

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Tempel, Jan Korte, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/3205 –**

Katastrophenschutz und die aktuelle Ebola-Epidemie

Vorbemerkung der Fragesteller

Die aktuelle Ebola-Epidemie in Westafrika hat gegenüber vorherigen Ausbrüchen eine andere Dimension. Neben den traditionellen eher entlegenen Ausbruchsgebieten sind nun auch bisher verschonte Großstädte und Nachbarländer betroffen.

Aufgrund der regionalen und globalen Mobilität können weltweit Ebola-Fälle auftreten. Aufgrund der traditionell engen Verbindung zwischen Westafrika und Indien ist eine etwaige Ausbreitung auf den indischen Subkontinent denkbar. Einzelne Ansteckungen in den USA und Europa sind für den deutschen Katastrophenschutz ein deutliches Zeichen, den Stand der Vorbereitung für eine steigende Anzahl an Ebola-Infektionen in Deutschland zu überprüfen. Auch wenn das epidemische Potenzial von Ebola in einem gut organisiertem Gesundheitssystem beherrschbar scheint, ist nicht auszuschließen, dass die Erkrankungszahlen über die Zahl der vorgehaltenen Isolationsbetten hinausgehen. Auch dann müssen das Gesundheitssystem und der Katastrophenschutz noch handlungsfähig bleiben.

Der Katastrophenschutz ist in allererster Linie Ländersache. Dies trifft ebenso auf die Abwehr biologischer Gefahren zu. Der Bund ist aber über den Zivilschutz, die Bevorratung, die Katastrophenvorplanung, den Zoll, die Bundespolizei und die Gesundheitspolitik in ein nationales Krisenmanagement eingebunden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Das Risiko einer Einschleppung von Ebolafieber aus den von der Epidemie betroffenen Staaten durch Reisende nach Deutschland ist äußerst gering. Diese Einschätzung gründet sich auf die Berichte, insbesondere des Robert Koch-Instituts. Die Bundesregierung hält es deswegen – anders als die Fragesteller – in der aktuellen Lage (Stand: 19. November 2014) für nahezu ausgeschlossen, dass die Anzahl von Ebolafieber-Fällen in Deutschland die in der Presse berichtete Anzahl baulich-technisch vorhandener Betten der Sonderisolierstationen

übersteigt. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass infizierte Personen in Einzelfällen unerkannt in der Inkubationszeit einreisen und dadurch Ebola-fieber mit einer geringen Anzahl von Sekundärinfektionen auch in Deutschland auftreten kann.

Für das Auftreten von Ebolafieber im eigenen Land ist Deutschland gut vorbereitet. Die Behandlungskapazitäten für hochansteckende und lebensbedrohliche Erkrankungen in Deutschland sind höher als in jedem anderen Industriestaat. Die medizinische Versorgung ist auf höchstem Niveau gewährleistet.

1. Wie hoch ist die Zahl der Isolationsbetten in Deutschland, die für eine Ebola-Behandlung geeignet sind, und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Seit 2003 verfügt Deutschland über ein Netzwerk von Kompetenz- und Behandlungszentren (STAKOB), die auf den Umgang mit lebensbedrohlichen, hoch ansteckenden Krankheiten wie Ebola spezialisiert sind. Derzeit gibt es sieben Behandlungszentren (Berlin, Düsseldorf, Frankfurt/Main, Hamburg, Leipzig, München, Stuttgart). Länder ohne eigene Sonderisolierstationen haben Verwaltungsabkommen hinsichtlich der Nutzung und Finanzierung der bestehenden Sonderisolierstation geschlossen.

Nach Angaben der Länder sind in den Sonderisolierstationen derzeit maximal 47 Betten verfügbar. Die vorhandenen Behandlungskapazitäten sind höher als in jedem anderen Industriestaat.

2. Welche kurzfristigen Aufstockungen sind bei der Bettenzahl in Isolierstationen in der Notfallplanung vorgesehen (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Die Einsatzbereitschaft der Behandlungsbetten wird im Eventualfall sukzessive sichergestellt werden. Die Bundesregierung hat die Länder gebeten, zügig alle notwendigen Vorbereitungen dafür abzuschließen. Die Länder tauschen sich über den Sachstand ihrer Vorbereitungsmaßnahmen auch über die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) aus.

3. Wie hoch ist die Zahl von Betten in Isolierstationen, welche für geringere Gefährdungsklassen vorgesehen sind, aber im Notfall bei steigenden Erkrankungszahlen ergänzend genutzt werden könnten (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine aktuellen Zahlen vor. Grundsätzlich kämen für diesen katastrophenmedizinischen Fall in erster Linie Krankenhäuser mit Infektionsstationen und andere Einrichtungen mit entsprechenden baulichen Voraussetzungen zur Isolierung von Patienten in Betracht. Das Rahmenkonzept Ebola enthält ausführliche Hinweise zu den Schutzmaßnahmen bei der Patientenversorgung außerhalb von Sonderisolierstationen. Die Bundesregierung geht jedoch in der aktuellen Lage (19. November 2014) davon aus, dass in Deutschland auftretende Ebolafieber-Fälle in den vorhandenen Sonderisolierstationen versorgt werden können (vgl. die Vorbemerkung der Bundesregierung).

4. Welche Maßnahmen sind nach Ansicht der Bundesregierung vorgesehen, um die Behandlung anderer Krankheiten in Isolierstationen durch mögliche verstärkte Ebola-Fälle nicht zu beeinträchtigen?

Die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern fällt in die Zuständigkeit der Länder. Es gibt keine Hinweise für eine Beeinträchtigung der Behandlung anderer Krankheiten auf Isolierstationen.

5. Wie beurteilt die Bundesregierung die Tatsache, dass es in Deutschland keinen Facharzt für Infektiologie als eigene Weiterbildung gibt?

Die ärztliche Weiterbildung fällt in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder, die diese Zuständigkeit auf die Ärztekammern übertragen haben. Die Ärztekammern regeln die ärztliche Weiterbildung für die in ihrem Kammerbezirk tätigen Ärztinnen und Ärzte durch Satzung. Diese Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sind in der Regel an die Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer angelehnt, die vom Deutschen Ärztetag beschlossen wird.

Die MWBO sieht zum einen eine Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt auf dem Gebiet der Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie vor und zum anderen eine Zusatz-Weiterbildung in Infektiologie, die in Ergänzung einer Facharztkompetenz absolviert werden kann.

6. Wie viele für den Umgang mit Ebola qualifizierte und erfahrene Ärztinnen und Ärzte sind in der Bundesrepublik Deutschland verfügbar, und wie viele Patientinnen und Patienten können durch diese behandelt werden?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine belastbaren Angaben vor. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der STAKOB-Behandlungszentren werden regelmäßig in eigenen, im jeweiligen Zentrum entwickelten Schulungsprogrammen trainiert. Darüber hinaus schulen STAKOB-Zentren bzw. Trainingszentren auch externes Personal unterschiedlicher Zielgruppen. Entsprechende Schulungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten gibt es derzeit in Würzburg, in Leipzig, Hamburg, und Berlin (Robert Koch-Institut).

7. Sind die Krankenhaus-Notfallpläne für eine etwaige Epidemie flächendeckend erarbeitet und auf Durchführbarkeit überprüft worden?

Die Erarbeitung von Krankenhaus-Notfallplänen sowie deren Überprüfung auf Durchführbarkeit liegt im Verantwortungsbereich der Länder. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) hat im Jahr 2008 einen Leitfaden zur Krankenhausalarmplanung an alle Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland versendet, der als Handlungsempfehlung mit dem Hintergrund einer einheitlichen Vorbereitung auf Großschadensereignisse dienen soll. Der Leitfaden beinhaltet auch Maßnahmen zum Schutz vor den Auswirkungen von chemischen, biologischen, sowie radiologischen und nuklearen Gefahren (CBRN-Ereignisse). Im Rahmen des Rahmenkonzepts Ebolafieber wird eine Anpassung der Notfallpläne im Hinblick auf Ebolafieber-Verdachtsfälle empfohlen.

8. Wie schätzt die Bundesregierung die Bevorratung von geeigneten Schutzanzügen, Medikamenten und Verbrauchsmaterialien an Krankenhäusern zur Ebola-Abwehr angesichts einer inzwischen weitgehenden Just-in-Time-Bevorratung und angesichts hoher Verbrauchszahlen bei der Ebola-Behandlung ein?

Die Bevorratung von geeigneten Schutzanzügen, Medikamenten und Verbrauchsmaterialien an Krankenhäusern zur Ebola-Abwehr liegt im Verantwortungsbereich der Einrichtungen und der Länder.

Die Bundesregierung hält eine Bevorratung von geeigneten Schutzanzügen, Medikamenten und Verbrauchsmaterialien an Krankenhäusern zur Erstversorgung von Patienten mit Ebolafieber und sonstigen hochinfektiösen lebensbedrohlichen Erkrankungen grundsätzlich für fachlich geboten und hat auf entsprechende Vorsorgemaßnahmen hingewiesen. Auch das Rahmenkonzept Ebola gibt Hinweise zu den empfohlenen Schutzausrüstungen und Verbrauchsmaterialien.

9. Besteht diese Einschätzung auch im Falle, dass die Fallzahlen über die Isolierbettenanzahl hinaus anwachsen (bitte Begründung anfügen)?

Auf die Antwort zu Frage 8 wird verwiesen.

10. Sieht die Bundesregierung die Verfügbarkeit von geeigneten Schutzanzügen für das Gesundheitswesen, für Hilfsorganisationen wie das Technische Hilfswerk (THW), die Feuerwehr, den Zoll und die Bundespolizei gesichert, angesichts von Pressemeldungen (www.welt.de/wirtschaft/article133541229/Das-Ebola-Schutzpaket-fuer-36-Euro-ist-ausverkauft.html), dass die entsprechenden Hersteller voll ausgelastet sind und Lieferzeiten von mehreren Wochen existieren?

Der Bundesregierung liegen keine Hinweise seitens der Verantwortlichen in den Ländern vor, dass es Engpässe gibt.

Die Bevorratung des Bundes ist abgeschlossen. Die sich in der praktischen Erprobung befindliche „Einsatzgruppe für biologische Gefahrenlagen“ am Robert Koch-Institut hat für die 2014/2015 erwartete Anzahl von Einsätzen ausreichend Schutzanzüge bevorratet.

Das THW verfügt über eine ausreichende Anzahl von Schutzanzügen der Kategorie III Typ 3b, um seine Einsatzkräfte für Westafrika auszurüsten. Die Bundespolizei verfügt über eine ausreichende Anzahl von geeigneten Infektionsschutz-Sets mit sprüh- oder partikeldichten Schutzanzügen. Das BBK hat die Ausstattung des Katastrophenschutzes der Länder durch Persönliche Schutzausrüstung (PSA) ergänzt. Dies sind ca. 20 800 Stück Spritzschutzanzüge Klasse III Typ 3b Anzüge. Diese Schutzausstattungen können entsprechend den Vorgaben des Robert Koch-Instituts mit entsprechendem Fuß-, Hand-, Augen- und Atemschutz kombiniert werden. Die Lagerorte der PSA werden von den Ländern bestimmt.

Die Zollverwaltung verfügt bezüglich der für den Infektionsschutz relevanten Persönlichen Schutzausrüstung über entsprechende Rahmenverträge mit Herstellern bzw. Lieferanten; derzeit liegen keine Hinweise bezüglich möglicher Versorgungsengpässe vor. Überdies wird ein entsprechender Bestand an Schutzausstattungen sowohl dezentral bei den Dienststellen als auch zentral im Lager der Bundesfinanzdirektion (BFD) Südwest vorgehalten (siehe auch Antwort zu Frage 35).

11. Wie schätzt die Bundesregierung die Vorhaltung von Betreuungskräften (Ärzte bzw. Pflegepersonal) angesichts eines sehr hohen Betreuungsschlüssels bei Ebola bezüglich von Qualifizierung, Einsatzredundanz und deren Auswirkung auf die Normalversorgung an Krankenhäusern ein?

Besteht diese Einschätzung auch im Falle, dass die Fallzahlen über die Isolierbettenanzahl hinaus anwachsen?

Die Vorhaltung von Betreuungskräften (Ärzte/Pflegepersonal) entsprechend ihrem Versorgungsauftrag ist Aufgabe der Krankenhäuser. Spezifische Daten hierzu liegen der Bundesregierung nicht vor.

12. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der apparative und personelle intensivmedizinische Aufwand zur Versorgung eines an Ebola erkrankten Menschen?

Der Versorgungsaufwand hängt vom Einzelfall und dem Gesundheitszustand des Patienten ab. Das Robert Koch-Institut schätzt den apparativen und personellen intensivmedizinischen Aufwand zur Versorgung eines an Ebolafieber erkrankten Menschen aufgrund von Erfahrungsberichten des medizinischen Personals der Sonderisolierstationen mit Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit Ebolafieber als hoch bis sehr hoch ein.

13. Wie hat sich die Zahl von Unterdruckkammern in Deutschland in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Welche Ursachen sieht die Bundesregierung für die Entwicklung?

In den Behandlungszimmern der Sonderisolierstationen herrscht Unterdruck. Im Jahr 2004 gab es in Berlin (BE), Frankfurt a. M. (HE), Hamburg (HH), Leipzig (SN) und München (BY) Behandlungszentren für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen. Weitere Sonderisolierstationen wurden nach 2004 in Stuttgart (BW) und Düsseldorf (NW) eröffnet. Die Erfahrungen nach den Ereignissen des 11. September 2001, wie z. B. das Auftreten der Anthraxbriefe, neu auftretende Infektionsgefahren wie SARS oder die Influenzapandemie AM1N1, das im Mai 1999 von der Bund-Länder-Fachgruppe Seuchenschutz veröffentlichte Konzept zum Management und zur Kontrolle lebensbedrohender hochkontagiöser Infektionskrankheiten sowie die Neufassung und Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften haben zu umfangreichen Maßnahmen und organisatorischen Vorkehrungen von Bund und Ländern zum Schutz der Bevölkerung vor biologischen Gefahren geführt.

Die vorhandenen Behandlungszentren können innerhalb weniger Stunden von jedem Ort in der Bundesrepublik Deutschland auf dem Landweg erreicht werden. Die Bedarfsplanung von Sonderisolierstationen liegt bei den Ländern.

14. Inwiefern sind die Vorhaltekosten für Unterdruckkammern, Isolierbetten und Isolierstationen und anderen Vorsorgemaßnahmen im Finanzierungssystem der Krankenhäuser nach Ansicht der Bundesregierung ausreichend berücksichtigt?

Für ein mit hohen Vorhaltekosten verbundenes besonderes Leistungsangebot der Krankenhäuser, das zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendig ist und bei dem die Finanzierung dieser Vorhaltekosten auf Grund einer sehr niedrigen und nicht verlässlich kalkulierbaren Fallzahl nicht mit bundeseinheitlichen Entgelten gewährleistet werden kann, können Krankenhäuser krankhausindividuelle Entgelte vereinbaren. Neben den fallabhängigen Kosten der

Behandlung ist dabei für die Vorhaltekosten zusätzlich ein Zuschlag zu vereinbaren, der bei allen vollstationären Fällen des Krankenhauses in Rechnung zu stellen ist. Isolierstationen werden in diesem Zusammenhang ausdrücklich beispielhaft genannt (§ 1 Absatz 4 Satz 1 der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen).

15. Gibt es auf Frage 14 bezogen Unterschiede unter den Ländern, und werden diese Vorhaltekosten vollständig durch die Länder getragen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

16. Inwieweit wird die Vorhaltung von Unterdruckkammern, Isolierbetten und Isolierstationen und anderen Vorsorgemaßnahmen nach Kenntnis der Bundesregierung in der Krankenhausbedarfsplanung der Bundesländer berücksichtigt bzw. welche länderübergreifenden Versorgungsplanungen existieren hier?

Die Vorhaltung dieser Einrichtungen fällt in die Zuständigkeit der Länder für die Sicherstellung der ordnungsgemäßen Krankenhausversorgung der Bevölkerung und der Krankenhausplanung. Die Länder beziehen die Sonderisolierstationen sachgerecht und zweckgerichtet in diese Aufgabe ein. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

17. Inwiefern ist die Entwicklung der Vorhaltung von Unterdruckkammern, Isolierbetten und Isolierstationen und anderen Vorsorgemaßnahmen nach Kenntnis der Bundesregierung von der Trägerschaft des Krankenhauses (öffentlich, freigemeinnützig, privat) mit abhängig?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse dazu vor.

18. Wie viele Unterdruckkammern und Isolierbetten pro vorgehaltenem Bett gibt es in Krankenhäusern mit öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft, und welche Rolle spielen dabei Universitätskliniken?

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

19. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen afrikanische Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern aus Angst vor Ebola abgewiesen wurden?

Nein, der Bundesregierung liegen keine derartigen Erkenntnisse vor.

20. Sind der Bundesregierung andere Fälle von Stigmatisierung gegenüber mutmaßlich oder tatsächlich aus Afrika stammenden Menschen aufgrund des Ebola-Ausbruchs bekannt?

Zu solchen Fällen liegen der Bundesregierung keine belastbaren Erkenntnisse vor.

21. Wie viele Fahrzeuge, Flugzeuge und Hubschrauber sind in Deutschland für den sicheren Transport hochinfektiöser Ebola-Kranker verfügbar, und hält die Bundesregierung diese Anzahl für ausreichend?

Nach Angaben der Länder sind 14 Rettungstransportwagen (RTW) zum Transport hochinfektiöser Personen (I-RTW) in Deutschland verfügbar. Grundsätzlich kann ein Transport von hochkontagiösen Erkrankten auch in einem entkernten bzw. ausgekleideten RTW erfolgen. Des Weiteren existieren Transportisolatoren zur Verfügung, die den hochinfektiösen Erkrankten zum Schutz der Umwelt mit einer Kunststoffhülle umgeben.

Da Hubschrauber ohne Gefährdung der Bordelektronik derzeit nicht zu desinfizieren sind, und der Zugang zum Patienten sehr eingeschränkt ist, wird ein Patiententransport in diesen Verkehrsmitteln aktuell nicht empfohlen.

Die Bundesregierung rüstet aktuell ein Flugzeug für medizinische Evakuierungen von Ebolafieber-Erkrankten aus Westafrika nach Deutschland aus.

22. Inwiefern sieht die Bundesregierung genügend Kapazitäten zur sicheren Beseitigung von hochinfektiösen Materialien und Müll, die bei der Ebola-Behandlung anfallen, und besteht diese Einschätzung auch im Falle, dass die Fallzahlen über die Isolierbettenanzahl hinaus anwachsen?

Der Transport infektiösen Abfalls ist nach Abfallschlüssel (AS) 180103 möglich. Der Abfall kann der Verbrennung zugeführt werden. Ein Kapazitätsengpass von Sondermüllverbrennungsanlagen in Deutschland ist nicht erkennbar.

Aktuell sind zum sicheren Transport von infektiösen Materialien mit einer Verpackung nach P620 und Transport nach UN2814 des Europäischen Übereinkommens über die internationale Beförderung gefährlicher Güter auf der Straße (Accord européen relatif au transport international des marchandises Dangereuses par Route, kurz: ADR) lediglich zugelassene Behältnisse bis zu einem Volumen von 40 l verfügbar. Hier wird ein Engpass an ausreichend großen Behältnissen gesehen. Die verantwortlichen Behörden prüfen aktuell, inwieweit Verpackungsgrößen bis 120 l behördlich zugelassen werden können.

23. Inwiefern sieht die Bundesregierung genügend Kapazitäten zur sicheren Aufbewahrung und Bestattung von Ebola-infizierten Leichnamen, und besteht diese Einschätzung auch im Falle, dass die Fallzahlen über die Isolierbettenanzahl hinaus anwachsen?

Nach aktuellen Empfehlungen ist eine Kremation der Erdbestattung vorzuziehen. Tätigkeiten im Umgang mit an Ebolafieber Verstorbenen sollten auf ein Minimum beschränkt sein. Von einer inneren Leichenschau sollte abgesehen werden. Kapazitätsengpässe bei der Kremation von Verstorbenen sind nicht erkennbar.

24. Wie viele mobile Desinfektionsanlagen zur Dekontaminierung von Ärztinnen und Ärzten sowie Helfenden in kontaminierten Schutzbekleidungen, von kontaminierten Gebäuden und Fahrzeugen stehen dem Gesundheitswesen, den Hilfsorganisationen und insbesondere dem THW zur Verfügung?

Der Bund hat für den Zivilschutzfall 380 Gerätewagen Dekontamination Personen (derzeitiger Stand) an die Länder ausgeliefert. Diese Fahrzeuge stehen den Ländern auch für Aufgaben im Bereich des Katastrophenschutzes zur Verfügung. Die Gerätewagen Dekontamination Personen werden vorgehalten, um

dem Personal, das unter Einsatz von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) im Gefahrenbereich gearbeitet hat, das gefahrfreie Ablegen der Schutzausrüstung zu ermöglichen. Der Schwerpunkt liegt auf der Dekontamination bei C-Gefahren. Durch die Verwendung von je nach Lage geeignetem Desinfektionsmittel können diese mobilen Dekontaminationsanlagen auch zur Desinfektion von Einsatzkräften unter PSA in B-Lagen verwendet werden. Desinfektionsmittel werden grundsätzlich nicht vom Bund vorgehalten oder ausgeliefert, ihre Bevorratung liegt im Verantwortungsbereich der Länder/Standorte.

Das THW hat keine Dekontaminationsanlagen, weil diese Aufgabe von Einheiten der Länder wahrgenommen wird.

25. Mittels welcher Datenbanken sollen festgestellte Kontaktpersonen erfasst werden?

Kontaktpersonen werden in den zuständigen Gesundheitsämtern erfasst. Die Gesundheitsämter nutzen für die Erfassung von Meldungen und die Verwaltung von Fällen gemäß Infektionsschutzgesetz eines von fünf Software-Produkten kommerzieller Hersteller oder das vom Robert Koch-Institut entwickelte SurvNet@RKI. Diese Produkte unterstützen die Erfassung und Verwaltung von Kontaktpersonen.

26. Besteht bei der Datenbank oder den Datenbanken ein länderübergreifendes Zugriffsrecht oder ein länderübergreifender Abgleich für befugte Institutionen?
27. Welche Institutionen haben Zugriff auf die Datenbank oder die Datenbanken?

Die Fragen 26 und 27 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nein. Die personenbezogenen Informationen sind nur in den zuständigen Gesundheitsämtern verfügbar. Eine Übermittlung personenbezogener Daten vom Gesundheitsamt an höhere Landesbehörden oder Bundesbehörden sieht das Infektionsschutzgesetz nicht vor.

28. Wie ist der Datenschutz bei der oder den Datenbanken gesichert?

Das zuständige Gesundheitsamt darf die ihm gemeldeten personenbezogenen Daten nur zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz verarbeiten und nutzen. Die Daten sind zu löschen, wenn eine Kenntnis darüber zur Erfüllung dieser Aufgaben nicht mehr erforderlich ist.

29. Welche Planungen existieren zur Einrichtung von Quarantänebereichen jenseits der Isolierbetten bei eventuell eintretenden erhöhten Krankenzahlen?

Ebolaviren können erst von Patienten weitergegeben werden, die symptomatisch sind. Asymptomatische Personen können das Virus nicht weitergeben. Deshalb ist auch keine grundsätzliche Quarantäne bei Kontaktpersonen vorgesehen. Nur bei Personen mit hohem Expositionsrisiko kann eine Quarantäne gemäß § 30 des Infektionsschutzgesetzes angezeigt sein. Hier entscheidet das Gesundheitsamt je nach Faktenlage, wie die Quarantäne umgesetzt wird.

Im Rahmen des Bund-Länder-Rahmenkonzepts zur Vorbereitung auf biologische Gefahrenlagen – Teil Pocken, haben sich die Länder bereits intensiv mit der Verfügbarmachung von Einrichtungen zur Absonderung beschäftigt und entsprechende Vorbereitungen getroffen, auf die zurückgegriffen werden kann.

30. Sieht die Bundesregierung Probleme bei der Kostenübernahme von Ebola-Behandlungen durch Krankenkassen angesichts von Pressemeldungen (www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/ebola-hamburger-uniklinikum-rechnet-mit-millionenkosten-fuer-patient-a-997895.html), dass die Behandlung von Ebola-Patientinnen und Ebola-Patienten pro Fall in Hamburg 2 Mio. Euro gekostet hat?

Versicherte haben Anspruch auf eine dem medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand entsprechende ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 12 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Dies schließt die umfassende Behandlung von Ebola-Patienten vollständig ein. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 14 verwiesen.

31. Welche Szenarien der Ausbreitung und welche entsprechenden Handlungsoptionen bei Epidemien werden im Rahmen des nationalen Krisenmanagements vorgehalten, und wie ordnet die Bundesregierung die Ebola-Epidemie in dieses Krisenmanagement ein?

Die Konzeption von Maßnahmen des Robert Koch-Instituts in Abstimmung mit den Landesgesundheitsbehörden und weiteren Beteiligten für den Fall des Auftretens von Ebolafieber in Deutschland ist nicht Szenario-, sondern Maßnahmen-orientiert.

Die Konzeption des Krisenmanagements beschreibt Grundsätzliches zum klinischen und seuchenhygienischen Management von Ebolafieber-Patienten in und außerhalb von Sonderisolierstationen sowie zum Umgang mit Ansteckungsverdächtigen, gegliedert nach Expositionsrisiko.

Des Weiteren wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

32. Welche Maßnahmen sind seit dem Ausbruch von Ebola in Westafrika zur Sensibilisierung, zum Training und zur Ausstattung beim THW, beim Zoll und bei der Bundespolizei unternommen worden, um die Eigensicherung der Beschäftigten und ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu gewährleisten?

Das THW verfügt zur Eigensicherung über einen aktuellen Pandemieplan. Dieser sieht festgelegte Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des THW entsprechend der ausgerufenen WHO-Pandemiestufe (WHO – Weltgesundheitsorganisation) vor.

Das für den Auslandseinsatz vorgesehene Personal des THW ist gemäß der internen Vorgaben hierfür geschult und gesundheitlich geeignet.

Für den Ebola-Einsatz erfolgen beim THW darüber hinaus im Vorfeld weitere Schulungen (Einweisungsveranstaltung zum Thema Ebola, Einweisung in Handhabung der Schutzausstattung). Jede Einsatzkraft erhält zusätzlich zur normalen Ausstattung eine persönliche Schutz- und Hygieneausstattung und ein Logbuch, das während des Einsatzes und 21 Tage lang nach dem Einsatz zu füh-

ren ist (Eintragen der Körpertemperatur zweimal täglich und des jeweiligen Wohlbefindens). Die Einsatzkräfte werden beim zuständigen Gesundheitsamt des Wohnortes gemeldet, vor Abflug und nach Rückkehr am Flughafen Frankfurt am Main ärztlich untersucht und nach Rückkehr durch besonders geschulte Nachsorge-Kräfte abgeholt.

Die Koordinierungsstelle Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe (NOAH) im BBK unterstützt das THW in psychosozialen Fragestellungen bezüglich des Einsatzes in Westafrika.

Weiterhin ist die Hotline der Koordinierungsstelle NOAH während der gesamten Einsatzzeit für die verfügbaren und tatsächlich dislozierten Einsatzkräfte sowie deren Angehörige rund um die Uhr erreichbar. Dieses Angebot besteht sowohl vor und während der Entsendung als auch nach der Rückkehr nach Deutschland. Bei Bedarf werden Informationen zum Einsatz, zum Umgang mit belastenden Situationen sowie psycho-soziale Unterstützungsangebote vermittelt. Hierbei greift die Koordinierungsstelle NOAH auf ihr Netzwerk an bundesweiten psychosozialen Hilfen für Einsatzkräfte und Angehörige zurück.

Die Bundespolizei hat eine aktualisierte Handlungsanweisung für das An- und Ablegen der Schutzausstattung sowie ein medizinisches Merkblatt zu Ebola-Erkrankungen herausgegeben und diese für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugänglich ins Intranet eingestellt. Zur lückenlosen arbeitsmedizinischen Betreuung wurde eine Rufbereitschaft für die Ärzte der Bundespolizei eingerichtet.

Die Bediensteten der Zollverwaltung wurden bereits am 20. August 2014 mittels E-Zoll-Info (= verwaltungsinternes IT-basiertes Informationsmanagement) über den Schutz vor Ebolavirus-Infektionen bei Zollkontrollen informiert. Die BFD hat ferner im Intranet entsprechende Informationen veröffentlicht.

Das BMF arbeitet gegenwärtig eng mit dem Robert Koch-Institut sowie dem medizinischen Dienst der Bundespolizei zusammen, um fortlaufend eine der Situation angemessene Information der Beschäftigten sicherzustellen und ggf. auch mit den Zusammenarbeitsbehörden abgestimmte Verfahrensweisen festzulegen.

33. Zählen zu den in Frage 32 genannten Maßnahmen das Üben des „Auschälens“ von Schutzanzügen und eine spezielle Schulung am Beispiel von Ebola, und wie viele Personen wurden damit erreicht?

Die Schulung des An- und Ablegens gehört beim THW zu den Vorbereitungsmaßnahmen (inkl. Handlungsanweisung). Dies wird vor dem Einsatzbeginn von jeder für die Entsendung in Einsatzgebiete in Westafrika vorgesehenen Einsatzkraft geübt. Die Bundespolizei hat eine aktualisierte Handlungsanweisung für das An- und Ablegen der Schutzausstattung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugänglich ins Intranet eingestellt.

Die Bediensteten der Zollverwaltung werden derzeit nicht hinsichtlich des Ablegens der Schutzanzüge geschult, da die Lage dies derzeit nicht erfordert.

34. Welche Anzahl an eingelagerten Infektionsschutzsets, die für einen Einsatz bei Ebola-Erkrankten geeignet sind, steht beim THW, beim Zoll und bei der Bundespolizei zur Verfügung?

Das THW verfügt über 300 geeignete Infektionsschutzanzüge der Kategorie III Typ 3b. Der Bundespolizei stehen über zehntausend eingelagerte Infektionsschutz-Sets mit sprüh- und partikeldichten Schutzanzügen zur Verfügung, die vom zentralen Versorgungslager jederzeit nachgeliefert werden können, wenn die Erstausrüstung bei den Dienststellen verbraucht ist.

Derzeit hält die Zollverwaltung im Lager der BFD Südwest folgende Mengen an Schutzausstattungen vor:

- 30 000 FFP3-Atenschutzmasken
(einzeln verpackt oder im Karton à 10 Stück),
- 300 000 Einmalschutzhandschuhe (im Karton à 100 Stück),
- 15 000 Einmalschutzanzüge (einzeln verpackt),
- 1 500 Schutzbrillen (Korbbrillen/einzeln verpackt).

Des Weiteren werden für andere Gefahrenlagen ca. 1 200 000 Hygienemasken (sog. OP-Masken) vorgehalten.

Zudem werden weitere Schutzausstattungen dezentral an den Dienststellen der Zollverwaltung gelagert. Dies geschieht in Eigenverantwortung der Ortsebene; eine Übersicht hierüber ist nicht vorhanden.

35. Welche besonderen Hygienemaßnahmen hat der Zoll ergriffen, um einer eventuellen Übertragung von Ebola über infiziertes „Bushmeat“ zu verhindern?

Vor der Übertragung von Ebola über infiziertes „Bushmeat“ schützen sich die Bediensteten der Zollverwaltung durch das Einhalten bestimmter Verfahrensregeln. Hierzu gehören insbesondere die Einhaltung der allgemeinen Arbeitsplatzhygiene sowie das Verwenden entsprechender, lagenangepasster Schutzausstattungen (z. B. Einmalschutzhandschuhe). Zu den Regelungen siehe auch die Antwort zu Frage 32.

36. Wie steht die Bundesregierung dazu, im Notfall auch nichtzugelassene Arzneimittel zur Behandlung von beziehungsweise zur Impfung gegen Ebola in Deutschland einzusetzen?

Nach § 2 der AMG-Zivilschutzausnahmereverordnung vom 17. Juni 2003 (BGBl. I S. 851), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 29. März 2006 (BGBl. I S. 594) geändert worden ist, besteht für die dort aufgeführten zuständigen Behörden des Bundes und der Länder die Möglichkeit, nicht zugelassene Arzneimittel zu beschaffen und auch in den Verkehr zu bringen, wenn das Inverkehrbringen nicht zugelassener Arzneimittel für die Erfüllung der Aufgaben des Zivil- und Katastrophenschutzes unverzichtbar ist. Darüber hinaus prüft die Bundesregierung derzeit weitere im Arzneimittelgesetz vorgesehene Möglichkeiten, nicht zugelassene Arzneimittel einsetzen zu können.

