

Antrag

der Abg. Bärbl Mielich u. a. GRÜNE

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Arbeit und Soziales

Ständig neue Virenstämme – Aufklärung und Prävention stärken

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen,

I. zu berichten,

1. wie viele neue Virenstämme seit Beginn des neuen Jahrtausends entdeckt wurden und im Land als Influenza zum Ausbruch kamen – differenziert nach Virustyp, Fallzahl und regionalem Auftreten;
2. wie sie das Gefahrenpotenzial einer durch den neuen Subtyp von A/H1N1, den Schweinegrippevirus, verursachten Influenza-Pandemie einschätzt und welche Vorkehrungen im Rahmen des Pandemieplans des Bundes und des Landes Baden-Württemberg sowie darüber hinaus seit Identifizierung des Virus im Land von welchen Akteuren getroffen wurden;
3. welche Konsequenzen sie aus der Vogelgrippepandemie gezogen hat, insbesondere im Hinblick auf eine flächendeckende und sachgerechte Bevorratung von Medikamenten, z. B. Tamiflu, Relenza u. a., für den Bedarfsfall;
4. ob der Impfstoff gegen den Erreger A/H1N1 der diesjährigen Grippesaison auch gegen den Erreger der Schweineinfluenza einen Impfschutz bietet und in welchem Umfang dieser gegebenenfalls für bisher nicht Geimpfte kurzfristig zur Verfügung gestellt werden kann;
5. welche Materialien oder anderen Angebote das Landesgesundheitsamt (LGA) zurzeit einsetzt oder plant, um über neue Krankheitserreger und die potenziellen Gefahren einer Influenzainfektion zu informieren und aufzuklären, differenziert nach den Zielgruppen Bürgerinnen und Bürger allgemein, ältere Menschen, Eltern, Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen;

6. wie das LGA seinen Aufgaben gesundheitliche Prävention, Gesundheitsschutz, Hygiene und Infektionsschutz im Kontext des Schweinegrippevirus nachkommt, welche Empfehlungen zur Reduzierung des Risikos einer Ansteckung mit übertragbaren Erkrankungen es ausspricht und in welcher Form es diese verbreitet;
7. inwieweit der Beschluss der GMK vom Dezember 2005 im Land umgesetzt wurde, nach dem alle verantwortlichen Institutionen und Ebenen, insbesondere die Ärzteschaft, die Krankenhäuser sowie Rettungs- und Hilfsdienste aufgefordert wurden, in ihrem Bereich Vorbereitungen für den Fall einer drohenden Grippepandemie zu treffen;

II.

1. schnellstmöglich ein Konzept vorzulegen, das die Gesundheitsämter in die Lage versetzt, Impfkampagnen in Kindergärten, Schulen und im öffentlichen Raum insgesamt durchzuführen, sobald ein geeigneter Impfstoff gegen den neuen Erreger A/H1N1 gefunden oder entwickelt ist;
2. den Bestand an Vorräten von Medikamenten gegen den „Neuen Virus“ im Land lückenlos darzulegen und dafür zu sorgen, dass dieser Bestand auf ein Niveau angehoben bzw. gehalten wird, mit dem mindestens 20 % der Bevölkerung versorgt werden können;
3. über das Gesundheitsministerium, das LGA, die Regierungspräsidien und die Landratsämter eine Aufklärungskampagne „Hygiene und Gesundheit“ zu starten und darauf hinzuwirken, dass alle Bürgerinnen und Bürger, insbesondere aber die Kinderbetreuungseinrichtungen und die Schulen im Land, Informationsmaterialien und Maßnahmen der Gesundheits- und Hygieneprävention zur aktivierenden Selbstvorsorge zur Verfügung gestellt bekommen.

30.04.2009

Mielich, Lösch, Sckerl, Walter, Pix GRÜNE

Begründung

In den letzten Jahren werden immer mehr neue Viren bekannt, deren rapide Verbreitung die Angst vor Epidemien und Pandemien schürt. Im Fall des als Schweinegrippevirus bekannt gewordenen „Neuen Virus“ des Subtyp A/H1N1 spricht die WHO bereits von einer drohenden Pandemie: Im Ausgangsland Mexiko haben sich erste Meldungen über bereits mehr als 150 Todesfälle durch den neuen Virus zwar nicht bestätigt – nur in sieben Fällen wurde der Virus (Stand Ende April) nachgewiesen. Die anderen Opfer erlagen einer Infektion mit bereits bekannten Influenzaviren. Dennoch müssen sich die Staaten weltweit vorbereiten, erste Infektionen werden inzwischen auch in Europa gemeldet, drei Fälle bislang (29. April) in Deutschland. Anlass zu Sorge gibt, dass bei der aktuellen Schweinegrippe in Mexiko vor allem junge Menschen betroffen sind.

Angesichts dieser Lage und der zu erwartenden weiteren Verbreitung des „Neuen Virus“ müssen Politik und Medien sachgerecht und besonnen agieren. Angst und Panikmache sind schlechte Ratgeber. Aufklärung und Prävention tun dagegen Not. Auch wenn das Wissen über die Eigenschaften des „Neuen Virus“ und die Art seiner Verbreitung noch lückenhaft ist, muss sich das Land bis in die entlegenste Kommune vorbereiten, um gegebenenfalls rechtzeitig Gegenmaßnahmen treffen zu können.

Transparenz, Information und Prävention sind dabei der Schlüssel für einen offensiven aber sachlichen Umgang mit der nach Angaben der WHO nicht mehr

zu stoppenden Grippeerkrankung. Wir halten es für dringend erforderlich, die Öffentlichkeit frühzeitig und umfassend zu informieren und aufzuklären.

„Hygieneerziehung“ und „Gesunde Lebensführung“ sind Themen, die insbesondere in den Kinderbetreuungseinrichtungen und in den Schulen des Landes ab sofort thematisiert und eingeübt werden müssen.

Die dazu erforderlichen Informationsmaterialien müssen aktualisiert und bereitgestellt werden. Information über Schutzmaßnahmen und Tipps, wie vom Robert-Koch-Institut empfohlen, müssen gezielt an alle Bürgerinnen und Bürger, insbesondere an potenziell besonders Gefährdete wie beispielsweise Reisende in öffentlichen Einrichtungen und über die Medien verteilt werden.

Das Robert-Koch-Institut und die Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister der Länder haben schnell reagiert. Dennoch bleiben viele Fragen offen. Insbesondere hinsichtlich der Umsetzung des Influenzapandemieplans Baden-Württemberg und von Notfallplänen vor Ort besteht erheblicher Abstimmungsbedarf im Land. Auch hinsichtlich des Medikamentenvorrats bestehen Zweifel, ob das Land adäquat bis in den ländlichen Raum für einen möglichen Pandemiefall gerüstet ist.

Stellungnahme

Mit Schreiben vom 20. Mai 2009 Nr. 5-0141.5/14/4430 nimmt das Ministerium für Arbeit und Soziales zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen,*

I. zu berichten,

1. wie viele neue Virenstämme seit Beginn des neuen Jahrtausends entdeckt wurden und im Land als Influenza zum Ausbruch kamen – differenziert nach Virustyp, Fallzahl und regionalem Auftreten;

Die verfügbaren Daten zur Influenza-Überwachung basieren vorrangig auf zwei Quellen.

1. Im Sentinelsystem der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) wird das Auftreten von akuten Atemwegserkrankungen in der Praxis niedergelassener, ehrenamtlich mitarbeitender Ärztinnen und Ärzten wöchentlich gemeldet (Saison 2007/2008: 863 Ärztinnen und Ärzte aus 710 Praxen). Die AGI zieht außerdem Informationen über die virologische Analyse von Influenzaviren aus einer Subgruppe der Patienten mit Influenza-typischen Erkrankungen sowie von Influenza-Isolaten, die von deutschen Landesuntersuchungsämtern oder Universitäten an das Nationale Referenzzentrum für Influenza am Robert Koch-Institut (NRZ) geschickt werden.

2. Den nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) von den Gesundheitsämtern erhobenen Meldedaten zu Influenza-Erregernachweisen aus dem gesamten Bundesgebiet.

Beide Verfahren zur Überwachung der Influenza-Häufigkeit beruhen auf Stichproben. Die Angabe einer Fallzahl aller in einer Influenza-Saison (jeweils ab der 40. Kalenderwoche und endend mit der 15. KW des Folgejahres) an Influenza Erkrankten, bundesweit oder regional, ist deshalb nicht möglich.

Die Ergebnisse der bundesweiten Influenza-Surveillance der AGI seit Beginn der Influenza-Saison 2000/2001 sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Die angegebenen Werte sind, bis auf die Saison 2001/2002, in der Influenza A/H1N2 aufge-

treten war, gerundet. Dadurch müssen die Summen nicht immer 100 Prozent ergeben. Die Werte für die Saison 2008/2009 wurden vom Landesgesundheitsamt (LGA) vorläufig berechnet.

Zur Erläuterung ist hinzuzufügen, dass es verschiedene Typen von Influenza-Viren gibt. Influenza A- und B-Viren sind für Infektionen beim Menschen von größerer Bedeutung. Bei Influenza A können verschiedene H- und N-Subtypen, bei Influenza B verschiedene Virusstämme serologisch differenziert werden. Bei dem in der Tabelle dargestellten Influenza A/H1N1 handelt es sich nicht um den Erreger der Neuen Grippe (sogenannte Schweinegrippe).

Tabelle 1: Ergebnisse der bundesweiten Influenza-Surveillance der AGI

Influenza-Saison / Jahr	A(H3N2)	A(H1N1)	A(H1N2)	B
2000/2001	0,3	95,2	0	4,5
2001/2002	46,6	0,1	0,3	53
2002/2003	86,1	0	0	13,9
2003/2004	99	0	0	1
2004/2005	54	26	0	20
2005/2006	20	10	0	70
2006/2007	84,9	13,6	0	1,5
2007/2008	1	51	0	48
2008/2009	72,3	6,4	0	21,3

Die Anzahl der von den Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg in den Meldejahren (nicht: Influenza-Saisons) seit 2001 übermittelten Erregernachweise ist in Tabelle 2 dargestellt. Nach § 7 Abs. 1 Ziff. 24 besteht eine Meldepflicht nur für den direkten Nachweis von Influenza-Viren. Vom behandelnden Arzt klinisch diagnostizierte, aber nicht labordiagnostisch gesicherte Influenza-Erkrankungen gehen deshalb nicht in die Statistik ein.

Die Entwicklung der Gesamtzahl der Influenza-Erregernachweise von 2001 bis 2009 deutet neben jährlichen Schwankungen in der Intensität des Influenza-Geschehens auf eine Zunahme der Häufigkeit hin, mit der Influenza-Erregernachweise insgesamt durchgeführt werden. Dies findet seinen Ausdruck auch in der bevölkerungsbezogenen Häufigkeit der aus den Kreisen in Baden-Württemberg übermittelten Anzahl der Influenza-Erregernachweise je 100.000 Einwohner, die für die Jahre von 2001 bis 2009 in Tabelle 3 dargestellt ist (s. Tabellen 2 und 3).

Als fachliche Leitstelle für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg befasst sich das LGA seit mehreren Jahren intensiv mit der Bewertung der aktuellen Situation von Influenza A und Influenza B im Land, um neu auftretende Influenza-Subtypen und -Varianten zu charakterisieren und dadurch eine Risikobewertung der aktuellen Situation durchführen zu können. Tabelle 4 gibt Aufschluss über Art und Anzahl der seit der Influenza-Saison 2000/2001 in Baden-Württemberg nachgewiesenen Varianten von Influenza A und B.

Tabelle 2: Übermittelte Anzahl der Influenza-Erregernachweise und positive Erregernachweise pro 100.000 Einwohner (Inzidenz), nach Influenza-Virustyp und Meldejahr in Baden-Württemberg.

Erreger		Kalenderjahr								
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Influenza A Virus	Anzahl	318	152	492	350	1135	175	2016	1040	2531
	Inzidenz	3	1,43	4,6	3,27	10,57	1,63	18,75	9,67	23,54
Influenza Virus ohne Differenzierung nach A oder B	Anzahl	0	5	340	107	331	83	428	116	173
	Inzidenz	0	0,05	3,18	1	3,08	0,77	3,98	1,08	1,61
Influenza B Virus	Anzahl	5	213	88	15	314	82	52	1035	1201
	Inzidenz	0,05	2	0,82	0,14	2,92	0,76	0,48	9,63	11,17
Influenza C Virus	Anzahl	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Inzidenz									0,01
Gesamt	Anzahl	323	370	920	472	1780	340	2496	2191	3906

Tabelle 3: Übermittelte Anzahl der positiven Influenza-Erregernachweise pro 100.000 Einwohner (Inzidenz), nach Kreisen und Meldejahr in Baden-Württemberg.

Landkreis	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LK Alb-Donau-Kreis	10,7	7,44	17,98	3,69	9,46	6,31	9,99	11,57	38,38
LK Biberach	6,5	2,69	4,81	6,39	5,83	1,59	30,67	11,63	23,27
LK Böblingen	0,54	12,96	25,83	12,36	45,95	5,37	32,73	42,66	58,22
LK Bodenseekreis	0,5	3,95	9,83	7,34	12,66	13,12	21,28	17,41	45,95
LK Breisgau-Hochschwarzwald	1,65	0,82	14,98	8,86	9,62	0,8	22,78	16,79	35,97
LK Calw	0	0	4,95	4,33	9,31	8,73	12,53	51,99	63,27
LK Emmendingen	2,62	0,65	10,96	7,69	5,1	10,81	19,67	4,44	24,11
LK Enzkreis	0	0	0,51	0	2,04	0,51	1,53	7,16	23,53
LK Esslingen	1,78	4,12	18,18	2,92	16,72	3,7	26,24	34,6	69,58
LK Freudenstadt	0	0	0,82	0	22,84	1,64	49,23	11,49	15,59
LK Göppingen	2,72	1,16	2,71	4,26	48,88	3,5	26,19	36,36	31,66
LK Heidenheim	5,11	2,92	0,73	6,63	3,7	2,98	5,25	6,74	35,22
LK Heilbronn	1,85	4,29	17,1	2,13	6,37	1,52	26,64	25,13	53,59
LK Hohenlohekreis	9,18	6,39	4,56	0,91	16,41	0,91	23,66	16,38	40,95
LK Karlsruhe	2,36	2,11	0,23	0,93	9,78	0,93	11,59	5,56	15,06
LK Konstanz	0	0,74	1,1	3,28	12,74	4,37	33,44	15,27	46,89
LK Lörrach	0	1,81	2,26	4,53	23,94	5,41	31,91	45,84	80,89
LK Ludwigsburg	2,98	4,14	8,83	4,69	22,99	3,11	29,51	21,74	26,59
LK Main-Tauber-Kreis	7,27	0	0,73	0,73	15,3	3,67	8,12	1,48	14,77
LK Neckar-Odenwald-Kreis	6	0	0	0	0,66	0	0,67	0,67	6,69
LK Ortenaukreis	3,4	8,72	2,17	7,46	7,2	1,68	47,16	11,01	24,42
LK Ostalbkreis	0,95	0	1,89	0	9,16	1,27	15,26	11,12	16,53
LK Rastatt	2,23	11,07	18,53	3,52	24,96	5,7	23,69	27,64	43,43

Landkreis	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LK Ravensburg	1,48	0,73	2,56	1,82	8,34	3,26	31,11	14,83	18,09
LK Rems-Murr-Kreis	6,3	2,16	7,68	2,16	13,65	4,31	26,37	26,85	48,19
LK Reutlingen	9,67	6,41	4,97	1,77	19,15	1,42	32,67	13,85	22,37
LK Rhein-Neckar-Kreis	0	1,7	2,82	1,5	11,05	0,94	19,07	9,16	15,33
LK Rottweil	0	1,41	3,51	2,11	35,17	0	4,95	19,07	23,31
LK Schwäbisch Hall	14,98	31,88	0,53	12,17	52,22	9,51	41,74	28	94,56
LK Schwarzwald-Baar-Kreis	0,47	0,94	0,94	1,89	4,73	0,95	5,72	2,86	4,77
LK Sigmaringen	8,23	1,49	0,75	0	3,75	0,75	21,15	9,06	12,08
LK Tübingen	0	6,57	6,06	3,24	39,73	2,3	26,67	26,21	29,89
LK Tuttlingen	8,22	0,74	37,89	30,36	39,17	10,35	33,26	26,61	35,48
LK Waldshut	0	1,2	5,99	4,18	9,57	2,99	29,9	29,31	27,51
LK Zollernalbkreis	0,52	0,52	0,52	1,04	8,3	0,52	29,24	34,46	33,94
SK Baden-Baden	0	1,86	0	1,84	3,66	0	1,82	7,29	9,12
SK Freiburg i. Breisgau	5,28	1,9	21,65	15,89	19,45	5,52	36	20,96	49,67
SK Heidelberg	0	0,7	2,1	0,7	10,49	0,69	15,83	11,01	5,51
SK Heilbronn	0	0	0,83	0	2,47	0,82	29,6	24,67	52,62
SK Karlsruhe	7,15	3,2	9,91	5,63	9,46	0,7	3,46	7,96	39,46
SK Mannheim	0,65	0,65	0,65	0	1,62	1,95	19,37	13,88	30,67
SK Pforzheim	0	0	0	2,52	0,84	0,84	6,7	1,67	8,37
SK Stuttgart	5,79	9,86	30,89	7,79	39,49	3,87	30,48	45,21	64,14
SK Ulm	15,21	2,52	9,18	5	4,97	6,62	4,12	19,76	42,82

Tabelle 4: In Baden-Württemberg nachgewiesene Influenza-Virusvarianten nach Saison und Anzahl der Einsendungen an das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg für die Influenza-Saisons 2000/2001 bis 2008/2009

SAISON	Influenza A Anzahl	Beobachtete Varianten	Influenza B Anzahl	Beobachtete Varianten
2000/2001	189	H1N1 A/New Caledonia/20/99-like	2	B/Beijing/184/93-like
2001/2002	110	H3N2 A/Panama/2007/99-like	144	B/Hongkong/330/99-like
2002/2003	keine Daten*		keine Daten*	
2003/2004	168	H3N2 A/Fujian/411/02-like	0	
2004/2005	440	H1N1 A/New Caledonia/20/99-like H1N1 A/Shantou/1219/04-like H3N2 A/Wellington/01/04-like H3N2 Wyoming/03/03-like	87	B/Hongkong/330/01-like B/Jiangsu/10/03-like
2005/2006	77	H3N2 A/Wellington/01/04-like H1N1 A/California/7/04-like	14	B/Malaysia/06/04-like
2006/2007	332	H3N2 A/Wisconsin/67/05-like H1N1 A/New Caledonia/20/99-like	4	B/Jiangsu/190/63-like
2007/2008	146	H1N1 A/Solomon Islands/3/06-like H1N1 A/Fukushima/141/06-like H1N1 A/Brisbane/59/07-like	120	B/Florida/4/06-like
2008/2009	262	H3N2 A/Brisbane/10/07-like	68	B/Victoria/2/87-like

* im Jahr 2002/2003 wurde die Influenza-Surveillance am LGA ausgesetzt

2. wie sie das Gefahrenpotenzial einer durch den Subtyp von A/H1N1, den Schweinegrippevirus, verursachten Influenzapandemie einschätzt und welche Vorkehrungen im Rahmen des Pandemieplans des Bundes und des Landes Baden-Württemberg sowie darüber hinaus seit Identifizierung des Virus im Land von welchen Akteuren getroffen wurden;

Die Phasendefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Entwicklung einer Influenza-Pandemie unterscheidet zwischen Interpandemische Periode (Phasen 1 und 2) Pandemischer Warnperiode (Phasen 3 bis 5) und Pandemischer Periode (Phase 6). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am 27. April 2009 die Phase 4 und am 29. April 2009 die Phase 5 der pandemischen Warnphase ausgerufen. Die Phase 5 ist wie folgt charakterisiert:

„Große(s) Cluster; die Ausbreitung von Mensch zu Mensch ist weiter begrenzt; es muss davon ausgegangen werden, dass das Virus besser an den Menschen angepasst, jedoch nicht optimal übertragbar ist.“

Das erstmals im April 2009 in Amerika aufgetretene neue Influenzavirus (A/H1N1), das genetische Abschnitte von Schweine-, Vogel- und Menschenviren in sich trägt, ist in der Lage, sich von Mensch zu Mensch zu übertragen. Bis 15. Mai 2009 waren insgesamt neun Erkrankungsfälle aus Mexiko und ein Fall aus den USA nach Deutschland eingeschleppt worden. Vier Übertragungen sind in Deutschland aufgetreten. All diese Erkrankungen in Deutschland sind mild verlaufen. In Anbetracht dieser Entwicklung besteht für die Bevölkerung derzeit keine allgemeine Gefährdung durch die neue Grippe. Insofern sieht das Robert Koch-Institut (RKI) eine gewisse Stabilisierung. Nach wie vor kann jedoch keine Entwarnung gegeben werden. Diese Auffassung wird von der Landesregierung geteilt.

In der gegenwärtigen Situation kommt es insbesondere darauf an, die möglichen Infektionsherde einzudämmen. Hierbei kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst die wichtige Aufgabe zu, Erkrankte und Verdachtsfälle frühzeitig zu erfassen, den betroffenen Personen und Einrichtungen die notwendigen Maßnahmen zum Infektionsschutz der Bevölkerung bzw. des medizinischen Personals zu empfehlen und ihre Einhaltung zu überwachen.

3. welche Konsequenzen sie aus der Vogelgrippepandemie gezogen hat, insbesondere im Hinblick auf eine flächendeckende und sachgerechte Bevorratung von Medikamenten, z. B. Tamiflu, Relenza u. a., für den Bedarfsfall;

Die Sorge vor dem Entstehen einer neuen Influenzapandemie bestand bereits vor dem Auftreten der Vogelgrippe (aviäre Influenza). Die Vogelgrippe, auch Geflügelpest genannt, bezeichnet eine Erkrankung durch Vogel-Influenzaviren (A/H5N1). Sie ist hauptsächlich eine Krankheit des Tieres. Nach allgemeiner Auffassung konnte das H5N1-Virus bislang keine Pandemie auslösen, da dem Erreger bisher die Eigenschaft einer effektiven Übertragung von Mensch zu Mensch fehlt. Nach der Auswertung der WHO sind seit 2003 weltweit 408 Personen an der Vogelgrippe erkrankt. Die Zahl der Todesfälle beträgt 255.

Die erforderlichen Maßnahmen zur Bekämpfung einer Influenzapandemie ergeben sich aus dem Nationalen Pandemieplan von Bund und Ländern, der zuletzt im Mai 2007 fortgeschrieben wurde. Die darin für Baden-Württemberg vorgesehenen Aufgaben werden im Influenza-Pandemieplan des Landes konkretisiert. In diesem Zusammenhang wird auf folgende Punkte hingewiesen:

Phasenspezifische Aufgaben

Der Nationale Pandemieplan enthält für alle Akteure (Bund, Länder und andere) phasenspezifische Aufgaben. Für den Bund und die Länder sind folgende Aufgaben in der Phase 5, in der wir uns gegenwärtig befinden, vorgesehen:

- Prüfung und gegebenenfalls Anpassung der Präventionsstrategie an die aktuelle Situation
- Aktivierung des virologischen Surveillancesystems

- Festlegung der Medien- und Informationsstrategie
- Bereitstellung von Informationsmaterialien für verschiedene Zielgruppen der Fach- und Laienöffentlichkeit

Im Hinblick auf die Erledigung dieser Aufgaben wird Folgendes angemerkt:

- Zur Information über die sich rasch entwickelnde Situation zur neuen Influenza A/H1N1 steht ein umfangreiches Informationsangebot zur Verfügung. Hierzu gehören insbesondere zwischen Bund und Ländern abgestimmte Dokumente, die fortlaufend weiter entwickelt werden. Landesspezifische Besonderheiten sind bezüglich der neuen Influenza A/H1N1 zurzeit nicht erkennbar. Insoweit bilden zwischen Bund und Ländern abgestimmte Maßnahmen, die ständig an die jeweilige Erkenntnislage angepasst werden, die Grundlage für die Information der Öffentlichkeit. Diese Empfehlungen sind auf der Internetseite des Ministeriums für Arbeit und Soziales eingestellt.
- Das Nationale Referenzzentrum für Influenza am Robert Koch-Institut hat ein molekularbiologisches Nachweisverfahren für die neue Influenza A/H1N1 erarbeitet. Dieses Verfahren wurde auch am Landesgesundheitsamt etabliert, damit die Abklärung der Verdachtsfälle schnell erfolgen kann (s. auch die Antwort zu Nr. I. 6).
- Das Informationsangebot für die Bevölkerung wird bezüglich der aktuellen Situation über die Pressestelle des Ministeriums für Arbeit und Soziales koordiniert. Das Landesgesundheitsamt unterstützt dies über die Betreuung seiner Internetseite.

Pandemische Impfung

Die Schutzimpfung gegen Influenza ist die wirksamste Maßnahme zur Prävention der Erkrankung. Deshalb hat die Versorgung der gesamten Bevölkerung mit pandemischem Impfstoff höchste Priorität.

Durch Verhandlungen mit zwei in Deutschland produzierenden Impfstoffherstellern (GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG (GSK) und Novartis Vaccines and Diagnostics GmbH & Co. KG (Novartis) haben der Bund und die Länder die erforderlichen Produktionskapazitäten für die schnelle Verfügbarkeit des pandemischen Impfstoffs sichergestellt. Ein Bereitstellungsvertrag mit GSK wurde bereits abgeschlossen. Darin ist vorgesehen, dass GSK wöchentlich ca. 7,2 Mio. Impfstoffdosen produziert; davon werden die Länder entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung versorgt. GSK hat sich verpflichtet, den Impfstoff so schnell wie möglich zu liefern. Eine entsprechende Vereinbarung mit Novartis befindet sich im Unterzeichnungsverfahren.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass ein Pandemie-Impfstoff erst hergestellt werden kann, wenn die WHO die Influenzapandemie ausruft und das pandemische Virus bestimmt. Noch steht nicht fest, ob sich in Folge der Ausbreitung der neuen Influenza A/H1N1 (Schweinegrippe) eine Pandemie entwickeln wird. Die WHO hat dazu aufgefordert, die Bemühungen zur Vermeidung einer weiteren Verbreitung der neuen Influenza A/H1N1 zu intensivieren. Zugleich betont die WHO, dass die Kriterien für eine pandemische Situation derzeit nicht erfüllt sind.

Antivirale Medikamente

Die Vorbereitungen von Bund und Länder zielen darauf ab, die Zeitspanne bis zur Verfügbarkeit des pandemischen Impfstoffs soweit wie möglich zu verkürzen. Zur Überbrückung dieser Phase haben die Länder antivirale Arzneimittel bevorratet und sich dabei an der Empfehlung des Robert Koch-Instituts orientiert. Diese Empfehlung sieht eine Bevorratung für 20 Prozent der Bevölkerung vor. Die Bevorratung dient ausschließlich der Therapie der Erkrankten (s. auch die Antwort zu Nr. II. 2.)

4. ob der Impfstoff gegen den Erreger A/H1N1 der diesjährigen Grippesaison auch gegen den Erreger der Schweineinfluenza einen Impfschutz bietet und in welchem Umfang dieser gegebenenfalls für bisher nicht Geimpfte kurzfristig zur Verfügung gestellt werden kann;

Nach Angaben der amerikanischen Infektionsschutzbehörde CDC verleiht der saisonale Influenza-Impfstoff 2008/2009 keinen Immunschutz gegen die neue Influenza A/H1N1. Eine saisonale Influenza-Impfung ist insoweit hilfreich, als sie das Risiko einer Doppelinfektion mit zirkulierenden saisonalen Influenza-Virustypen und einer neu zirkulierenden Variante vermindert. Soweit uns bekannt, vertreten diese Auffassung auch das RKI und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI).

5. welche Materialien oder andere Angebote das Landesgesundheitsamt (LGA) zurzeit einsetzt oder plant, um über neue Krankheitserreger und die potenziellen Gefahren einer Influenzainfektion zu informieren und aufzuklären, differenziert nach den Zielgruppen Bürgerinnen und Bürger allgemein, ältere Menschen, Eltern, Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen;

Das Landesgesundheitsamt (LGA) Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart setzt zur Information der Öffentlichkeit über neue Krankheitserreger und die Risiken einer Influenzainfektion grundsätzlich die üblichen Kommunikationskanäle (Medienmitteilungen an Tagespresse sowie Rundfunk und Fernsehen, Internet) ein. Hinzu kommen Materialien und Daten, die den Gesundheitsämtern für ihre örtliche Informationsarbeit zur Verfügung gestellt werden, sowie Fortbildungsveranstaltungen, auch zur Vorbereitung auf Aktionen.

Das LGA ist seit den 90er-Jahren an der aktiven Influenza-Surveillance in Deutschland beteiligt. In Zusammenarbeit mit niedergelassenen Arztpraxen und Kliniken Baden-Württembergs werden Rachenabstriche von Patienten mit „influenza-like-illness“ auf Influenza untersucht. Die positiv getesteten Abstriche (mittels Polymerase-Kettenreaktion, PCR) werden in Zellkultur angezüchtet und zur weiteren Typisierung an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Influenza geschickt. Die daraus gewonnenen Daten fließen in die deutschlandweite Influenza-Überwachung ein und tragen einen Anteil an der Impfstoffentwicklung für die nächste Influenzasaison bei.

Durch die enge Zusammenarbeit mit dem NRZ für Influenza kann bei Auftreten neuer Influenza-Varianten durch Bereitstellung entsprechender Detektionsmethoden und Kontrollen eine zeitnahe Diagnostik für diese „neuen Influenza-Erreger“ vom LGA für die Gesundheitsämter in Baden-Württemberg angeboten werden. Im Jahr 2005 wurde nach dem Auftreten der Vogelgrippe A/H5N1 die entsprechende Diagnostik auf diesen Subtyp im LGA etabliert. Mit dem Auftreten der neuen Influenza A/H1N1 wurde die PCR für den Nachweis von Influenza A (allgemein) auf den neuen Subtyp angepasst und zusätzlich eine PCR zum speziellen Nachweis dieses Subtyps A/H1N1 im LGA etabliert. Das LGA ist somit in der Lage, Verdachtsfälle auf A/H1N1 abzuklären.

6. wie das LGA seinen Aufgaben gesundheitliche Prävention, Gesundheitsschutz, Hygiene und Infektionsschutz im Kontext des Schweinegrippevirus nachkommt, welche Empfehlungen zur Reduzierung des Risikos einer Ansteckung mit übertragbaren Erkrankungen es ausspricht und in welcher Form es diese verbreitet;

In Bezug auf die derzeitige Situation (Phase 5) ergeben sich für das LGA insbesondere folgende Aufgaben:

- die Bereitstellung von Fach-Informationen für das Ministerium für Arbeit und Soziales, die Gesundheitsämter, die Ärzteschaft und Betriebe;
- die Unterstützung der Gesundheitsämter bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben;
- die Zusammenführung von Daten und Bewertung der epidemiologischen Lage auf Landesebene (Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG), pandemiespezifische Surveillance-Instrumente);

- eine Beteiligung an der virologischen Surveillance in Kooperation mit dem Nationalen Referenzzentrum für Influenza;
- die Erstellung bzw. Aktualisierung von Informationsmaterialien für die Bevölkerung.

Bezüglich der neuen Influenza A/H1N1 steht beim Landesgesundheitsamt derzeit (Mai 2009) die Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu den ersten vier Spiegelpunkten des Aufgabenkatalogs aus dem Pandemieplan Baden-Württemberg im Vordergrund. Schwerpunkte sind die fachbezogene Information der Gesundheitsämter über die Entwicklung der epidemiologischen Situation weltweit, in Deutschland und in der Region sowie die Unterstützung der Gesundheitsämter bei der Abklärung von Fallmeldungen zu Erkrankungen, bei denen eine neue Influenza A/H1N1 in Betracht gezogen wird (Surveillance).

Bei der Aufgabenwahrnehmung greifen Labordiagnostik und Epidemiologie ineinander. Für die fachliche Beratung der Gesundheitsämter ist das Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz des Landesgesundheitsamts rund um die Uhr über eine freiwillige Telefonbereitschaft erreichbar. Dringliche Laboruntersuchungen wie z. B. bei Reiserückkehrern aus Verbreitungsgebieten der neuen Influenza A/H1N1, bei denen eine klinische Erkrankung die Abklärung der Diagnose erfordert, führt das Landesgesundheitsamt nach besonderer Vereinbarung zur Zeit (Mai 2009) auch an den Wochenenden und Feiertagen durch.

Zur Unterstützung der Pandemieplanung in mittleren und großen Betrieben wurde vom Landesgesundheitsamt bereits 2007 ein „Handbuch Betriebliche Pandemieplanung“ entwickelt und gemeinsam mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe veröffentlicht.

7. inwieweit der Beschluss der GMK vom Dezember 2005 im Land umgesetzt wurde, nachdem alle verantwortlichen Institutionen und Ebenen, insbesondere die Ärzteschaft, die Krankenhäuser sowie Rettungs- und Hilfsdienste aufgefordert wurden, in ihrem Bereich Vorbereitungen für den Fall einer drohenden Grippepandemie zu treffen;

Der Influenzapandemieplan Baden-Württemberg enthält im Teil B Planungshilfen u. a. für Krankenhäuser und Rettungsdienste, die in eigener Verantwortung umzusetzen sind. Außerdem wurden Gespräche u. a. mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG), der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) sowie mit der Landesapothekerkammer, dem Landesapothekerverband und dem Landesverband der Krankenhausapotheker geführt. Soweit die Ergebnisse der jeweiligen Planungen und internen Abstimmungen für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung bei einer Influenzapandemie bereits vorliegen, wurden diese als Anlagen dem Influenzapandemieplan beigefügt.

Ergänzend wird auf die Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zum Risikomanagement in Arztpraxen hingewiesen (Anlage 1*). Nach Mitteilung der KVBW werden weitere Empfehlungen für die Praxen folgen. Die Stellungnahme der BWKG ist in der Anlage beigefügt (Anlage 2*).

II.

1. schnellstmöglich ein Konzept vorzulegen, das die Gesundheitsämter in die Lage versetzt, Impfkampagnen in Kindergärten, Schulen und im öffentlichen Raum insgesamt durchzuführen, sobald ein geeigneter Impfstoff gegen den neuen Erreger A/H1N1 gefunden oder entwickelt ist;

Maßnahmen zur Erhöhung der Impfquoten in Baden-Württemberg bilden einen Arbeitsschwerpunkt des Ministeriums für Arbeit und Soziales und des Landesgesundheitsamtes. Auf die Kampagne „Mach-den-Impfcheck“, die sich einer jugendgerechten Sprache bedient, weisen wir in diesem Zusammenhang hin.

* Die beiden Anlagen können beim Informationsdienst des Landtags eingesehen werden.

Für die Durchführung der pandemischen Impfung gibt es bereits ein bundesweit abgestimmtes Konzept. Darin wurde festgelegt, dass zuerst die prioritären Personengruppen (Beschäftigte im Gesundheitswesen und Beschäftigte zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung) geimpft werden. Danach erfolgt die Impfung der gesamten Bevölkerung nach Altersjahrgängen mit steigendem Alter. Die Durchführung der Impfung wird durch die Gesundheitsämter organisiert.

2. den Bestand an Vorräten von Medikamenten gegen den „Neuen Virus“ im Land lückenlos darzulegen und dafür zu sorgen, dass dieser Bestand auf ein Niveau angehoben bzw. gehalten wird, mit dem mindestens 20 Prozent der Bevölkerung versorgt werden können;

Wirksamkeitsprüfungen der amerikanischen Infektionsschutzbehörde CDC geben Hinweise, dass die von der Landesregierung bevorrateten Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir gegen den Erreger der Neuen Grippe wirksam sind.

Im Vorfeld des Beschlusses der GMK vom 23. Februar 2006 hat der Ministerrat am 20. Februar 2006 eine sukzessive Aufstockung der Bevorratung von damals 800.000 Therapieeinheiten beschlossen. Dazu wurde in einem ersten Schritt 2007 eine Aufstockung um 600.000 Therapieeinheiten (TE) antiviraler Medikamente durchgeführt. Damit besteht ein Gesamtbestand von ca. 1,4 Mio. Therapieeinheiten (für ca. 14 Prozent der Bevölkerung) mit der Option einer Erhöhung für 20 Prozent. Im Einzelnen sind 651.000 Therapieeinheiten Tamiflu (651 kg Wirkstoffpulver) der Firma Roche Pharma AG und 749.280 Therapieeinheiten Relenza der Firma GlaxoSmithKline (GSK) bevorratet.

In Anbetracht der Ausrufung der pandemischen Warnphase 5 durch die WHO hat der Ministerrat in seiner Sitzung am 4. Mai 2009 beschlossen, die bestehende Option auf die Erhöhung der Bevorratung auf 20 Prozent wahrzunehmen und je 300.000 TE Tamiflu und Relenza zu bestellen. Das Ministerium für Arbeit und Soziales bereitet derzeit die entsprechenden Kaufverträge vor.

In diesem Zusammenhang wird auf Folgendes hingewiesen: Im Nationalen Pandemieplan von Bund und Ländern wird hinsichtlich der Versorgung der Bevölkerung mit antiviralen Arzneimitteln festgestellt, dass aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen inzwischen davon ausgegangen werden kann, dass Erkrankte im Pandemiefall eine Therapie mit antiviralen Arzneimitteln erhalten können, wenn das medizinisch sinnvoll ist und die Verordnungs- und Verteilungsstruktur in der Pandemie gewährleistet bleibt. Diese Einschätzung ergibt sich aus der Bevorratung durch die Länder, der Eigenvorsorge durch öffentliche Einrichtungen (z. B. Kliniken, Energieversorgungsunternehmen) und Firmen sowie insbesondere aus den inzwischen erheblich ausgedehnten Produktionskapazitäten bei den Arzneimittelherstellern und der entsprechenden Marktverfügbarkeit der Arzneimittel.

3. über das Gesundheitsministerium, das LGA, die Regierungspräsidien und die Landratsämter eine Aufklärungskampagne „Hygiene und Gesundheit“ zu starten und darauf hinzuwirken, dass alle Bürgerinnen und Bürger, insbesondere aber die Kinderbetreuungseinrichtungen und die Schulen im Land, Informationsmaterialien und Maßnahmen der Gesundheits- und Hygieneprävention zur aktivierenden Selbstvorsorge zur Verfügung gestellt bekommen.

Das LGA sieht sich in der Lage, bei Bedarf Vorlagen für Merkblätter und Flyer zur neuen Influenza A/H1N1 zur Verfügung zu stellen. Das LGA wird außerdem die Gesundheitsämter bei Einzelmaßnahmen vor Ort in geeigneter Form unterstützen.

Da landesspezifische Aspekte nach dem derzeitigen Kenntnisstand nicht zu berücksichtigen sind, werden die beim Robert Koch-Institut verfügbaren, zwischen Bund und Ländern abgestimmten Informationen sowie die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veröffentlichten Handreichungen wie zum Beispiel „8 Empfehlungen zum persönlichen Gripeschutz“ derzeit für ausreichend erachtet.

Dr. Stolz

Ministerin für Arbeit und Soziales