicht eingesetzt, aber ein ämterübergreifender Planungsstab war tätig zur Abstimmung aller städtischen Maßnahmen.

Nach Ende der Pandemiephase erfolgte auf Veranlassung des Gesundheitsamtes auf mehreren Ebenen ein kritischer Rückblick in Form von Reflexionsveranstaltungen, um die durchgeführten Maßnahmen zu bewerten.

Es konnte aufgezeigt werden, dass sich das Gesundheitsamt als koordinierende und steuernde Behörde gut bewährt hat. Besonders positiv wurden folgende Punkte vermerkt:

- Erstellung und Umsetzung von Handlungsempfehlungen für Erkrankte, Kontaktpersonen und Bevölkerung

- Vereinbarungen mit den Beteiligten im Gesundheitswesen zu einem einheitlichen und abgestimmten Vorgehen („Lenkung der Patientenströme / Umgang mit besorgten Bürgern“)
- Stützung des medizinischen Versorgungssystems durch Pressearbeit
- Aufrechterhaltung der Systeme / Einrichtungen (keine Schließung von Einrichtungen, Schulen, Versorgungssystemen)
- Konsens und gute Kooperation mit der KV Westfalen-Lippe bei der Organisation der Impfungen mit den niedergelassenen Ärzten
- Teilnahme von 130 niedergelassenen Ärzten bei der Impfung

Aber es gab auch einige deutliche Kritikpunkte, für die Handlungsbedarf benannt wurde.

Hierzu zählte der Informationsfluss im Öffentlichen Gesundheitsdienst selbst. Trotz zahlreicher Informationen über die Bundes- und Landesebene fanden sich in den Informationen zu wenig konkrete Handlungsanweisungen für das Gesundheitsamt, so dass dieses bei der Bewältigung der anstehenden Aufgaben nicht ausreichend unterstützt wurde. Umgekehrt wurden Rückmeldungen aus dem Gesundheitsamt zu wenig beachtet.

Auch die Informationsweitergabe zwischen den Fachleuten vor Ort ist zukünftig zu optimieren. Hier spielen die verschiedenen, nebeneinander bestehenden Struktur- und Informationsebenen besonders für den Bereich der niedergelassenen Ärzte eine Rolle (Ärztekammer, Vorstand Kassenärztliche Vereinigung, Bezirksvertretung Kassenärztliche Vereinigung, Sprecher der Hausärzte, Sprecher von Qualitätszirkeln etc.). Für diese Bereiche bestand 2009 noch keine Konsequente, elektronische Vernetzung untereinander. Eine Weiterleitung von aktuellen Informationen vom Gesundheitsamt z. B. per e-mail-Verteiler an bestimmte Ärztgruppen war nicht möglich (Informationen konnten nur über Fax-Mitteilungen laufen), umgekehrt erhielt auch das Gesundheitsamt oft wichtige Informationen nicht zeitnah von den behandelnden Ärzten.

Als verbesserungswürdig wurden auch andere Informationsebenen genannt wie z. B. der Internetauftritt des Gesundheitsamtes. Hier wurde seit der Pandemiephase bereits vieles in Angriff genommen.

Für den stationären Behandlungsbereich und den Laborbereich zeigte sich, dass gerade bei der Lenkung von Patientenströmen und beim Umgang mit besorgten Bürgern die reale Bewertung der Situation eine wichtige Rolle spielt. Es kann - wie bei der Influenzapandemie mit A/H1N1 geschehen – schnell zu einer Überlastung des Systems kommen, ohne dass die echte Notwendigkeit hierfür gegeben ist. Es existieren aber Konzepte für Notfälle, die hochgefahren werden können, wenn eine echte Bedrohung der Bevölkerung gegeben ist.

In der Impfphase der Pandemie traten in Dortmund ähnliche Probleme auf wie in anderen Kommunen, die vor allem die Organisation und Inanspruchnahme der Impfung betrafen.

Rückblickend kann aus Dortmund festgestellt werden:

Vieles ist richtig gemacht worden! Vieles kann aber noch besser gemacht werden!

Eindrücke aus dem Plenum und den Pausen



Eindrücke aus dem Plenum und den Pausen



Ergebnisse der 4 Arbeitsgruppen

Der Nachmittag des Influenzapandemie-Workshops diente – inspiriert durch die Fachvorträge des Vormittags – der Diskussion in Arbeitsgruppen mit dem Ziel, den am Pandemiemanagement Beteiligten Raum für einen interdisziplinären und überregionalen Austausch zu geben und Fragestellungen und Handlungsfelder zu identifizieren, an denen weiter gearbeitet werden muss. Bei der Zusammenstellung der Arbeitsgruppen wurde auf eine Mischung verschiedener Berufsgruppen, Institutionen, städtischer und ländlicher Behörden sowie Regionen geachtet. Jede Arbeitsgruppe wurde durch eine Moderatorin bzw. einen Moderator und eine Protokollantin unterstützt, die die Arbeitsergebnisse zusammengefasst haben. Eine kurze Übersicht der Arbeitsergebnisse wurde zum Abschluss der Veranstaltung im Plenum präsentiert.

Zur Strukturierung und Anregung der Diskussion wurden den Arbeitsgruppen folgende Leitfragen angeboten:

- Was war für Sie bzw. für Ihre Behörde die größte Herausforderung während der Pandemie?
- Waren die vorhandenen Pandemiepläne auf kommunaler und Landesebene hilfreich? Wo und inwieweit sollten diese verändert werden?
- Welche Strukturen und Prozesse müssten verbessert werden, um Kommunikation und Kooperation in zukünftigen Situationen zu erleichtern bzw. zu verbessern? Wie müssten diese verändert werden?
- Wäre ein „NRW-Kompetenzzentrum für Gesundheits- bzw. Infektionsschutz“ in einer solchen Situation hilfreich gewesen? Welche Funktionen müsste ein solches Zentrum erfüllen? Welche Aufgaben sollte es wahrnehmen?
- Wie könnten die in Krankenhäusern und Praxen tätige Ärzteschaft bzw. die Berufsverbände besser eingebunden werden?

Schwerpunktmäßig wurde in allen vier Gruppen über die Fragen drei bis fünf diskutiert. Die Diskussionsergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst wiedergegeben.

Moderatorinnen, Moderator und Protokollantinnen waren:

Arbeitsgruppe 1 („rot“): Katja Peters, AfÖG und Ulrike Schmidt, LIGA.NRW

Arbeitsgruppe 2 („blau“): Thomas Peters und Gabriele Ahlemeyer, beide LIGA.NRW

Arbeitsgruppe 3 („grün“): Dr. Uta Ulbrich, Gesundheitsamt Stadt Dortmund und Gaby Lopian, LIGA.NRW

Arbeitsgruppe 4 („gelb“): Dr. Annette Jurke und Angelika Schütz-Langermann, beide LIGA.NRW

Einbindung der Ärzteschaft / Impfung / Fragen der Kostenübernahme

Vielerorts gab und gibt es eine gute Kooperation zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und der kurativ tätigen Ärzteschaft. Dennoch werden die Kommunikation und die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie der Ärzteschaft in den Krankenhäusern aus Sicht der Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer als ausbaufähig und teilweise verbesserungswürdig angesehen. Es wird angeregt, in der inter pandemischen Phase auf kommunaler Ebene eine intensive Kommunikationspflege der uGBn mit Hausärzten, Krankenhäusern und Vertretern der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern zu betreiben. Denkbar sind beispielsweise Arbeitsgemeinschaften, in denen sich Niedergelassene und Krankenhausärztinnen und -ärzte regelmäßig mit dem ÖGD zu bestimmten Themen beraten. Ein Teilnehmer berichtete über sehr gute Erfahrungen mit einem Arbeitskreis aus Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft, der KV, des Gesundheitsamtes und dem Rettungsdienst. Dieser Arbeitskreis hatte sich u. a. auch um die Organisation der Pandemie-Impfung gekümmert.

Es scheint sinnvoll, sich um die Rekrutierung von „Impfärztinnen und -ärzten“ nicht erst während einer Pandemie, sondern bereits im Vorfeld zu bemühen und deren Bereitschaft zur Mitarbeit zu dokumentieren, sowie regelmäßig zu aktualisieren. Weiterhin sollte die Organisation einer Massenuntersuchung bzw. -impfung nicht nur vorausschauend geklärt, sondern auch anhand praktischer Übungen trainiert werden. Es wurde vorgeschlagen, dass alternative Modelle, wie kurzfristig „Massen“ geimpft werden könnten, im Vorfeld entwickelt bzw. weiterentwickelt und in den kommunalen Pandemieplänen verankert werden. Der ÖGD solle dabei hauptsächlich eine koordinierende Rolle einnehmen und sofern erforderlich Impflücken schließen. Auch sollten eindeutige Abläufe gemeinsam geplant und zur Ressourcensteuerung zwischen „Niedergelassenen“ und dem ÖGD veröffentlicht werden.

Eine stärkere Einbindung ärztlicher Fach- und Berufsverbände in die Planungen und ggf. auch in die Erstellung von Handlungsempfehlungen könnte die Kooperation zwischen ÖGD und Ärzteschaft befördern. Es wurde vorgeschlagen, dass Fachinstitutionen auf Bundesebene – wie Robert Koch-Institut, Paul-Ehrlich-Institut, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – solche Kontakte bahnen und moderierend tätig sein könnten. Insbesondere sollten auch Fragen der Kostenübernahme bzw. der Kostenträgerschaft bestimmter Leistungen (z. B. Influenza-PCR, Schnell-

test, Probentransport) möglichst bundeseinheitlich und frühzeitig geregelt werden. Alternativ wird von den Teilnehmenden ein „Landesbudget“ für notwendige Laborleistungen im Pandemie- oder Krisenfall ange-regt.

Auch die Frage, wie die kurativ tätige Ärzteschaft am besten und schnellsten zu informieren sei, wurde ausführlich diskutiert. Dazu sollten (und müssen) ver-stärkt auch „neue (elektronische) Medien“ genutzt werden, für die zum Teil noch um Akzeptanz gewor-ben werden muss. Eine ständige Herausforderung in diesem Zusammenhang ist es, Kontaktlisten aktuell zu halten bzw. an bestimmte Kontaktdaten – wie z. B. E-Mail-Adressen – überhaupt erst heran zu kommen. Gleichzeitig stellt sich die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass die Empfänger wichtige Informa-tionen tatsächlich auch lesen. Ergänzend wurde fest-gestellt, dass die Weitergabe von aktuellen Informati-onen und Empfehlungen für die niedergelassene Ärz-teschaft auch während einer Pandemie nach Meinung der Teilnehmenden vor allem in der Zuständigkeit von KV und ÄK gesehen wird.

Zusammenfassend lässt sich sagen: „Ohne die Mitar-beit der kurativ tätigen Ärztinnen und Ärzte kann und soll es auch im Pandemie-Management nicht gehen“, „Kooperation tut Not und sollte bereits im Alltag eta-bliert werden“ und „unabhängig davon, wie gut Infor-mationen aufbereitet sind, sie müssen auch bei der Ärzteschaft ankommen“.

Kompetenzzentrum & „Leitwolf“ – Leitlinien

Von der Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde der Wunsch nach einer zentralen Stelle in NRW geäußert, die als Ansprechpartner fungiert, „die Fäden in der Hand hält“, ein abgestimmtes einheitliches Vor-gehen kommuniziert, Informationsmaterialien zur Ver-fügung stellt und koordiniert, um die Akteure vor Ort zu entlasten.

Ein solches Kompetenzzentrum könnte / sollte am LIGA angesiedelt sein und müsste mit ausreichenden Ressourcen sowie ausgewiesenen infektiologischen Expertinnen und Experten ausgestattet und / oder in ein entsprechendes Expertennetzwerk eingebunden sein und die uGBn in Sonder-Situationen unterstützen, so der Tenor der Workshop-Teilnehmenden. Denkbare Aufgaben eines solchen Kompetenzzentrums im Pan-demiefall oder ähnlichen Situationen könnten u. a. die Funktion eines „Informationsfilters“, das Erarbeiten/ Abstimmen von Empfehlungen, die Koordination regi-onaler Strukturen zum Management hochkontagiöser Erkrankungen, die Fortführung der Pandemieplanung, die Bevölkerungsinformation und die Koordination der Öffentlichkeitsarbeit in Abstimmung mit der Landes-regierung sein. Der Unterstützungsbedarf der uGBn

sei aber – aufgrund unterschiedlicher personeller Aus-stattung – nicht einheitlich.

Nach Wunsch der Workshop-Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollte ein solches Kompetenzzentrum mit einer „Leitlinienkompetenz“ ausgestattet sein, damit die vor Ort Entscheidenden Entlastung bei der Ent-scheidungsfindung und eine gewisse Rechtssicherheit hätten, „alle am gleichen Strang ziehen“ und sich auf die Verbindlichkeit solcher Leitlinien verlassen könn-ten. Ob diese Leitlinien indes in der Praxis umgesetzt werden, hänge nicht zuletzt auch davon ab, ob diese von den handelnden Personen akzeptiert und ent-sprechend kommuniziert würden. In den „Leitlinien-setzungsprozess“ und die Kommunikation der damit verbundenen Anforderungen (Meldepflicht, Pflichten des Infektionsschutzgesetzes) müsse daher die Ärz-teschaft (z. B. Vertreterinnen und Vertreter der Ärzte-kammern...) verantwortlich „ins Boot geholt“ werden. Dabei müssten vor allem auch die praktischen und finanziellen Konsequenzen von Leitlinien und Empfeh-lungen – wie z. B. Tätigkeitsverbote, Quarantänemaß-nahmen, Labordiagnostik – stärker bedacht und nach Möglichkeit verbindlich geklärt werden.

Übereinstimmend war das Votum für eine Profession-alisierung der Öffentlichkeitsarbeit. Hierzu solle ein „unabhängiger“, aber ins Kompetenzzentrum einge-bundener „Leitwolf“ eingesetzt werden, der die Kom-munikation mit den Medien führt. Für eine abgestimm-te Kommunikation mit einheitlichen Botschaften nach außen seien ebenfalls verbindliche Leitlinien zu ent-wickeln.

Um die Akzeptanz des „Leitwolfes“ zu erreichen, sollte es sich um eine in Fachkreisen anerkannte Person und nach Möglichkeit um ein in der Bevölkerung „bekann-tes, glaubwürdiges Gesicht“ handeln. Dazu bedarf es eines / einer ausgewiesenen Experten / Expertin, der/ die nicht nur infektiologisch versiert ist, sondern auch Risikokommunikation und den Umgang mit den (Mas-sen-)Medien beherrscht.

Ein kleinerer Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sprach sich dafür aus, einen „kommunikativen Leucht-turm“ auf Bundesebene zu etablieren, d.h. ein ent-sprechendes Kommunikations- und Kompetenzzent-rum zu schaffen bzw. die dort bereits bestehenden Institutionen entsprechend zu stärken. Insbesondere müssten Strukturen für eine professionelle Risikokom-munikation geschaffen werden. Handlungsempfehlun-gen sollten hinsichtlich ihrer Finanzierbarkeit bzw. der Kostenträgerschaft geprüft und entsprechend kom-muniziert werden.

Kommunikation und Kooperation

Nach Meinung der Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer zeigen die Erfahrungen des H1N1-Pande-

miemanagements, dass insbesondere in den Bereichen Information, Koordination und Kommunikation Optimierungsbedarf besteht. Zum einen mit Blick auf die Information und Aufklärung der (Fach-)Öffentlichkeit und zum anderen im Hinblick auf ein abgestimmtes Handeln der Akteure des ÖGD und die Informationsvermittlung von behördlichen Entscheidungen. Scheinbar widersprüchliche oder nicht ausreichend aufeinander abgestimmte Empfehlungen hätten an der Basis mehrfach zu Verunsicherung geführt und es sei der Eindruck entstanden, dass dafür auch Kommunikationsdefizite zwischen Bund und Ländern oder verschiedenen Ressorts mitverantwortlich waren.

Man wünsche sich, dass Gründe für Widersprüche transparent gemacht und Abweichungen der Länder von den Bundesempfehlungen begründet und damit Verlässlichkeit und Verbindlichkeit geschaffen werden.

Da die notwendigen Abstimmungsprozesse des Bundesministeriums für Gesundheit bzw. des RKI mit den Ländern einen gewissen Zeitkorridor benötigen, ist bei einigen Teilnehmenden der Eindruck entstanden, als hätten diese zu vermeidbaren Verzögerungen geführt. Deshalb wurde von vielen der Wunsch nach zeitnaheren bzw. zentralen Empfehlungen und Regelungen geäußert. Durch solche zentralen Vorgaben und Standards – z. B. in Form von Leitlinien – erhofft man sich mehr Verbindlichkeit und Rechtssicherheit. Auch Kommunikationsstränge müssten verbindlich geregelt werden.

Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer wünschen sich für den Pandemiefall sogar eine Aussetzung des föderalen Prinzips zugunsten einer zentralen Steuerung durch ein Expertengremium mit Weisungsfunktion.

Vor dem Hintergrund, dass die in den Krankenhäusern und Praxen tätige Ärzteschaft wie auch die Berufs- und Fachverbände eine wesentliche Rolle spielen, haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops darüber diskutiert, wie diese besser eingebunden werden können. Alle waren sich darüber einig, dass eine solche Situation ohne aktive Rolle der Ärzteschaft nicht zu bewältigen ist. In der Kommunikation mit den kurativ tätigen Ärztinnen und Ärzten sei eine abgestimmte, möglichst einheitliche Kommunikation wünschenswert und hilfreich, da ein unterschiedliches Vorgehen in benachbarten Kommunen häufig zu Verwirrung und unnötigen Diskussionen bei Behandelnden als auch bei Erkrankten führt. Anscheinend führten auch Fragen zur Zuständigkeit der einzelnen Akteure in bestimmten Situationen sowie Unklarheiten der Kostenübernahme bestimmter Leistungen wiederholt zu Verunsicherung, so dass daraus Fehlinformationen sowie unnötige Wege und Arbeit resultierten. In diesem Zusammenhang sollte über Wege nachgedacht werden, wie direkt oder besser mit den Betroffenen und nicht-medizinischen Gruppen kommuniziert werden kann.

Eindrücke aus den Arbeitsgruppen



V. Die abgeleiteten Erkenntnisse

Weiterentwicklung der Pandemieplanung

„Kein Plan überlebt die erste Feindberührung!“ wird Helmuth Karl Bernhard Graf von Moltke, preußischer Generalfeldmarschall, zitiert. Oder weniger martialisch und etwas volkstümlicher gesagt: „Hinterher ist man immer schlauer“. Diesbezüglich macht auch die Pandemieplanung keine Ausnahme.

Deshalb ist es richtig und notwendig, die bestehenden Pläne und Planungen mit den Erkenntnissen aus dem Pandemiegeschehen 2009 / 2010 zu vergleichen, entsprechende Änderungen und Ergänzungen vorzunehmen sowie die Planung an den aktuellen Stand von Rechtslage, Technik, politischer und gesellschaftlicher Entwicklung anzupassen.

Im Zuge der Evaluationsmaßnahmen in NRW wurden folgende Bereiche als überarbeitungsbedürftig identifiziert:

- In jeder Kommune sollte ein auf die speziellen Gegebenheiten abgestimmter Pandemieplan vorgehalten und regelmäßig (z. B. hinsichtlich Zuständigkeiten und Kontaktdaten) aktualisiert werden.
- Die Themen Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit sollten einen größeren Stellenwert in der Planung erhalten.

- Die kurative Ärzteschaft und die Fachverbände müssen stärker und möglichst konkret eingebunden werden.
- Der Informationsfluss und die Kommunikation mit der Ärzteschaft in Praxen und Krankenhäusern muss überdacht und möglichst konkret geplant werden.
- Die Planungen zur Impfstofflogistik sollten überprüft, verschiedene Impfstrategien entwickelt und alternative Modelle für Massenimpfungen bzw. Bevölkerungsimpfungen verankert werden, die je nach Verlauf einer Pandemie angewendet werden können.
- Die Pandemieplanung sollte in der interpandemischen Phase der Bevölkerung nahe gebracht werden.

Darüber hinaus werden die Pandemie-(Rahmen-) Pläne der Länder und ggf. auch die Kommunalen Pandemiepläne im Hinblick auf Aktualisierungen bzw. die Weiterentwicklung der Nationalen Pandemieplanung zu überprüfen sein.

Lessons learned

Als die WHO am 11. Juni 2009 die Pandemiestufe 6 deklarierte, waren die Auswirkungen auf Leben und Gesundheit, die Gesellschaft und insbesondere das Gesundheitswesen nicht abzusehen. Vielfach wurde der Begriff Pandemie jedoch mit einem Katastrophenszenario gleichgesetzt. Auch die Pandemieplanungen der vergangenen Jahre, die mit Blick auf die Auswirkungen der Influenzapandemien des 20. Jahrhunderts und die Morbidität und Letalität der sog. Aviären Influenza (A/H5N1) entstanden sind, sind vor allem Pläne zur Bewältigung einer gesundheitlichen Großschadenslage.

Glücklicherweise sind während der Pandemie 2009/2010 nicht annähernd so viele Menschen erkrankt und verstorben wie zeitweise befürchtet. Rückwirkend betrachtet wirken einige Maßnahmen und Empfehlungen nun übertrieben, unnötig oder sogar kontraproduktiv. Allerdings ist man hinterher bekanntlich immer schlauer.

Die Bewältigung der Pandemie hat insbesondere den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) vor große Herausforderungen gestellt. Dabei wurden die bestehenden Planungen und Absprachen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene auf die Probe gestellt. In den Gesundheitsbehörden war der Arbeitsanfall zeitweise so hoch, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus anderen Behörden oder anderen Arbeitsbereichen zur Bewältigung der Arbeit hinzugezogen werden mussten – teilweise über Wochen. Vielerorts wurden zusätzliche Bereitschaftsdienste eingerichtet und zehntausende von Überstunden geleistet.

Die auf den vorhergehenden Seiten beschriebenen Evaluationsbemühungen haben gezeigt, dass die Pandemiepläne hilfreich und die Planungen der vergangenen Jahre eine wichtige Vorarbeit und Grundlage für das Handeln darstellten. Sie sind jedoch aktualisierungs- und ergänzungsbedürftig, und die Erfahrungen der ersten Pandemie des 21. Jahrhunderts sollten in die Pandemieplanung einfließen. Optimierungs- und Änderungsbedarf wurde insbesondere in den Bereichen Risiko- und Krisenkommunikation, Informationsweitergabe und -vermittlung, Koordination von Maßnahmen und Empfehlungen sowie rund um das Impfgeschehen bzw. die Impfflogistik festgestellt.

Auch auf nationaler und internationaler Ebene laufen seitdem Evaluationsprozesse, deren Ergebnisse teilweise bereits publiziert wurden. Ebenso wurden inzwischen Studienergebnisse veröffentlicht und zahlreiche Kongresse beschäftigten sich mit dem Thema. In Deutschland fanden mehrere Workshops unter Beteiligung des Bundes, der Länder und Kommunen sowie zahlreicher Behörden und Institutionen statt. All diese Erfahrungen sollten möglichst zeitnah in die Pandemieplanung einfließen.

Einige wichtige Ergebnisse und Erfahrungen aus NRW einschließlich der am häufigsten genannten Aussagen in der Befragung der Gesundheitsämter und im Workshop sind im Folgenden noch einmal aufgelistet:

- Die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen ÖGD und kurativ tätiger Ärzteschaft sollte intensiviert werden, z. B. durch regionale Arbeitskreise (ggf. unter Einbindung weiterer Partner wie z. B. dem Rettungsdienst oder Hilfsorganisationen).
- Ärztliche Berufsverbände und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollten stärker in die regionale Pandemieplanung eingebunden werden. Abstimmungsprozesse z. B. hinsichtlich gewisser Zuständigkeiten sollten frühzeitig erfolgen.
- Es müssen Wege gefunden werden, die schnelle und zuverlässige Information der kurativ tätigen Ärzteschaft sicherzustellen – hier werden auch Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen, Berufsverbände und Fachgesellschaften in der Pflicht gesehen. Die verstärkte Nutzung von E-Mails sollte in diesem Zusammenhang geprüft werden.
- Die Informationsflut war für die unteren Gesundheitsbehörden (uGBn) zeitweise kaum zu bewältigen. Deshalb wird auf Landesebene die Funktion eines „Informationsfilters“ bzw. „Sichters“ gewünscht. Diese Funktion könnte ein NRW-Kompetenzzentrum übernehmen.
- Trotz schneller Informationsübermittlung (in der Regel via E-Mail) muss eine ausreichende Zeitspanne (von einigen Tagen) veranschlagt werden, bis Änderungen von Empfehlungen ausreichend bekannt sind und umgesetzt werden können.
- Es sollte geprüft werden, inwieweit im Infektionsschutzgesetz (IfSG) geregelte Zuständigkeiten und Kostenübernahmeregelungen auch im Pandemiefall anwendbar bzw. praktikabel sind und welche speziellen Regelungen an deren Stelle treten könnten.
- Konsequenzen, Logistik und Finanzierung von Empfehlungen wie z. B. von Labordiagnostik, Proben-transport, Tätigkeitsverboten, Quarantäne müssen frühzeitig bedacht und kommuniziert und soweit möglich bundeseinheitlich geregelt werden
- Vielfach ist der Eindruck entstanden, dass die in unserem föderalen System vorgesehenen Abstimmungsprozesse zu zeitlichen Verzögerungen führten. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer warfen die Frage auf, inwieweit bestimmte föderale Strukturen im Pandemiefall eher hinderlich als nützlich sind, u. a. da länder- und kreisspezifische Unterschiede in der Umsetzung von Empfehlungen der Bevölkerung schwer zu vermitteln gewesen seien. Allerdings zeigte der Pandemieverlauf durchaus regionale Unterschiede, die für einen flexiblen Umgang mit Empfehlungen sprechen.

- Widersprüchliche Empfehlungen verschiedener Ressorts und / oder Ebenen sollten vermieden, falls unumgänglich aber möglichst transparent gemacht werden. Länderspezifische Abweichungen von Empfehlungen des Bundes sollten begründet werden.
- Übereinstimmend war das Votum für eine stärkere Berücksichtigung der Öffentlichkeitsarbeit in der Pandemieplanung sowie eine bessere Abstimmung der Beteiligten.
- Verschiedene alternative Szenarien und Modelle für eine Massenimpfung sollten entwickelt und in der Pandemieplanung verankert werden. Der ÖGD sollte dabei vor allem eine koordinierende, ggf. subsidiäre Rolle spielen. „Impfärzte“ sollten bereits im Vorfeld rekrutiert werden.
- In allen Arbeitsgruppen wurde der Wunsch nach „einer Stimme / einem Gesicht“, die / das öffentlichkeitswirksam und sachverständig in der Pandemie als Expertin bzw. Experte und Meinungsführer / in auftritt, geäußert. Dabei müsse es sich um eine fachlich anerkannte glaubhafte Persönlichkeit („Leitwolf“) handeln, die einen ausreichenden Bekanntheitsgrad in der Öffentlichkeit hat bzw. aufbaut. Eine solche Person sollte die staatlichen und fachlichen Empfehlungen und Leitlinien erläutern. Ideal wäre es, ein solches „Gesicht“ im Vorfeld zu etablieren. Dies könne z. B. ein Mitglied des NRW-Expertengremiums, des Kompetenzzentrums oder ein Vertreter der Gesundheitspolitik sein.
- Ein mit Expertise und entsprechenden Ressourcen ausgestattetes NRW-Kompetenzzentrum für Infektionsschutz (am LIGA.NRW) wird von Seiten vieler uGBn befürwortet. Ein solches Zentrum könne im Pandemiefall eine koordinierende Funktion übernehmen, z. B. bei der Öffentlichkeitsarbeit und Risikokommunikation sowie bei der Informationsübermittlung und darüber hinaus prospektiv Strukturen zur Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen optimieren.
- Ein Kompetenzzentrum müsse mit einer gewissen Leitlinienkompetenz ausgestattet sein, damit die Handelnden vor Ort bei der Entscheidungsfindung entlastet würden und sich auf die Empfehlungen verlassen können. Damit wäre auch eine größere Einheitlichkeit der Maßnahmen auf Landesebene zu erzielen. Vertreter der Ärzteschaft sollten möglichst früh und kontinuierlich einbezogen werden, um eine höhere Akzeptanz zu erzielen.

To Dos:

- Überarbeitung der Pandemieplanung auf allen Ebenen unter besonderer Berücksichtigung von Informations- und Kommunikationsstrukturen
- Investition in die Bereiche Risiko- und Krisenkommunikation
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der kurativ tätigen und der im ÖGD tätigen Ärzteschaft
- Etablierung regionaler Kommunikationsplattformen oder Netzwerke zwischen dem ÖGD, Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und anderen Partnerinnen und Partnern
- Entwicklung differenzierter situationsangepasster Modelle für Massenimpfungen
- Überprüfung des IfSG hinsichtlich seiner „Pandemietauglichkeit“
- Aufbau eines NRW-Kompetenzzentrums und Expertennetzwerks

Literaturverzeichnis

- Bellinger, O.; Götsch, U.; Böddinghaus, B.; Kraus-Leonhäuser, D.; Gottschalk, R.: Management der Influenzapandemie auf kommunaler Ebene. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 1250-1256. Springer-Verlag 2010.
- Braun, Ch.; Reiter, S.; Bartels, C.; Haas, W.: Influenzapandemie - Begriff, Grundlagen, Entstehung. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hrsg.): Bevölkerungsschutz, Kapitel: Katastrophenmedizin. Bonn 2007; 3: 6-12.
- Buda, S.; Köpke, K.; Haas, W.: Epidemiologischer Steckbrief der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 basierend auf Einzelfallmeldungen nach dem Infektionsschutzgesetz. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 1223-1230. Springer-Verlag 2010.
- Feufel, M. A.; Antes, G.; Gigerenzer, G.: Vom sicheren Umgang mit Unsicherheiten: Was wir von der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 lernen können. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 1283-1289. Springer-Verlag 2010.
- Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.): „Schwein gehabt?“ - Die pandemische Influenza A / H1N1 (Schweinegrippe) 2009 / 2010. Zur Nutzung der Impfstelle im Bremer Gesundheitsamt und zur Rolle der Berichterstattung in den Bremer Tageszeitungen. Bremen; Januar 2011.
- Krause, G.; Gilsdorf, A.; Becker, J. et al.: Erster Erfahrungsaustausch zur H1N1-Pandemie in Deutschland 2009 / 2010. Bericht über einen Workshop am 22. und 23. März 2010 in Berlin. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 510-519. Springer-Verlag 2010.
- Lamers, Ch.: Krisenmanagement in NRW - Ein Erfahrungsbericht. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hrsg.): Bevölkerungsschutz, Kapitel Krisenmanagement . Bonn 2010; 4: 30-34.
- Löwer, J.: Pandemieimpfstoffe - Überlegungen zum Design im Vorfeld der Influenzapandemie 2009. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 1238-1241. Springer-Verlag 2010.
- Marcic, A.; Dreesman, J.; Liebl, B.; Schlaich, C.; Suckau, M.; Sydow, W.; Wirtz, A.: H1N1-Pandemie - Maßnahmen und Erfahrungen auf Landesebene. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 1257-1266. Springer-Verlag 2010.
- Martin, T.: Pandemie als kommunikative Herausforderung für die Bundesbehörden - ein Überblick über die Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesbehörden zur Neuen Grippe (Schweinegrippe). Die grundsätzlichen kommunikativen Besonderheiten. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 1304-1307. Springer-Verlag 2010.
- Nicoll, A.: Pandemic risk prevention in European countries: role of the ECDC in preparing for pandemics. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 1267-1276. Springer-Verlag 2010.
- Nicoll, A.; Ammon, A.; Amato, A. et al.: Experience and lessons from surveillance and studies of the 2009 pandemic in Europe. Public Health 2010; 124: 14-23. Verfügbar unter www.sciencedirect.com.
- Pfeiderer, M.: Pandemische Influenzaimpfstoffe: Konzepte - Europäische Musterzulassung - Akzeptanzkriterien. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 1242-1249. Springer-Verlag 2010.
- RKI (Hrsg.): Möglicher Verlauf einer Epidemie durch das Neue Influenzavirus A / H1N1 in Deutschland und Auswirkungen präventiver Maßnahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Epidemiologisches Bulletin 2009; 22: 219-223.
- RKI (Hrsg.): Neue Influenza A / H1N1: Aktuelle nationale und internationale Lage. Epidemiologisches Bulletin 2009; 23: 228-229.

- RKI (Hrsg.): Neue Influenza A / H1N1 in Deutschland – Bewertung des bisherigen Geschehens. Epidemiologisches Bulletin 2009; 25: 243-245.
- RKI (Hrsg.): Zusammenstellung aufgetretener Fallcluster von Neuer Influenza in Deutschland (Würzburg, Köln, Düsseldorf). Epidemiologisches Bulletin 2009; 26: 251-252.
- RKI (Hrsg.): Modifikationsmöglichkeiten der Strategie zur Bekämpfung / Eindämmung der Neuen Influenza A / H1N1 in Deutschland in Abhängigkeit von der Entwicklung der Ausbreitung und der Schwere der Erkrankung. Epidemiologisches Bulletin 2009; 27: 259-262.
- RKI (Hrsg.): Hinweise und Erläuterungen zu den Empfehlungen der STIKO vom Juli 2009. Epidemiologisches Bulletin 2009; 33: 399-343.
- RKI (Hrsg.): Bestätigter Fall von Neuer Influenza bei einem 5-jährigen Jungen. Epidemiologisches Bulletin 2009; 36: 363-364.
- RKI (Hrsg.): Mitteilung der STIKO am RKI: Impfung gegen die Neue Influenza A (H1N1). Epidemiologisches Bulletin 2009; 41: 403-424.
- RKI (Hrsg.): Vorläufige Empfehlung des Paul-Ehrlich-Instituts und des RKI zur Anzahl der benötigten Teildosen des pandemischen Impfstoffs Pandemrix zum Schutz gegen die Neue Influenza A (H1N1) und zu dessen Anwendung in der Schwangerschaft. Epidemiologisches Bulletin 2009; 41: 425-426.
- RKI (Hrsg.): Influenzasurveillance der Arbeitsgemeinschaft Influenza. Rückblick auf starke saisonale Grippewelle im Winter 2008 / 09, Monitoring der Neuen Influenza im Sommer 2009 und Vorschau auf die Saison 2009 / 10. Epidemiologisches Bulletin 2009; 42: 427-430
- RKI (Hrsg.): Studie des RKI zur Dynamik der Virusausscheidung bei Neuer Influenza A / H1N1 in Haushalten - erste Ergebnisse. Epidemiologisches Bulletin 2009; 42: 430-431.
- RKI (Hrsg.): Saisonale Influenza, Neue (pandemische) Influenza A / H1N1, Aviäre Influenza. Epidemiologisches Bulletin 2009; 43: 438-451.
- RKI (Hrsg.): Zur Schließung von Kindertageseinrichtungen im Zusammenhang mit Neuer Influenza A / H1N1. Epidemiologisches Bulletin 2009; 46: 475-476.
- RKI (Hrsg.): Kenngrößen der Fälle von Neuer Influenza A / H1N1 während der Sommersaison (KW 18-39 / 2009). Epidemiologisches Bulletin 2009; 46: 477-479.
- RKI (Hrsg.): Mitteilung der STIKO am RKI - Impfung gegen die Neue Influenza (H1N1). Epidemiologisches Bulletin 2009; 50: 513-519.
- RKI (Hrsg.): Ergänzende Hinweise des Paul-Ehrlich-Instituts und des Robert Koch-Instituts zur Impfung gegen die Neue Influenza A (H1N1). Epidemiologisches Bulletin 2009; 50: 519-520.
- RKI (Hrsg.): Pandemische Influenza A / H1N1 Krankenhaus Surveillance (PIKS) - Erste Ergebnisse. Epidemiologisches Bulletin 2010; 4: 31-34.
- RKI (Hrsg.): Repräsentative telefonische Erhebung zur Impfung gegen die Neue Influenza A / H1N1. Epidemiologisches Bulletin 2010; 4: 34-35.
- RKI (Hrsg.): Studie des RKI zur Dynamik der Virusausscheidung bei Neuer Influenza - weitere Ergebnisse der RKI-Haushaltsstudie. Epidemiologisches Bulletin 2010; 6: 49-55.
- RKI (Hrsg.): Pandemische Influenza A (H1N1) 2009 - Ergebnisse zweier Befragungen. Epidemiologisches Bulletin 2010; 13: 112-115.
- RKI (Hrsg.): Aktuelle Initiativen zur Bewertung der im Verlauf der Pandemie geleisteten Arbeit. Epidemiologisches Bulletin 2010; 19: 171-173.
- RKI (Hrsg.): Rückblick: Epidemiologie und Infektionsschutz im zeitlichen Verlauf der Influenzapandemie A (H1N1) 2009. Epidemiologisches Bulletin 2010; 21: 191-197.
- RKI (Hrsg.): Klinische Wirksamkeit der Impfung gegen pandemische Influenza A (H1N1) 2009 in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin 2010; 21: 198-201.
- RKI (Hrsg.): Mitteilung der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut / Stand: Juli 2010. Epidemiologisches Bulletin 2010; 30: 279-297.
- RKI (Hrsg.): Mitteilung der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut: Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Influenza. Epidemiologisches Bulletin 2010; 31: 299-309.
- Sasse, J.; Becker, A.; Uhlenhaut, Ch.: Neue Influenza A/H1N1: Ernste Gefahr oder übertriebene Vorsicht? Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V. 2009; 2: 4-10.
- Schaade, L.; Reuß, A.; Haas, W.; Krause, G.: Pandemieplanung - Was haben wir aus der Pandemie (H1N1) 2009 gelernt? Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 1277-1282. Springer-Verlag 2010.
- Seitz, R.; Krause, G.: Pandemie: Was haben wir aus der H1N1-Influenza gelernt? Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 1221-1222. Springer-Verlag 2010.

Stech, J.; Beer, M.; Vahlenkamp, T.; Harder, T.: Das pandemische H1N1-Influenzavirus / 2009. Eine Übersicht zur Molekularbiologie, Phylogenie, Reassortierungsgeschichte und den Parametern des Wirtswechsels. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 1231-1237. Springer-Verlag 2010.

Wicker, S.; Rabenau, H.F.; Gottschalk, R.; Krause, G.; McLennan, S.: Niedrige Influenzaimpfquoten bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen, Zeit für einen neuen Ansatz. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 1298-1303. Springer-Verlag 2010.

Zylka-Menhorn, V.: Neue Influenza: Kritischer Rückblick mit wegweisender Vorschau. Deutsches Ärzteblatt 2010; 18: 850-855.

Internet Quellen:

ECDC: European 2009 Influenza Pandemic Timeline. 11. August 2010.
http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/Documents/110810_2009_pandemic_European_Timeline.pdf

ECDC: Lessons for Europe from evidence to date – Evolution of the H1N1 pandemic (Power Point Presentation).
http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/documents/0907_influenza_ah1n1_likely_evolution_of_the_pandemic_of_the_influenza.ppt

Entwurf eines kommunalen Influenza-Pandemieplans für Nordrhein-Westfalen, Stand: 2. Mai 2007
http://www.staedtetag-nrw.de/imperia/md/content/stnrw/internet/2_fachinformationen/2007/entwurf_kommunaler_pandemieplan_f_r_nrw_-stand_02.05.2007.pdf

Krause, G.: Influenza A (H1N1) 2009 – Ein epidemiologischer Rückblick zum Anlass der Tagung der deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e.V. (Power Point Präsentation). Bremen, 24. September 2010.
http://www.rki.de/cln_169/nn_1960670/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemie/Vortrag.templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Vortrag.pdf

Nationaler Pandemieplan Teil I-III und Anhang.
http://www.rki.de/cln_109/nn_1960682/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Influenzapandemieplan.html

Pandemie Rahmenplan des Landes Nordrhein-Westfalen. In der Fassung 12. Juni 2006.
http://www.mais.nrw.de/08_PDF/002/Pandemie-rahmenplan.pdf

Paul-Ehrlich-Institut: Informationen zu den Grippeimpfstoffen für die Saison 2010/2011.
http://www.pei.de/DE/infos/fachkreise/impf-fach/influenza-saisonal/influenza-saisonal-node.html?__nnn=true

RKI (Hrsg.): Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2009/10.
<http://influenza.rki.de/Saisonberichte/2009.pdf>

WHO: Transcript of the Press Conference undertaken with Dr. Keiji Fukuda, Assistant Director-General ad. Interim for Health Security and Environment. World Health Organization 26. April 2009.
http://www.who.int/mediacentre/multimedia/swineflu_presstranscript_2009_04_26.pdf

WHO: Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547680_eng.pdf

WHO: Pandemic phase descriptions and main actions by phase
http://www.who.int/influenza/resources/documents/pandemic_phase_descriptions_and_actions.pdf

WHO: Preview: report on the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) and on Pandemic Influenza A (H1N1) 2009.
http://www.who.int/ihr/preview_report_review_committee_mar2011_en.pdf

WHO: The international response to the influenza pandemic: WHO responds to the critics. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 21.
http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100610/en/index.html

WHO: Surveillance Recommendations for Member States in the Post Pandemic Period. 12. August 2010.
http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/surveillance_post_pandemic.pdf

Zusätzlich wurden noch folgende Quellen aus dem LIGA.NRW-Datenbestand mit einbezogen:

„Stand der Pandemieplanung auf Bund- und Länderebene“, 16.03.2006; Baumeister, H.; Rissland, J.

„Influenza-Pandemie – Vorbereitungen des Landes NRW“, 20.09.2006, Lemgo; Baumeister, H.

„Pandemieplanung auf Landesebene“ - 3. Symposium „Infektionsgefahren im Einsatzdienst“ Feuerwehr Essen am 10. Nov. 2007 in Essen; Daniels-Haardt, I.

Anhang

Pandemie-Rahmenplan für das Land NRW in der Fassung vom 12. Juni 2006 (Kurzfassung)

1. Einleitung

1.1 Medizinischer Hintergrund

In relativ regelmäßigen Abständen von mehreren Jahrzehnten bildet sich ein neues Grippevirus, das weltweit zu überproportional vielen Erkrankungen führt (Pandemie) wie 1918, 1957 und 1968. Führende Fachleute rechnen damit, dass in naher Zukunft eine Pandemie bevorsteht.

1.2 Nationaler Pandemieplan (NIP)

Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, dass eine Pandemie in zwei Wellen verläuft und vermutlich 30 % der Bevölkerung erkranken. Auf dieser Basis hat eine Expertengruppe unter Federführung des Robert Koch-Instituts (RKI) einen Nationalen Influenza-Pandemieplan (NIP) erarbeitet. Dieser enthält abstrakte allgemeine Empfehlungen, aber keine konkreten Festlegungen für die Versorgung im Falle einer Pandemie.

1.3 Pandemie-Rahmenplan NRW

Dies erforderte einen speziell auf die Belange von NRW konkretisierten Vorsorgeplan auf der Basis der Erkenntnisse der WHO und des NIP. Der Plan für NRW richtet sich in erster Linie an Behörden und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Er enthält Handlungsanweisungen für die verschiedenen Phasen der Pandemie auf Landesebene und wird um entsprechende Ausarbeitungen auf kommunaler Ebene ergänzt. Der Plan ist ein „lernendes“ System. Er wird fortlaufend weiter entwickelt, den Erkenntnissen von Wissenschaft, Forschung und Praxis angepasst und fortgeschrieben. Dabei sollen auch die Überlegungen zu den

erforderlichen Maßnahmen der an der Bewältigung der Pandemie beteiligten anderen Ressorts berücksichtigt werden.

2. Grundlagen

2.1 Allgemeines Seuchenmanagement NRW

Grundlage hierfür sind das Infektionsschutzgesetz (IfSG) und darauf basierende Erlasse, aktuell ergänzt durch den Entwurf eines Seuchenalarmplans, ein zentrales Kompetenzzentrum für schwere Infektionskrankheiten und Planungen für ein Dreistufenkonzept der stationären Versorgung.

2.2 Zusammenarbeit

Das federführende MAGS arbeitet mit den betroffenen Ressorts, seinen nachgeordneten Dienststellen, den Kreisen und kreisfreien Städten sowie deren Spitzenverbänden zusammen, mit Unterstützung von Ärzten und Apothekerkammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausgesellschaft NW sowie weitere Institutionen und Verbänden. Alle pandemiespezifischen Maßnahmen werden in partnerschaftlicher Abstimmung unter Nutzung der bewährten Strukturen und Gremien umgesetzt. So bleibt insbesondere die enge Verzahnung mit dem Katastrophenschutz, dem Rettungsdienst und der Krankenhausalarmplanung ein wichtiges Element.

3. Zuständigkeiten

Der Plan lässt die übertragenen Zuständigkeiten von Behörden und Einrichtungen ausdrücklich unberührt. Mit Beginn der Pandemie wird der interministerielle Krisenstab der Landesregierung unter Federführung des NRW-Innenministeriums eingerichtet. Dieser Krisenstab übernimmt die Koordinierung aller beteiligten Ressorts. Die Umsetzung der Entscheidungen erfolgt in der bestehenden Aufbauorganisation des jeweils

zuständigen Ressorts. Die Zuständigkeiten innerhalb der Landesregierung bleiben ebenfalls unberührt. Die öffentliche Sicherheit und Ordnung zu wahren, ist vorrangiges Gebot. Auf Landes- und kommunaler Ebene ist entsprechend abgestimmt Vorsorge zu treffen. Der vorliegende Rahmenplan ist für NRW Grundlage für die zielgerichtete Zusammenarbeit zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst, Ordnungsbehörden, Katastrophenschutz und Polizei. Die Vorortzuständigkeit für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten liegt in NRW bei den Kreisen und kreisfreien Städten, den 54 Kommunen. Sie kennen die individuellen Situationen und Bedürfnisse in ihrem Bereich (Ballungsgebiete, ländliche Regionen) am besten und können daher die notwendigen Maßnahmen abschätzen und entsprechende Regelungen vorsehen.

4. Maßnahmen

4.1 Maßnahmen für öffentliches Personal

Die Einsatzfähigkeit des Personals insbesondere zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung ist über einen langen Zeitraum zu sichern. Arbeitsmedizinische und seuchenhygienische Vorsorgemaßnahmen sind zu treffen (z. B. Standards der Ausstattung mit Schutzkleidung und Überlegungen der prophylaktischen Gabe von antiviralen Arzneimitteln). Einsatz- und Alarmpläne zur Vorsorgeplanung für die gesundheitliche Versorgung bei Großschadensereignissen regeln die Gefahrenabwehr im Bereich der Gesundheitsverwaltung.

4.2 Personaleinsatz

Bestimmte Personengruppen sind zur Bewältigung der Folgen einer Pandemie besonders bedeutsam: Personen, die die Erkrankten medizinisch versorgen (medizinisches Personal von Arztpraxen und Krankenhäusern), und Personen, die die öffentliche Sicherheit und Ordnung aufrechterhalten. Die Gesamtzahl in NRW beträgt ca. 0,9 Mio. Personen.

4.3 Einzelmaßnahmen

4.3.1 Überwachung (Surveillance) und Meldewege

Beide sind auf der Grundlage des IfSG eingerichtet; in der Pandemie werden zusätzliche Überwachungsmaßnahmen und Meldewege auf der Basis des IfSG etabliert werden.

4.3.2 Diagnostik

Zur virologischen Diagnostik können Schnelltests eingesetzt werden (entsprechende Hinweise zur Probenahme sind strikt zu beachten), die Beteiligung des

nationalen Referenzzentrums für Influenza am RKI (Berlin) an der Diagnostik ist möglich.

4.3.3 Krankenversorgung

Die medizinische Versorgung ist so zu steuern, dass die Krankenhäuser nur im unvermeidlichen Fall von Komplikationen zur stationären Versorgung in Anspruch genommen werden. Das bedeutet, dass die Behandlung von Erkrankten so lange wie möglich ambulant erfolgt. Zum Krisenmanagement vor Ort finden sich nähere Hinweise insbesondere Kriterien für Praxen und Krankenhäuser bis hin zur deren erforderlichen gerätetechnischen Ausstattung.

4.4 Einsatz der Praxen und Krankenhäuser

Praxen und Krankenhäuser müssen unter Berücksichtigung der aufgeführten Maßnahmen auf ihren Einsatz im Pandemiefall vorbereitet werden, die Gesundheitsämter haben dies abzufragen.

4.5 Schutzmaßnahmen

Das Land gibt Verhaltensmaßregeln mit situationsabhängiger Verbindlichkeit an die Bevölkerung. Ordnungsbehördliche Anordnungen – wie im Plan genannt – können vor Ort durch die Gesundheitsämter auf der Basis des IfSG ergehen (u. a. Beschränkungen oder Verbote von Großveranstaltungen, Schließungen von Gemeinschaftseinrichtungen, Beschränkungen des öffentlichen Personenverkehrs).

4.6 Schulungen und Qualifizierungen

Schulungsmaterialien werden vom Bund zur Verfügung gestellt. Die Ärztekammern führen Fortbildungen auf der Grundlage ihres Fortbildungsauftrages eigenverantwortlich durch. Schulungen der Ärzteschaft aus den ausgewählten Arztpraxen und Krankenhäusern sowie ggf. des nichtärztlichen Praxispersonals führen die unteren Gesundheitsbehörden, im Einzelfall unter Beteiligung der Bezirksstellen der zuständigen Ärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenhausgesellschaft NW und der Berufsverbände durch. Schulungen von nichtärztlichem Personal wie Krankenschwestern, Krankenpflegern, MTAs, Rettungssassistentinnen und -assistenten sowie weiterem geeigneten Personal aus dem Bereich der Gesundheitsfachberufe erfolgen durch die jeweiligen Verbände bzw. die Einrichtungen vor Ort wie z. B. Krankenhäuser, Pflegedienste sowie Kreise und kreisfreien Städte.

5. Arzneimittelversorgung

5.1 Neuraminidasehemmer (NAH) = antivirale Arzneimittel

Zu Beginn der Pandemie stellt das Land die von ihm bevorrateten Fertigarzneimittel sowie den portionierten Wirkstoff pharmazeutischen Großhandlungen zur Verfügung. Nach Vorgaben des Landes liefern diese an die öffentlichen und Krankenhausapotheken aus. Jede Apotheke gibt bei Bedarf das verordnete Fertigarzneimittel oder die verordnete Rezeptur mit dem Wirkstoff Oseltamivir ab. Die Apothekerkammern und –verbände informieren die Apotheken über ihre Aufgaben und Verpflichtungen umfassend und zeitnah.

5.2 Impfungen

Ein wirksamer Pandemie-Impfstoff kann erst hergestellt werden, wenn der Erreger identifiziert ist. Bis zur Auslieferung und Verwendung eines derartigen Impfstoffes, mit dem im Pandemiefall grundsätzlich die gesamte Bevölkerung zweimal geimpft werden soll, müssen die Länder Überbrückungsstrategien entwickeln, nicht nur um Erkrankungen Betroffener zu lindern und einen Massenanstieg von Toten zu verhindern, sondern auch um die Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens soweit wie möglich zu sichern. Zu diesem Zweck hat NRW antivirale Arzneimittel für 67 Mio. € (= 6,35 Mio. Therapieeinheiten) gekauft.

5.2.1 Stammimpfstellen

Zeitnah nach Verfügbarkeit des Impfstoffes wird die Impfung der gesamten Bevölkerung durchgeführt. Die Impfung soll in den ca. 60, ursprünglich für die Pockenschutzimpfung vorbereiteten, Stammimpfstellen in NRW erfolgen. Mit ihrem fortgebildeten und geschulten Personal sind die Stammimpfstellen für eine Durchimpfung der gesamten Bevölkerung geeignet.

5.2.2 Personal

Das Personalgewinnungsverfahren orientiert sich an dem im Rahmen der Planungen zu einer möglichen Pockenimpfung erarbeiteten Verfahren.

5.2.3 Ausrüstung der Stammimpfstellen

Die Ausrüstung der Stammimpfstellen ist im Erlass des MGSFF vom 02.12.2003 ausgewiesen. Die dortigen Vorgaben werden beibehalten. Über die Stammimpfstellen kann auch das Personal der medizinischen Versorgung und das der Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung versorgt werden.

5.2.4 Logistik und Transport des Impfstoffes

Der Influenzaimpfstoff wird den Stammimpfstellen auf der Grundlage von Abkommen mit den Impfstoffherstellern zur Verfügung gestellt werden. Die Kreise und kreisfreien Städte sorgen für die Einrichtung der vorbereiteten Stammimpfstellen. Die Handlungsanweisungen dazu liegen vor. Die Logistik des Transports des Impfstoffes an die Stammimpfstellen stellt das Land sicher.

5.2.5 Rechtliche und finanzielle Absicherung des Impfpersonals und der Stammimpfstellen

Einzelfragen der rechtlichen Absicherung des Impfpersonals werden im Bedarfsfall zwischen der Landesregierung und den Kommunalen Spitzenverbänden abgestimmt.

6. Öffentlichkeitsarbeit

6.1 Interpandemische Phase

Notwendig ist eine aufklärende, offensive und zugleich deeskalierende Kommunikation mit der Bevölkerung. Bundeseinheitlich gestaltetes Informationsmaterial stellt das RKI in Abstimmung mit den Ländern zur Verfügung.

Verschiedene Strategien der Information sind bereits eingeleitet bzw. in Planung: z. B. Internetpräsentation des MAGS, Bürgertelefon C@II NRW.

6.2 Pandemische Phase

Bei der Pandemie übernimmt der Krisenstab der Landesregierung die Kommunikation. Die Informationsaustauschwege zwischen den beteiligten Ressorts sind für extreme Belastungen ausgelegt. Der Krisenstabserlass vom 14. Dezember 2004 sieht vergleichbare Strukturen für die Ebene der Bezirksregierungen und der Kreise und kreisfreien Städte vor. Die Einbeziehung der Medien wird im Krisenfall über den Krisenstab koordiniert. Die Medienarbeit des Krisenstabes wird eng mit dem MAGS abgestimmt.

Meldeverordnung zur Neuen Influenza

Bundesministerium für Gesundheit

Verordnung über die Meldepflicht bei Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus („Schweine-Grippe“) hervorgerufen wird

Vom 30. April 2009

Auf Grund des § 15 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes, der zuletzt durch Artikel 57 Nummer 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

Ausdehnung der Meldepflicht

(1) Die Pflicht zur namentlichen Meldung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes wird ausgedehnt

auf

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

an Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus hervorgerufen wird (neue Grippe).

Die Meldung eines Krankheitsverdachts nach Nummer 1 hat nur zu erfolgen, wenn der Verdacht nach dem Stand der Wissenschaft sowohl durch das klinische Bild als auch durch einen wahrscheinlichen epidemiologischen Zusammenhang begründet ist.

Die dazu vom Robert Koch-Institut auf der Grundlage von § 4 Absatz 2 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes veröffentlichte Empfehlung ist zu berücksichtigen.

(2) § 7 des Infektionsschutzgesetzes bleibt unberührt.

§ 2

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Sie tritt am 1. Mai 2010 außer Kraft, soweit nicht mit Zustimmung des Bundesrates etwas anderes verordnet wird.

Berlin, den 30. April 2009

Die Bundesministerin für Gesundheit

Ulla Schmidt

Verkündungen

Bundesministerium für Gesundheit

Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Meldepflicht bei Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus („Schweine-Grippe“) hervorgerufen wird.

Vom 9. November 2009

Auf Grund des § 15 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes, von denen Absatz 1 zuletzt durch Artikel 57 Nummer 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

Artikel 1

§ 1 Absatz 1 der Verordnung über die Meldepflicht bei Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus („Schweine-Grippe“) hervorgerufen wird vom 30. April 2009 (BAnz. S. 1590) wird wie folgt gefasst:

(1) Die Pflicht zur namentlichen Meldung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes wird ausgedehnt auf den Tod eines Menschen an Influenza A(H1N1) („Schweine-Grippe“).

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 9. November 2009

Der Bundesminister für Gesundheit

Dr. Philipp Rösler

Freitag, 13. November 2009

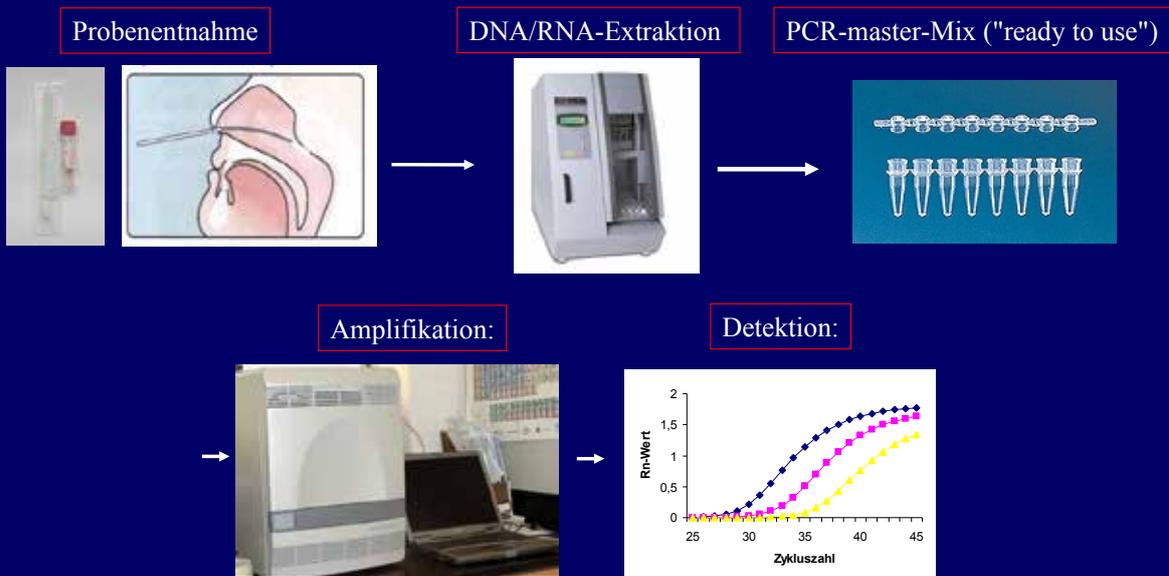
Ergänzende Folien zu den Vorträgen

Diagnostik von Influenza A / H1N1

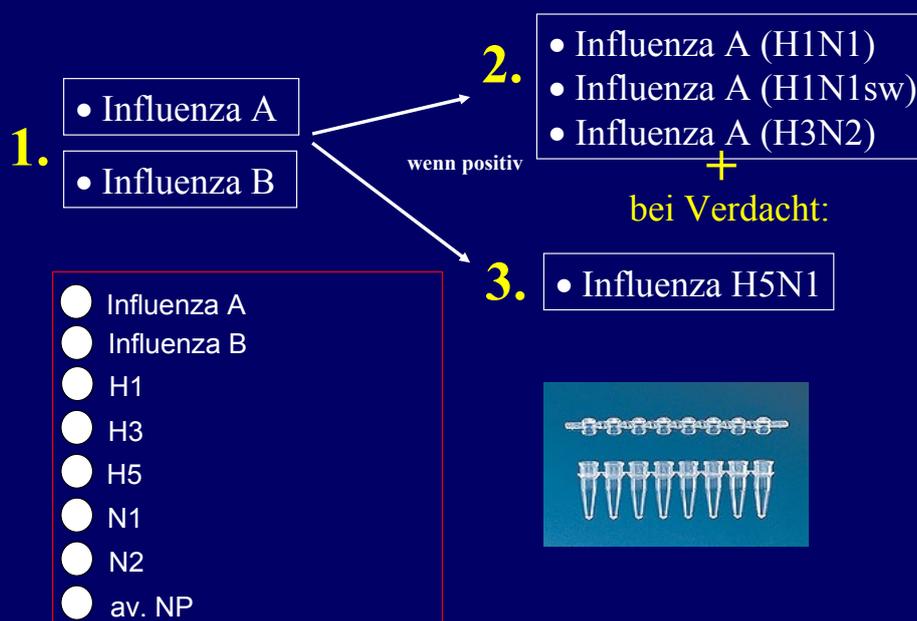
(Prof. Dr. Ortwin Adams, Institut für Virologie des Universitätsklinikums Düsseldorf)

Nachweis von H1N1-Influenza („neue“ Influenza“) mittels PCR

1. PCR: Nachweis eines Influenza-M-Genabschnitts (subtypenübergreifend)
2. PCR: Nachweis eines H1N1sw („neue Influenza“) –Genabschnittes (spezifisch)

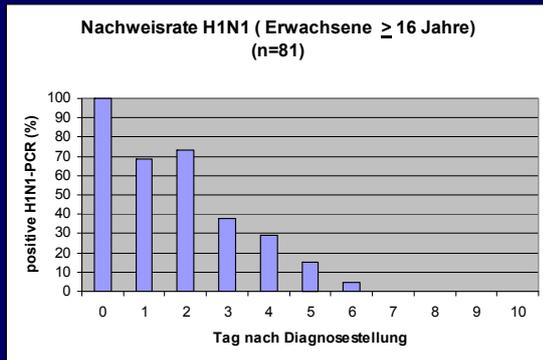


Molekulare Subtypenbestimmung der Influenza A (Institut für Virologie - UKD)

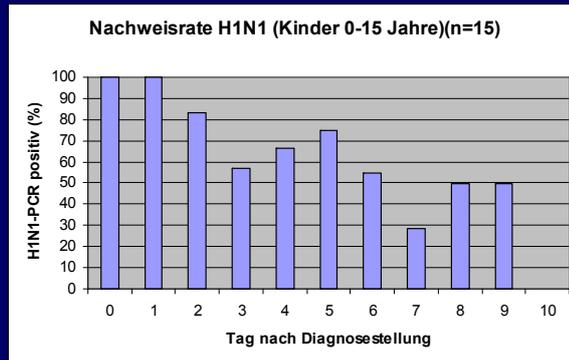


Ausscheidungsdauer „neue“ Influenza H1N1

Universitätsklinikum Düsseldorf (Mai - Juli 2009)



Tag	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
n	81	19	37	45	55	39	22	15	8	3	1
positiv	81	13	27	17	16	6	1	0	0	0	0
	100	68	73	37	29	15	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0



Tag	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
n	15	3	6	7	9	8	11	7	2	2	3
positiv	15	3	5	4	6	6	6	2	1	1	0
	100	100	83	57	66	75	54	28	50	50	0

beachte: fast alle Patienten haben Oseltamivir erhalten

O. Adams, Universität Düsseldorf, Institut für Virologie

Charakterisierung der nachgewiesenen Influenza-Fälle in Europa

(Stand: 5.3.2010)

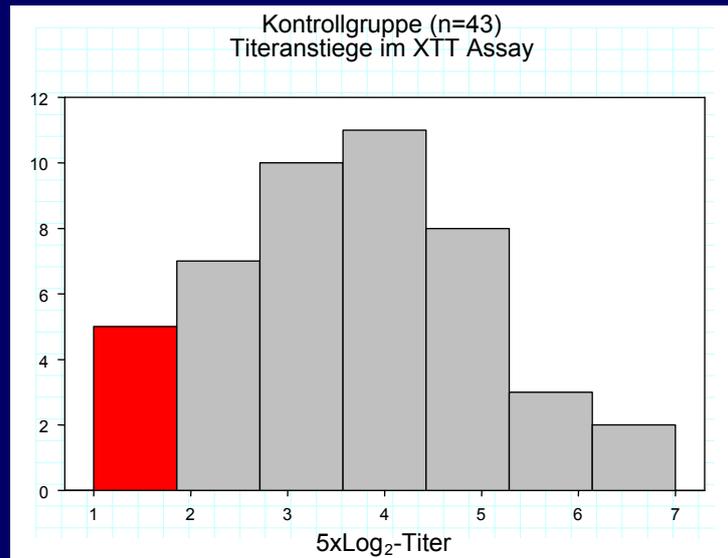
Virus type and subtype	Resistance to neuraminidase inhibitors				Resistance to M2 inhibitors	
	Oseltamivir		Zanamivir		Isolates tested	Resistant n (%)
	Isolates tested	Resistant n (%)	Isolates tested	Resistant n (%)		
A(H3N2)	0	0	0	0	0	0
A(H1N1)	0	0	0	0	0	0
A(H1N1)v	1453	37 (2.5%)	1447	0 (0%)	205	205 (100%)
B	0	0	0	0	n.a.	n.a.

Note: n.a.= not applicable

Virus-Typ	Anzahl
Influenza A H1N1 new	16083
H3N2	8
H1N1 saisonal	35
Influenza B	60

Ref: ECDC: Weekly influenza surveillance overview 5.3.2010

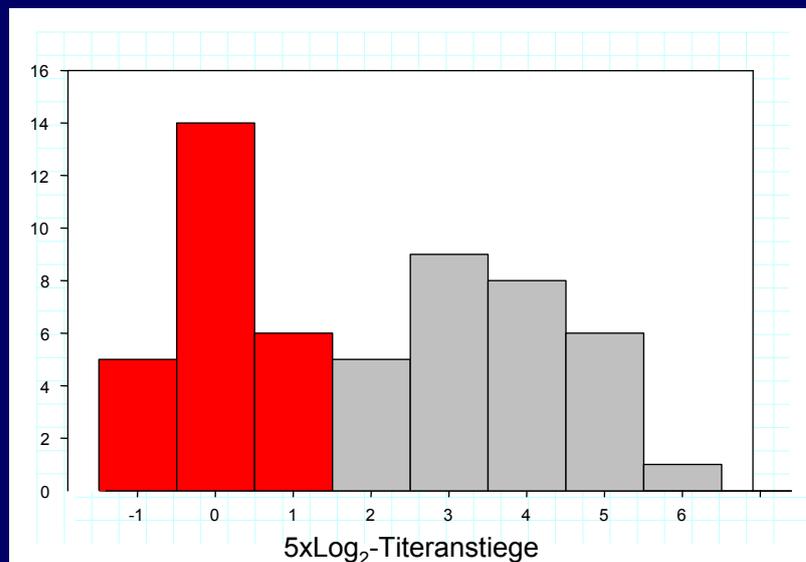
Kontrollgruppe (n=43): Titeranstiege im XTT-MNT



7% Impfversager

93% Impfansprechen

Nierentransplantierte (NTx) (n=52): Titeranstiege im XTT-MNT



44.2% Impfversager

55.8% Impfansprechen

Rückblick des Handlings der Influenza Typ A H1 / N1 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe

(Andreas Kintrup, KV Westfalen-Lippe, Dr. Patricia Shadiakhy, KV Nordrhein)



Die Impfung in Zahlen „KV Nordrhein“ (Stand April 2010*)

Anzahl teilnehmender Ärzte	Anzahl durchgeführter Impfungen	Honorar in EUR
3.015	579.596	3.013.899,20
		-Verw.-Kosten ca.*: <u>81.375,28</u>
		2.923.523,92

*=Stand Mitte April. Daten sind noch nicht endgültig, da es noch Ärzte gibt, die ihren Meldebogen für die Abrechnung der bis 31.3. erbrachten Impfungen einsenden. Die Bezirksstellen werden ab Ende Mai 2010 die abschließenden Zahlen ermitteln. Die Verwaltungskosten sind geschätzt, da eine Reduzierung zum 1.1.10 von in der Regel von 2,8% auf 2,6% erfolgte. Es wurde hier 2,7% zu Grunde gelegt.

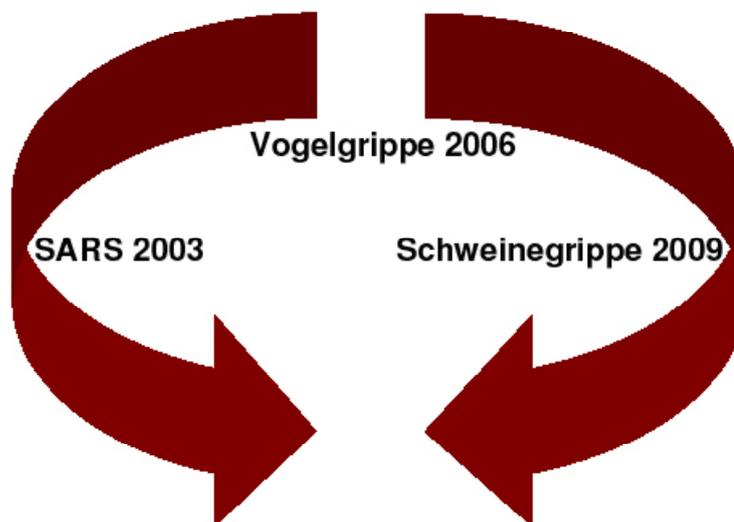


Die Impfung in Zahlen „KV Westfalen-Lippe“ (Stand April 2010*)

Anzahl teilnehmender Ärzte	Anzahl durchgeführter Impfungen	Honorar in EUR
2.567	507.070	2.636.764,00
		-Verw.-Kosten ca.*: <u>63.282,30</u>
		2.573.481,70



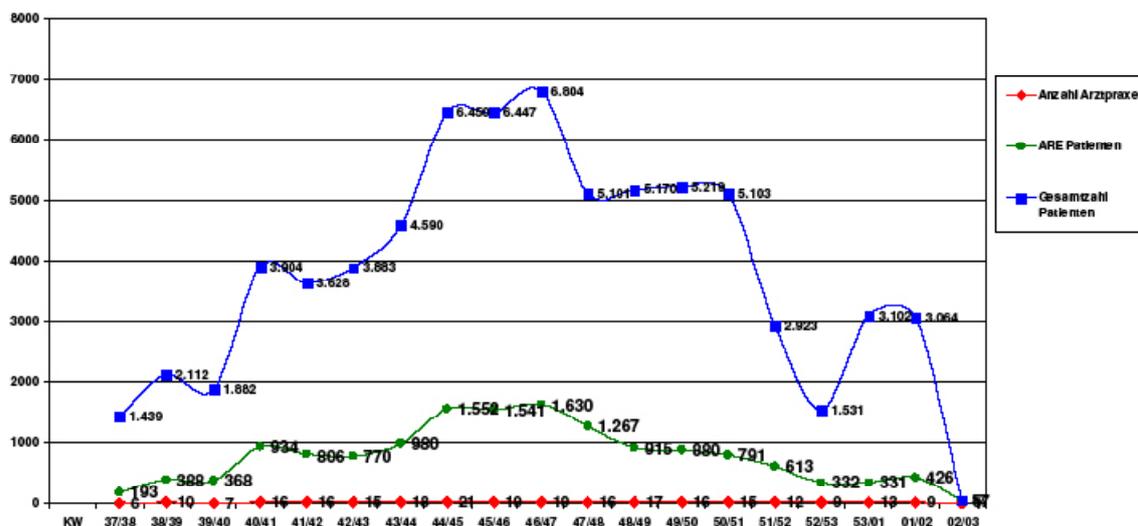
Quo vadis



2010 = Datenupdate = Erfahrungen für zukünftige Szenarien nutzen!

ARE Gesamt – pro Kalenderwoche

Angaben aus 14 Kreisen/Gesundheitsämtern und 31 Arztpraxen - Stand 21.01.2010



Anzahl der ARE-Patienten (Stand 21.01.2010)



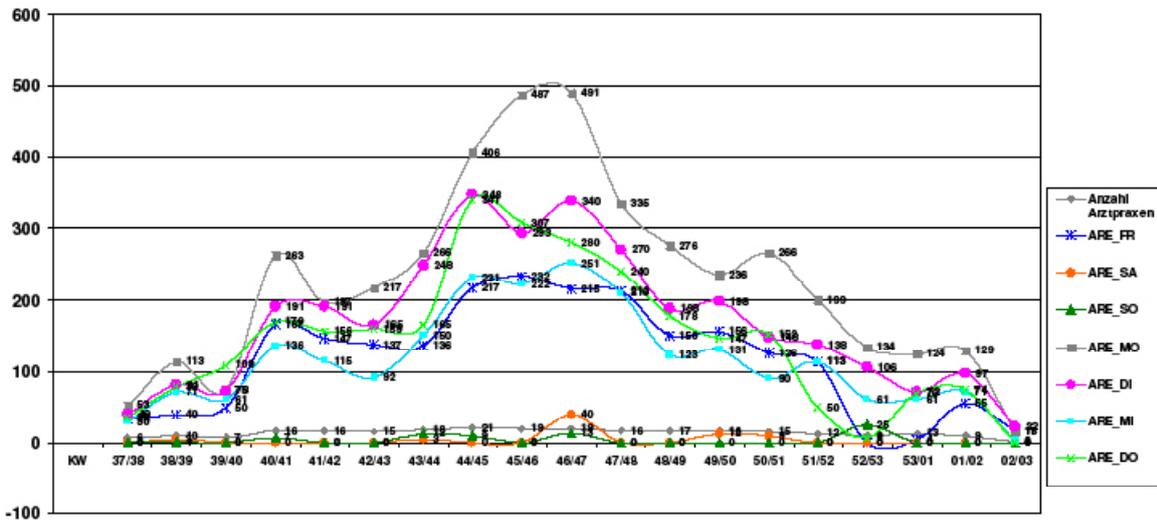
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

ARE-Patienten gesamt – pro Kalenderwoche in Bezug auf Wochentage

Angaben aus 14 Kreisen/Gesundheitsämtern und 31 Arztpraxen - Stand 21.01.2010



12

Rückblick Influenza Typ A H1/N1 - KV Nordrhein / KV Westfalen-Lippe

Im Dienst der Medizin.

Anzahl der ARE-Patienten (Stand 21.01.2010)



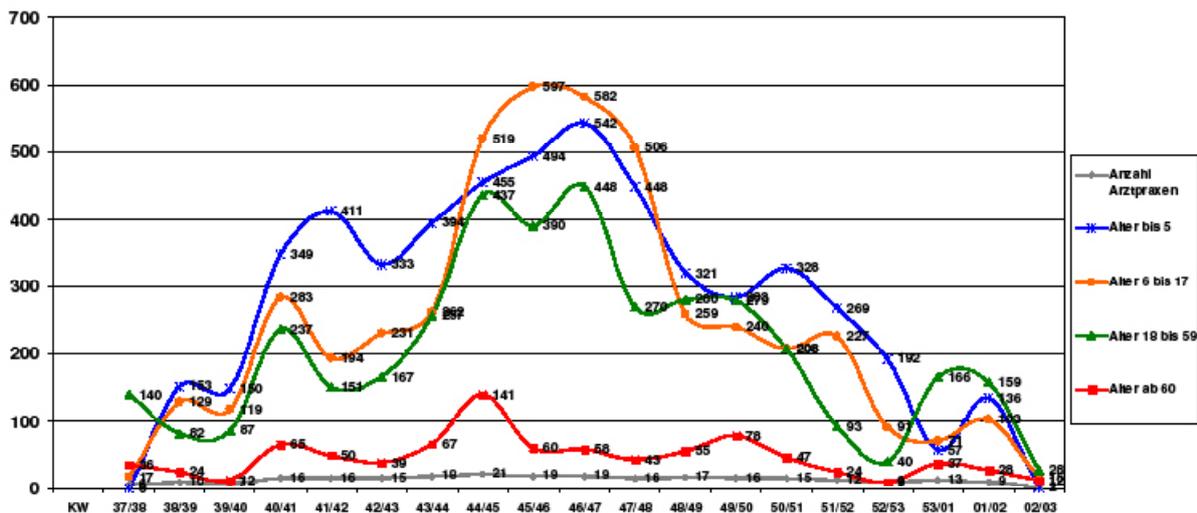
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

ARE Gesamt – pro Kalenderwoche in Bezug auf das Alter der Patienten

Angaben aus 14 Kreisen/Gesundheitsämtern und 31 Arztpraxen - Stand 21.01.2010



13

Rückblick Influenza Typ A H1/N1 - KV Nordrhein / KV Westfalen-Lippe

Im Dienst der Medizin.

Ergänzende Tabellen und Abbildungen zu Teil II

Abbildung 31: Altersverteilung übermittelte Fälle pandemischer Influenza pro 100.000 Einwohner (n=41.029)

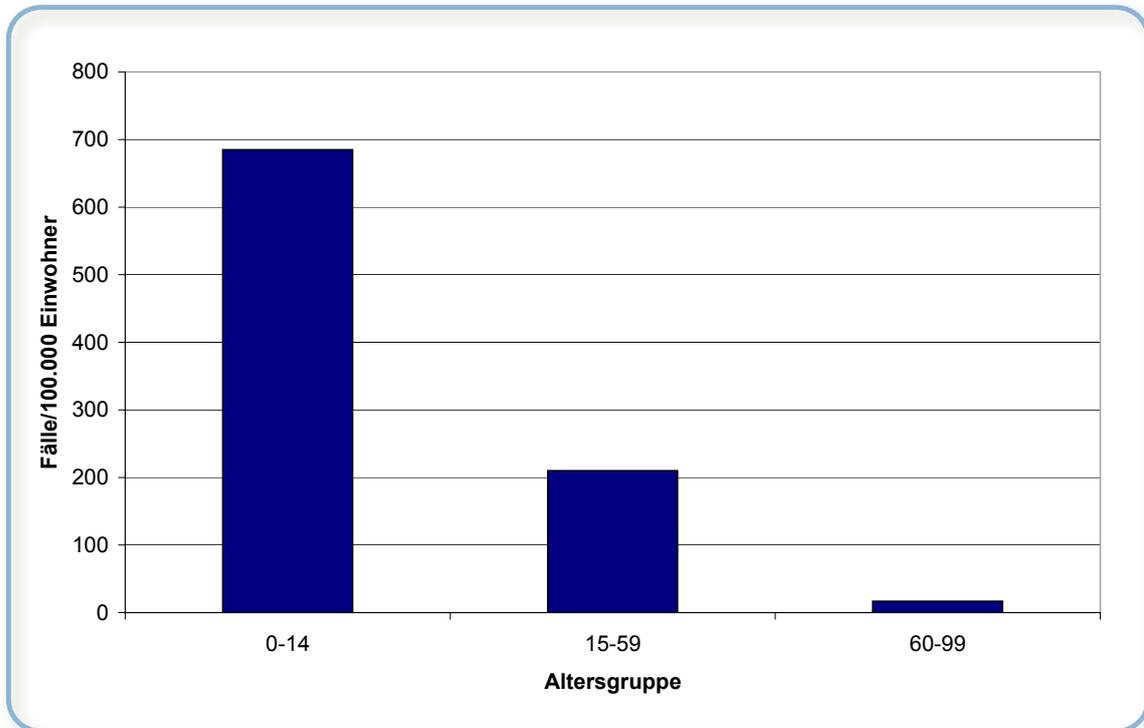


Abbildung 32: Übermittelte Fälle pandemischer Influenza (H1N1) pro 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht ohne aggregierte Fälle in NRW (n=29.269)

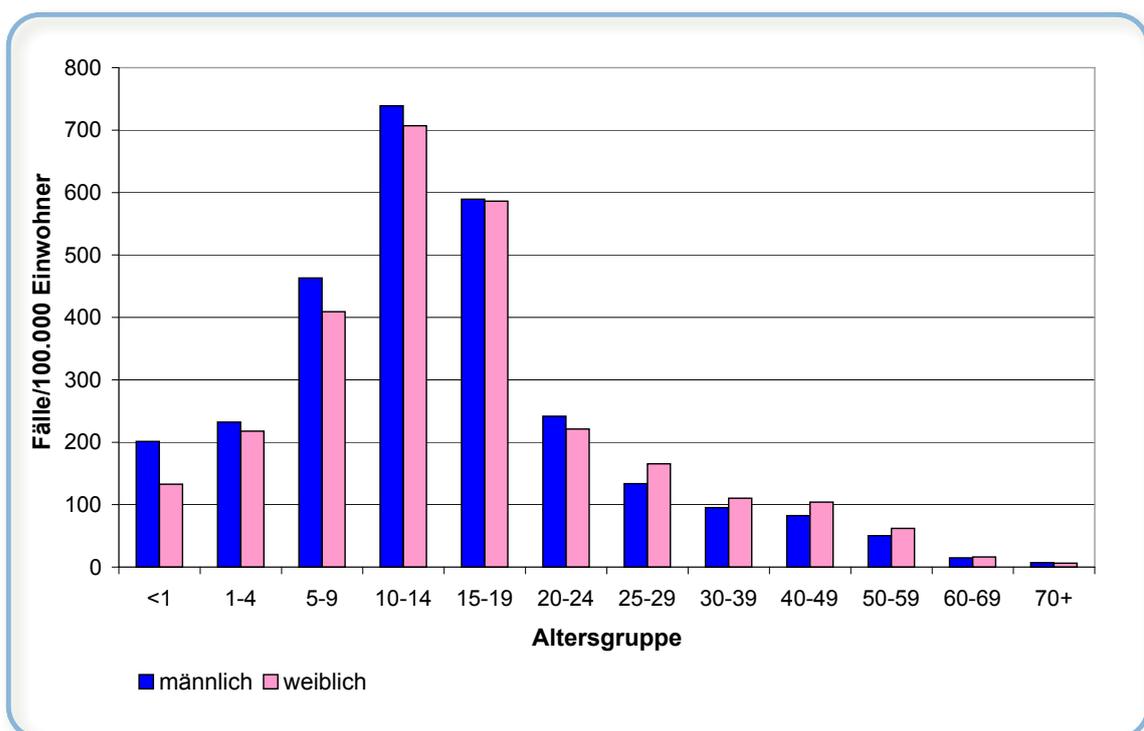


Abbildung 33: Anteil der Fälle mit Risikofaktor (n=1.776) von allen Fällen mit pandemischer Influenza in NRW (n=29.138)

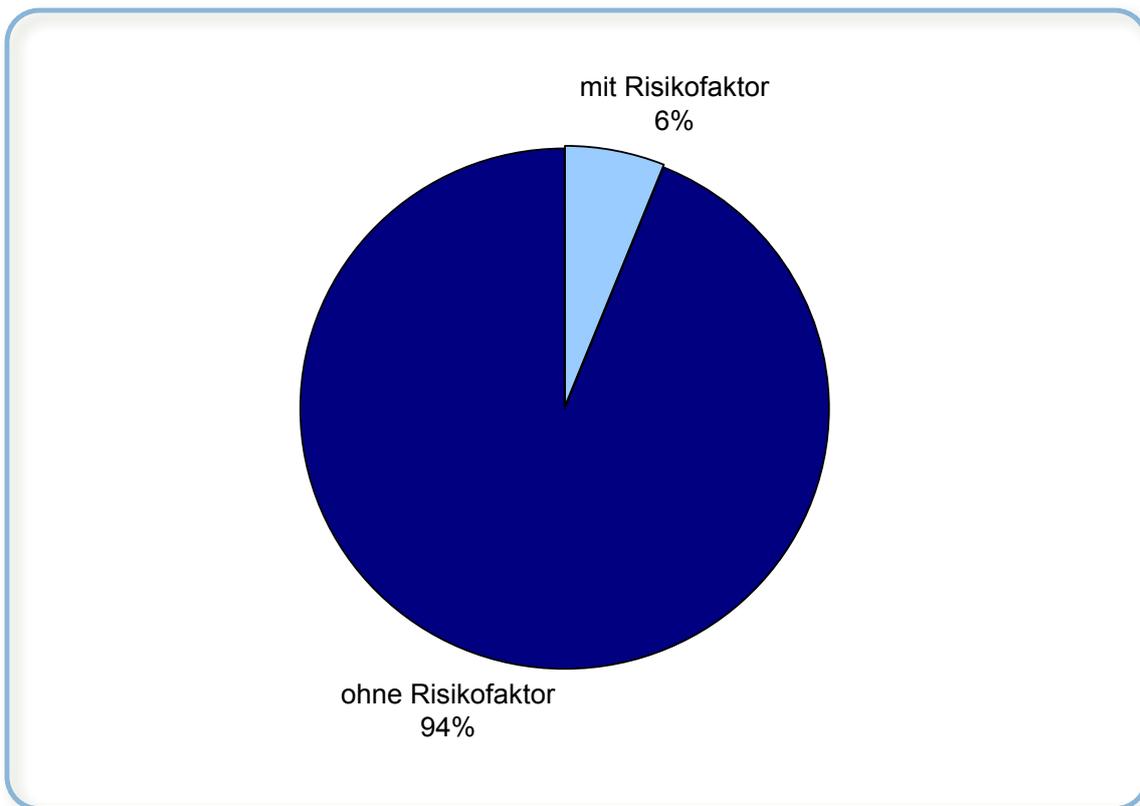


Abbildung 34: Häufigkeit der genannten Risikofaktoren bei allen Fällen pandemischer Influenza in NRW (n=1.776), Mehrfachnennungen möglich

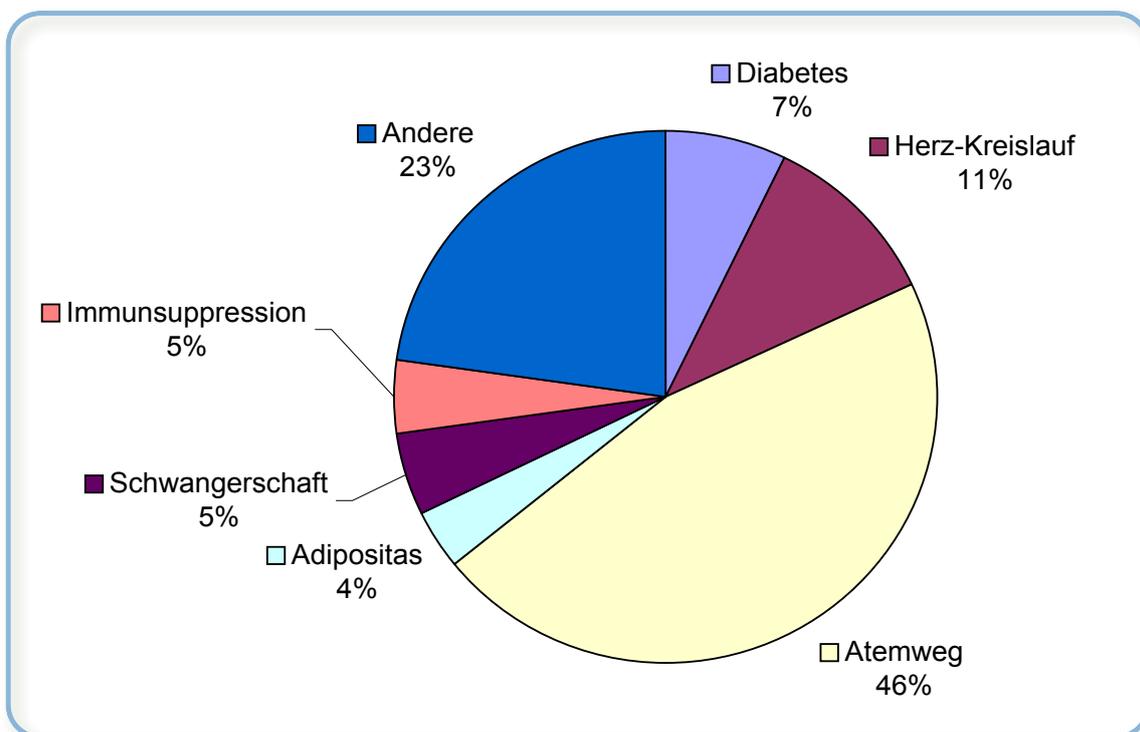


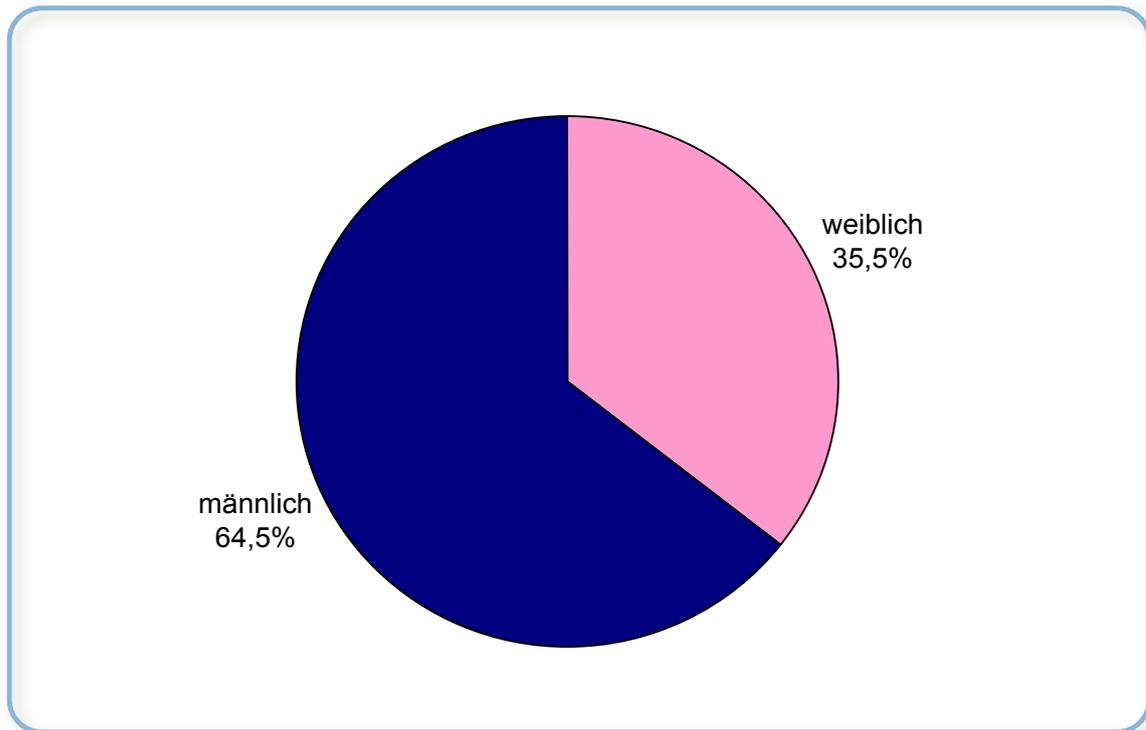
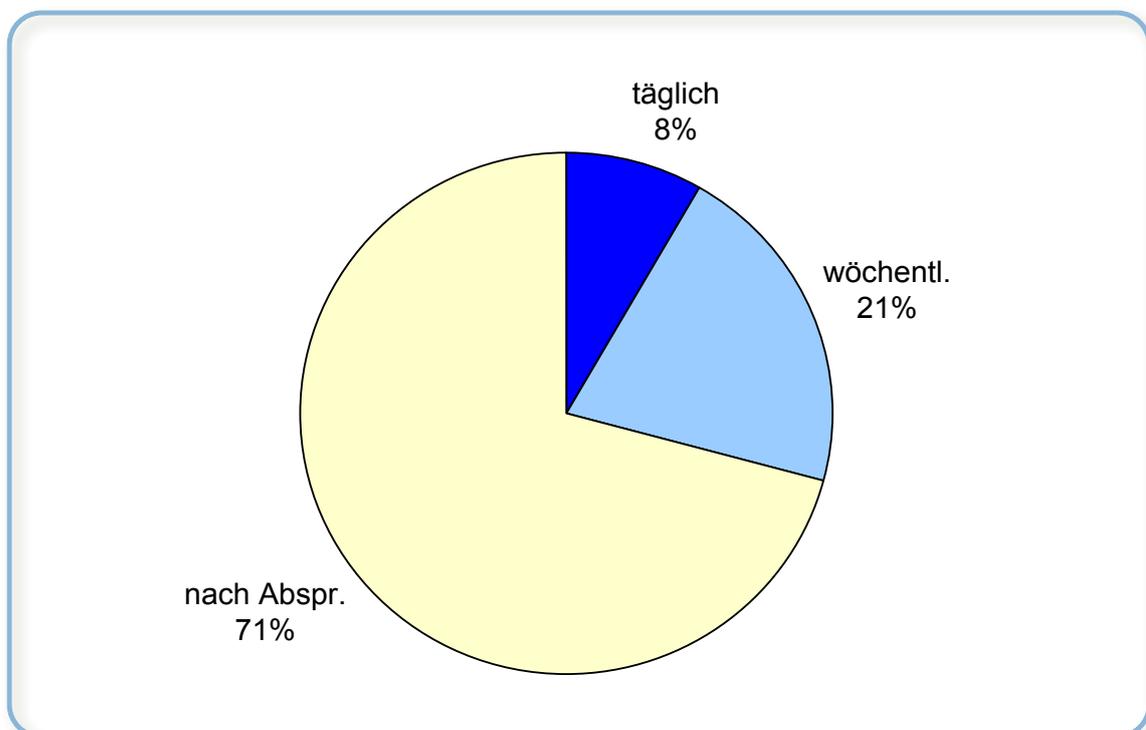
Abbildung 35: Anteil übermittelter Todesfälle nach Geschlecht (n=62)**Abbildung 36: Wie häufig traf/trifft sich der Krisenstab? (n=24) (Frage 4.5.)**

Tabelle 5: Übermittelte Fälle von pandemischer Influenza nach Kreisen in NRW der 21. KW 2009 - 20. KW 2010 (n=41.029) (RKI-Tool)

Landkreis/kreisfreie Stadt	Fälle 2009	Fälle 2010	Gesamte Saison	Inzidenz Gesamt
LK Borken	756	6	762	206
LK Coesfeld	474	2	476	216
LK Düren	339	3	342	127
LK Ennepe-Ruhr-Kreis	756	5	761	227
LK Euskirchen	338	14	352	183
LK Gütersloh	981	0	981	277
LK Heinsberg	272	3	275	107
LK Herford	978	4	982	390
LK Hochsauerlandkreis	467	9	476	175
LK Höxter	295	4	299	200
LK Kleve	377	0	377	122
LK Lippe	959	4	963	271
LK Märkischer Kreis	562	5	567	130
LK Mettmann	1.150	5	1.155	231
LK Minden-Lübbecke	634	2	636	200
LK Oberbergischer Kreis	322	5	327	115
LK Olpe	218	4	222	158
LK Paderborn	815	8	823	275
LK Recklinghausen	811	5	816	128
LK Rhein-Erft-Kreis	1.017	38	1.055	227
LK Rhein-Kreis Neuss	1.127	3	1.130	255
LK Rhein-Sieg-Kreis	2.214	10	2.224	372
LK Rheinisch-Bergischer Kreis	415	3	418	151
LK Siegen-Wittgenstein	544	0	544	190
LK Soest	414	14	428	140
LK StädteRegion Aachen	1.499	25	1.524	268
LK Steinfurt	981	14	995	224
LK Unna	1.231	6	1.237	297
LK Viersen	632	4	636	210
LK Warendorf	1.084	2	1.086	388
LK Wesel	846	6	852	180
SK Bielefeld	1.142	9	1.151	356
SK Bochum	988	8	996	263
SK Bonn	1.062	11	1.073	337
SK Bottrop	303	2	305	259
SK Dortmund	1.448	4	1.452	248
SK Duisburg	1.009	5	1.014	205
SK Düsseldorf	1.925	34	1.959	335

**noch Tabelle 5: Übermittelte Fälle von pandemischer Influenza nach Kreisen in NRW der
21. KW 2009 - 20. KW 2010 (n=41.029) (RKI-Tool)**

Landkreis/kreisfreie Stadt	Fälle 2009	Fälle 2010	Gesamte Saison	Inzidenz Gesamt
SK Gelsenkirchen	507	6	513	196
SK Hagen	328	1	329	171
SK Hamm	240	0	240	132
SK Herne	243	1	244	146
SK Köln	3.965	23	3.988	401
SK Krefeld	692	3	695	294
SK Leverkusen	331	1	332	206
SK Mönchengladbach	588	7	595	230
SK Mülheim a.d.Ruhr	167	1	168	100
SK Münster	547	4	551	201
SK Oberhausen	203	3	206	96
SK Remscheid	107	3	110	98
SK Solingen	207	3	210	130
SK Wuppertal	562	6	568	161
Gesamt	40.673	356	41.029	229

Fragebogen zur Zwischenevaluation der Neuen Influenza

Seit nunmehr acht Monaten nimmt Sie und uns das Management der durch das Neue Influenza-Virus hervorgerufenen Pandemie sehr in Anspruch, oftmals bis an den Rand der Belastbarkeit. In einer solchen Situation sind eine gute Kommunikation und ein reibungsloser Informationsfluss von großer Bedeutung. Deshalb haben wir uns entschlossen, mit Hilfe einer Zwischenevaluation herauszuarbeiten, an welchen Stellen dies nicht ganz so optimal gelaufen ist und bitten Sie herzlich um Unterstützung. Wir wünschen uns, dass wir und Sie aus dieser Befragung konkrete Veränderungsmöglichkeiten ableiten und daraus kurzfristig Abhilfe schaffen können.

Danke für die Unterstützung!

Zur Beantwortung der Fragen werden Sie etwa zwanzig Minuten Zeit benötigen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und aggregiert ausgewertet. Die Auswahlfelder können Sie mit der linken Maustaste anklicken. Sie haben aber auch die Möglichkeit, mit der Tabulatortaste von Feld zu Feld zu springen und an den entsprechenden Stellen ein „x“ zu setzen. Alternativ können Sie den Bogen ausdrucken und handschriftlich ausfüllen. Die Felder und Bewertungen sind jeweils beschriftet; k.A. = keine Angabe = Bearbeitende(r) kann/möchte die Frage nicht beantworten.

Bitte schauen Sie den Fragebogen zunächst einmal ganz durch, bevor Sie mit der Beantwortung der einzelnen Fragen beginnen. Bei einigen Fragen sowie unter Punkt 7 haben wir Platz für ergänzende Anmerkungen gelassen. Sollte dieser Platz nicht ausreichen, fügen Sie Ihre Anmerkungen bitte auf einem separaten Bogen bei.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen bis spätestens 05.02.2010 an kirsten.bradt@liga.nrw.de, per Fax an 0251/7793-290 oder per Post an das LIGA.NRW, von-Stauffenberg-Straße 36, 48151 Münster.

1. Informationsfluss

In diesem Abschnitt geht es darum, herauszufinden, ob Ihnen die für Ihre Arbeit notwendigen Informationen zur Neuen Influenza vollständig und zeitnah zugänglich waren.

1.1. Fühlten Sie sich insgesamt ausreichend über die jeweils aktuelle Situation und die damit verbundenen Maßnahmen informiert?

trifft voll zu	trifft zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
<input type="checkbox"/>				

1.2. Fühlten Sie sich ausreichend informiert von Seiten ...

	trifft voll zu	trifft zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
...des RKI?	<input type="checkbox"/>				
...der Landesregierung (MAGS)?	<input type="checkbox"/>				
...des LIGA.NRW?	<input type="checkbox"/>				
...Ihrer Bezirksregierung?	<input type="checkbox"/>				

1.3. Fühlten Sie sich in folgenden Phasen ausreichend informiert?

	trifft voll zu	trifft zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Bei Bekanntwerden der Neuen Influenza (Ende April)	<input type="checkbox"/>				
Nach Bekanntwerden der ersten Fälle in NRW (z.B. Fall- und Kontaktmanagement - Mitte Mai/ Juni)	<input type="checkbox"/>				
Vor bzw. zu Beginn der Sommerferien (z.B. Thema Reiserückkehrer - Juli)	<input type="checkbox"/>				
Zum Ende der Sommerferien (z.B. Maßnahmen in Schulen - Mitte August)	<input type="checkbox"/>				
Bis zu den Herbstferien (Vorbereitungen zur Impfung – Mitte Oktober)	<input type="checkbox"/>				

1.4. Fühlten Sie sich insgesamt zeitgerecht informiert?

trifft voll zu	trifft zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
<input type="checkbox"/>				

1.5. Zu welchem Zeitpunkt/in welcher Situation fühlten Sie sich nicht zeitgerecht informiert?

1.6. Haben alle relevanten Informationen zeitnah alle zuständigen Mitarbeiter Ihres Hauses erreicht?

trifft voll zu	trifft zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
<input type="checkbox"/>				

1.7. Gab/gibt es Hindernisse bei der Übermittlung von Informationen per E-Mail, die vom LIGA an die unteren Gesundheitsbehörden (uGB) versandt wurden/werden?

Ja	Nein	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1.8. Falls ja, nennen Sie bitte die von Ihnen vermuteten Ursachen.
(Mehrfachnennungen möglich)**

	Ja	Nein	keine Angabe
Falsche E-Mail-Adressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsche Ansprechpartner angeschrieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wenig Ansprechpartner in der uGB berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unklare Zuständigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme bei der Weiterleitung innerhalb der uGB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-Mail-Verteiler zu groß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firewall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spamfilter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dateien zu groß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serverprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene EDV-Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:			

1.9. Öffentlichkeitsarbeit

Hielten Sie eine eigene Öffentlichkeitsarbeit für erforderlich?

Ja	Nein	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Information der Öffentlichkeit erfolgte über:

Presseerklärungen	<input type="checkbox"/>
Tagespresse	<input type="checkbox"/>
Eigene Homepage	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	

2. Kommunikation

Im Folgenden geht es um mögliche Hindernisse in der Kommunikation mit Partnern und Institutionen.

2.1. Waren Ihnen die Ansprechpartner der jeweiligen Institutionen namentlich bekannt oder waren entsprechende Namenslisten vorhanden?

Waren Ihnen die entsprechenden Kontaktdaten (E-Mail, Tel.-Nr.) bekannt?

Waren die jeweiligen Ansprechpartner für Sie erreichbar?

	Ansprechpartner bekannt			Kontaktdaten bekannt			Ansprechpartner erreichbar					
	Ja	Nein	k.A.	Ja	Nein	k.A.	Ja	meistens	selten	Nie	k.A.	
im RKI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
in der Landesregierung (MAGS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
im LIGA.NRW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
in der Bezirksregierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
innerhalb der eigenen kommunalen Strukturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
in der Kassenärztlichen Vereinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
in der Ärztekammer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
bei den Primärversorgern (Krankenhaus u. niedergel. Ärzte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

2.2. Informationsquellen: Im Folgenden geht es uns um die Frage, welche Informationsquellen Sie für Ihre tägliche Arbeit nutzen konnten.

	Mir standen folgende Informationsquellen zur Verfügung:	Kreuzen Sie bitte Ihre <u>zwei</u> wichtigsten Informationsquellen an.
Internetseiten des RKI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetseiten der Landesregierung (MAGS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetseiten des LIGA.NRW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-Mails und Dokumente des LIGA.NRW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetseiten des ECDC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetseiten des CDC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetseiten der WHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachzeitschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagespresse, Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumente der eigenen Behörde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Quellen:		

3. Kontakt- und Fallmanagement

3.1. In den vergangenen Monaten haben Sie von zahlreichen Institutionen Empfehlungen und Vorgaben zum Fall- und Kontaktmanagement erhalten, die mehrfach aktualisiert wurden. Daran waren verschiedene Institutionen beteiligt. Gab es Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Vorgaben ...

	trifft voll zu	trifft zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
... des RKI?	<input type="checkbox"/>				
... der Landesregierung (MAGS, Schulministerium, IM u.a.)?	<input type="checkbox"/>				
... des LIGA.NRW?	<input type="checkbox"/>				
... der Bezirksregierung?	<input type="checkbox"/>				

3.2. Was waren die Gründe? Mehrfachnennungen möglich, Ergänzungen erwünscht.

in der Praxis nicht oder schwer umsetzbare Empfehlungen

widersprüchliche Aussagen verschiedener Institutionen

unverständliche Dokumente

widersprüchliche Aussagen in verschiedenen Dokumenten

den Betroffenen nicht vermittelbare Empfehlungen

Widerstand bei den Betroffenen

mangelnde Kooperationsbereitschaft bei Partnern (z.B. Ärzteschaft)

Personalmangel

Finanzierungsfragen

Andere Gründe/ Erläuterungen:

Mit welchen Vorgaben/ Empfehlungen hatten Sie die größten Schwierigkeiten?

4. Krisenstabsstrukturen

4.1. Wurde in Ihrer uGB ein Lagezentrum eingerichtet?

Ja	Nein	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2. Wenn ja, ab welcher Pandemie-Phase?

Phase 4	Phase 5	Phase 6	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3. Wurde auf kommunaler Ebene der Krisenstab aktiviert?

Ja	Nein	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4. Wenn ja, ab welcher Pandemie-Phase und welcher Kalenderwoche?

	Phase 4	Phase 5	Phase 6	keine Angabe
Kalenderwoche: __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.5. Wie häufig traf/trifft sich der Krisenstab?

	täglich	wöchentlich	nach Absprache	keine Angabe
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.6. Ist der Krisenstab derzeit aktiviert?

ja, durchgehend	ja, erneut aktiviert	nein	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Arbeitsbelastung**5.1. Wie viele Neue Influenza-Fälle hatte Ihre Behörde bis zum 31.12.2009 zu bearbeiten? (ggf. Schätzung)**

übermittelte Fälle:

Nicht übermittelte Fälle *:

*d.h. Verdachtsfälle und Fälle, die nicht die Falldefinition erfüllten

Ausbruchsgeschehen: *davon*

familiäre Häufungen:

Schulen:

sonstige Gemeinschaftseinrichtungen:

5.2. Wie viele Stellen stehen Ihnen für den Bereich Infektionsschutz zur Verfügung?

Stellen

Ergänzende Angaben:

5.3. Waren/sind darüber hinaus weitere Mitarbeiter Ihrer Behörde an der Bewältigung der anfallenden Arbeiten im Zusammenhang mit der Neuen Influenza beteiligt?

Ja	Nein	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wie viele?

5.4. Wurden aufgrund der Influenza-Pandemie zusätzliche Dienste eingerichtet?

	Ja	Nein	keine Angabe
Rufbereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wochenenddienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schichtdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.5. Sind im Rahmen des Pandemiemanagement in nennenswertem Umfang Überstunden angefallen?

Ja	Nein	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls ja, in welcher Größenordnung?

5.6. Wurde eine Urlaubssperre angeordnet?

Ja	Nein	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt?

6. Ausblick / Verbesserungen

6.1. Wäre es hilfreich, wenn alle das Thema betreffende Informationen von Seiten des LIGA.NRW von einem Absender versandt würden (z.B. akut@liga.nrw.de)?

Ja	Nein	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.2. Gibt es bei Ihnen eine für alle Mitarbeiter des Bereiches gemeinsame E-Mail-Adresse? (z.B. infektionsschutz@stadt-...de)

Ja	Nein	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3. Wenn ja, wie häufig wird diese E-Mail-Adresse gesichtet?

Mehrfach täglich	Täglich	2-3 mal wö- chentlich	1 mal wö- chentlich	keine Anga- be
<input type="checkbox"/>				

6.4. Sollten Ihrer Meinung nach alle uGB eine spezielle E-Mail-Adresse für den Pandemiefall einrichten/vorhalten?

Ja	Nein	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.5. Ist die Übermittlung von wichtigen/relevanten Informationen via E-Mail aus Ihrer Sicht der richtige Weg?

Ja	Nein	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls nein, welcher Weg ist aus Ihrer Sicht besser geeignet?

6.6. Wurde in Ihrer Kommune der Pandemieplan aufgrund der Neuen Influenza ergänzt/überarbeitet?

ja	nein	ist in Planung	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls „ja“ oder „in Planung“: In welchen Punkten?

7. Anmerkungen

7.1. Wurde/wird Ihrer Meinung nach ...

	Ja	Nein	keine Angabe
... die Bedeutung der Neuen Influenza überschätzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf die jeweilige Pandemiesituation/ -stufe angemessen reagiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2. Hier haben Sie die Möglichkeit, eigene Anmerkungen zu machen. Einige Beispielfragen:

Was hätte besser laufen können?

Welche Veränderungen wünschen Sie sich?

Was hat Sie geärgert?

8. Fragen zur Person, die den Fragebogen beantwortet

8.1. Welche Qualifikation/Funktion haben Sie? (Mehrfachnennung möglich)

- Ärztin/Arzt
- Gesundheitsaufseherin/Gesundheitsaufseher
- Hygieneinspektorin/Hygieneinspektor
- Amtsleiterin/Amtsleiter
- Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Verwaltung
- Andere:

8.2. Wie viele Jahre sind Sie schon im Infektionsschutz tätig?

- Jahre keine Angabe

8.3. Gehören Sie zu einer Stadt oder einem Landkreis?

- Stadt Landkreis keine Angabe

Kontaktdaten für Rückfragen: (freiwillige Angabe)

Herzlichen Dank für Ihre Geduld und Mühe beim Ausfüllen dieses Fragebogens. Sie haben uns damit sehr geholfen!

Wir werden uns bemühen, die Auswertung nach Eingang aller Fragebögen baldmöglichst abzuschließen und Ihnen das Ergebnis mitzuteilen. Darüber hinaus hoffen wir, Ihre Kritik zügig in konkrete Verbesserungen umsetzen zu können.

Die Projektgruppe Pandemie des LIGA.NRW

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

Westerfeldstraße 35/37
33611 Bielefeld
Telefon: 0521 8007-0
Telefax: 0521 8007-3200
poststelle@lzg.gc.nrw.de
www.lzg.gc.nrw.de

