

MINISTERIALBLATT

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

Ausgabe A

23. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 15. September 1970

Nummer 145

Inhalt

I.

**Veröffentlichungen, die in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes
für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBL. NW.) aufgenommen werden.**

Glied.- Nr.	Datum	Titel	Seite
21260	14. 8. 1970	RdErl. d. Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales Pockenbekämpfung: Pockenbehandlungsstellen und Pockenalarm	1492

I.

21260

Pockenbekämpfung

Pockenbehandlungsstellen und Pockenalarm

RdErl. d. Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales
v. 14. 8. 1970 — VI A 4 — 44.12.22

A

Pockenbehandlungsstellen

Für den Fall der Pockeneinschleppung nach Nordrhein-Westfalen stehen zwei unter Förderung des Landes errichtete Pockenbehandlungsstellen zur Absonderung, Behandlung und Beobachtung von Pockenkranken, Pockenkrankheitsverdächtigen sowie von Ansteckungsverdächtigen zur Verfügung. Die bei dem Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau, Kreis Kleve, errichtete Einrichtung ist für die Aufnahme des genannten Personenkreises aus dem rheinischen Landesteil vorgesehen, in die zu dem Herz-Maria-Krankenhaus der Steyler Missionsschwestern gehörende Pockenbehandlungsstelle in Wimbern, Kreis Soest, sollen Pockenranke usw. aus dem westfälischen Landesteil eingewiesen werden.

Träger der Pockenbehandlungsstelle Bedburg-Hau ist der Landschaftsverband Rheinland. Die mit der Bereithaltung und dem Einsatz des ärztlichen und pflegerischen Personals zusammenhängenden organisatorischen Aufgaben hat der Landschaftsverband Rheinland für die auf Grund von Vereinbarungen angeschlossenen Gemeinden und Gemeindeverbände übernommen. Im Einsatzfall bleibt dabei die grundsätzliche Verpflichtung der betroffenen Gemeinden oder Gemeindeverbände gemäß § 37 Abs. 5 Satz 1 des Bundes-Seuchengesetzes unberührt.

Der Träger der Pockenbehandlungsstelle Wimbern, die karitative Vereinigung der Steyler Missionsschwestern e. V., hat die Bereithaltung des Pflegepersonals für die Erstbesetzung der Stationen übernommen. Die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und des Ersatzes der Pflegekräfte ist Sache des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe — unter den gleichen Voraussetzungen wie im rheinischen Landesteil —.

Zwischen den beiden Landschaftsverbänden sind zur organisatorischen Vereinfachung Vereinbarungen über einen gemeinsamen ärztlichen und pflegerischen Bereitschaftsdienst getroffen worden.

1. Aufbau und Funktion der Pockenbehandlungsstelle (PBSt.)

Die PBSt. besteht aus drei voneinander getrennten Stationen (der Isolierstation mit Behandlungsraum, Laboratorium und Leidenraum, der Vorisolierstation und der Quarantänestation), den für den technischen Betrieb erforderlichen Einrichtungen in Verbindung mit einer Unterkunft für das Versorgungspersonal sowie Desinfektionsgaragen mit einer besonderen Unterkunft für Kraftwagenfahrer.

Die Gesamtanlage enthält je nach Belegungsdichte der Stationen 24—45 Krankenbetten.

- 1.1 Die Isolierstation dient der Aufnahme von Pockenkranken, bei denen die Diagnose eindeutig gesichert ist.
- 1.2 In die Vorisolierstation werden Personen eingewiesen, die nach Kontakt mit einem Pockenkranken mit Krankheitserscheinungen erkrankt sind, die vermuten lassen, daß es sich um eine Erkrankung an Pocken handelt. Bei Bestätigung des Verdachts wird der Kranke in die Isolierstation verlegt.
- 1.3 In die Quarantänestation werden diejenigen ansteckungsverdächtigen Personen (Kontaktpersonen ersten Grades — s. Anl. 3 zu Nr. 1 —) eingewiesen, die engsten (familiären oder pflegerischen) Kontakt mit Pockenkranken hatten und von denen mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß sie sich dabei infiziert haben. Beim Auftreten von ersten Krankheitszeichen wird die betreffende Person in die Vorisolierstation verlegt.

1.4 Das außerhalb der Station untergebrachte Versorgungspersonal stellt die Verbindung zwischen der PBSt. und der Außenwelt her. Es wird für den technischen Betrieb sowie für die Versorgung und Entsorgung der Stationen eingesetzt.

1.5 Nach dem Transport Pockenkranker oder krankheitsverdächtiger Personen werden die Krankenkraftwagen von ihren Fahrern in den auf dem Gelände der PBSt. befindlichen Desinfektionsgaragen entseucht. Die Krankenkraftwagenfahrer müssen grundsätzlich als ansteckungsverdächtig (Kontaktpersonen ersten Grades) gelten; sie sind aber noch bis zum 7. Tag (einschl.) nach dem ersten Kontakt — bei Beobachtung der Schutz- und Desinfektionsvorschriften — einsatzfähig. Für diese Zeit sind für sie besondere Fahrerunterkünfte auf dem Gelände der PBSt. vorgesehen. Danach wird ihre Absonderung von der für Fahrer und Beifahrer jeweils zuständigen örtlichen Ordnungsbehörde im Benehmen mit dem Gesundheitsamt in der Quarantänestation der PBSt., in einer anderen Quarantänestation oder auf sonst geeignete Weise angeordnet.

Über den 7. Tag nach dem Erstkontakt hinaus kann das Krankentransportpersonal ggf. in den Fahrerunterkünften und damit im Einsatz verbleiben, wenn ein optimaler Impfschutz besteht, bei jedem vorhergegangenen Transport Pockenkranker und krankheitsverdächtiger Personen ein wirksamer Infektionsschutz (z. B. Poly-Glocke) gebraucht worden ist, die notwendigen Desinfektionsmaßnahmen regelmäßig sachkundig durchgeführt wurden (s. Anl. 1 Nr. 2) und eine zuverlässige Überwachung des Gesundheitszustandes durch täglich zweimalige Temperaturkontrolle gewährleistet ist.

2. Pflege- und Behandlungskosten

Hinsichtlich der Kosten für die Pflege und Behandlung der in die PBSt. eingewiesenen Personen gilt: Nr. 4.36 des RdErl. v. 4. 2. 1963 (SMBL. NW. 21260).

- 2.1 Die Pflege- und Behandlungskosten für die Kranken und Krankheitsverdächtigen werden grundsätzlich von dem für die betreffende Person zuständigen Versicherungsträger oder — bei nicht Versicherten — von dem Kranken oder dem zuständigen Träger der Sozialhilfe aufgebracht.
- 2.2 Die durch die Absonderung von ansteckungsverdächtigen Personen in der Quarantänestation entstandenen Pflegekosten müssen von der für die Einweisung zuständigen Behörde aufgebracht werden.

3. Nutzung, Anforderung und Bereitstellung der PBSt.

In der pockenfreien Zeit wird die PBSt. Bedburg-Hau von dem Landschaftsverband Rheinland als Spezialkrankenabteilung des Landeskrankenhauses genutzt, während die PBSt. Wimbern als Schwesternunterkunft dient. Es ist Vorsorge getroffen, daß bei Anforderung die Anlagen jeweils innerhalb von 5 Stunden geräumt und als Pockenbehandlungsstellen in Betrieb genommen werden können.

3.1 Anforderung als Pockenbehandlungsstelle

Bei Bekanntwerden eines begründeten Pockenverdachtsfalles und nach Bestätigung der Diagnose wird der zuständige Regierungspräsident sowie der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales fernmündlich zu benachrichtigen. Dieser setzt sich mit der Sachverständigenkommission des Landes (vgl. Nr. 3.2 Buchst. b) ins Benehmen. Sobald die erforderlichen Feststellungen getroffen sind, entscheidet der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, ob die PBSt. für den Einsatz anzufordern ist. Die Anforderung wird von ihm an die ärztliche Leitung des Landeskrankenhauses in Bedburg-Hau bzw. an die Oberin des Herz-Maria-Krankenhauses in Wimbern gerichtet.

Die Einweisung von Pockenkranken, krankheitsverdächtigen und ansteckungsverdächtigen Personen in die PBSt. durch die zuständige örtliche Ordnungsbehörde bedarf demnach der fernmündlichen Zustimmung des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

3.2 Fernmündliche Erreichbarkeit während und außerhalb der Dienststunden

- a) Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Düsseldorf
— Abteilung Gesundheit — 02 11 87 11
Min.-Rat Dr. Posch
dienstl. Durchwahl 8 71-4 95
privat Mettmann 02 11 04 5 28 20
Min.Dirig. Dr. Studt
dienstl. Durchwahl 8 71-4 60
privat Düsseldorf 02 11 5 65 49
- b) Sachverständigenkommission des Landes
Reg.Med.Dir. Dr. Richter
(Leiter der Kommission)
dienstl. (Landesimpfanstalt) 02 11 34 20 75
privat Düsseldorf 02 11 28 50 09
Prof. Dr. Ippen
dienstl. (Universitäts-
Hautk.) Düsseldorf 02 11 33 44 44
privat Düsseldorf 02 11 76 36 78
- c) Landesimpfanstalt Düsseldorf 02 11 34 20 75

3.3 Transport der Kranken, krankheitsverdächtigen und ansteckungsverdächtigen Personen.

Sobald bekannt ist, zu welchem Zeitpunkt die PBSt. aufnahmebereit sein wird, kann die Zeit für die Abfahrt der von der betroffenen Gemeinde oder dem Gemeindeverband (§ 37 Abs. 5 des Bundes-Seuchengesetzes) bereitgestellten Krankenkraftwagen mit den Kranken, krankheitsverdächtigen und ansteckungsverdächtigen Personen festgesetzt werden.

Pockenranke, krankheitsverdächtige und ansteckungsverdächtige Personen müssen voneinander getrennt in besonderen Fahrzeugen befördert werden.

Die Anweisungen über das Verhalten des Krankentransportpersonals beim Eintreffen auf dem Gelände der PBSt. sind in einem Merkblatt enthalten, das den Fahrern und Beifahrern im Einsatzfall auszuhändigen ist. Das Muster des Merkblatts ist in Anlage 1 wiedergegeben.

Anlage 1

B

Grundlagen eines Pockenalarmpfanes

Die Einweisung der Kranken, krankheitsverdächtigen und ansteckungsverdächtigen Personen des engsten Kontaktkreises in die PBSt. sowie alle übrigen Maßnahmen der Pockenbekämpfung sind in Form eines Pockenalarmpfanes auf Kreisebene schon vor dem Auftreten von Erkrankungen vorzubereiten.

I

Vorbereitende Maßnahmen

4 Quarantänestationen und Auffangstellen

- 4.1 Zur Aufnahme der oft zahlreichen ansteckungsverdächtigen Personen (Kontaktpersonen ersten Grades) für die Dauer der Inkubationszeit sind Quarantänestationen in geeigneten Einrichtungen, wie Schulandheimen, Jugendherbergen, Erholungsheimen u. ä. vorzusehen und ihre Inanspruchnahme für den Pockenfall entweder vertraglich zu sichern oder sonst vorzubereiten. In der Pockenbehandlungsstelle können neben den Kranken und den krankheitsverdächtigen Personen nur die Kontaktpersonen aus der engsten Umgebung des Kranken aufgenommen werden.

Dauer der längsten Inkubationszeit: 17 Tage;

Dauer der Absonderung: 18 Tage.

- 4.2 Daneben sollte die Möglichkeit bestehen, unklare Beobachtungsfälle, bei denen die meist zweifelhafte Diagnose im Laboratorium gesichert oder entkräftet werden muß, für längstens 24 Stunden in sogenannten „Auffangstellen“ abzusondern — vor allem dann, wenn es sich um Hotelinsassen oder um Bewohner von Wohnblocks handelt, die bis zur Klärung des Verdachts nicht in der eigenen Wohnung verbleiben können. Geeignet sind 2—3 Räume in

abgesondert gelegenen Gebäudeteilen. Kleinbaracken oder Pavillons, die nach Verlegung des Kranken und ggf. der Pflegeperson einwandfrei desinfiziert werden können.

5 Impfschutz der Ärzte, des pflegerischen Personals und des Hilfspersonals

- 5.1 Bei allen für den Einsatz bei der Pockenbekämpfung vorgesehenen Personen (Ärzte, ärztliches Hilfspersonal, Krankentransportpersonal, Polizeivollzugsbeamte usw.) ist ein ausreichender Impfschutz aufzubauen und durch jährliche Wiederimpfung aufrechtzuerhalten (s. Anlage 3 zu 2). Eine Übersicht über die Rechtsgrundlagen für die dienstliche Anordnung von Schutzimpfungen findet sich in Anlage 2.

Anlage 2

- 5.2 Der Leiter des Gesundheitsamtes muß im Pockenfall unter allen Umständen für die Koordinierung und Durchführung der Bekämpfungsmaßnahmen zur Verfügung stehen. Für ihn ist deshalb ein optimaler Impfschutz von größter Bedeutung. Sachverständige, insbesondere Hautfachärzte, sind zur differentialdiagnostischen Sicherung der klinischen Diagnose zu gewinnen und ihre regelmäßige Wiederimpfung zu veranlassen.

6 Schutzkleidung

Für Sachverständige, Krankentransportpersonal, Desinfektoren usw. ist geeignete Schutzkleidung in ausreichender Menge zu beschaffen und vorrätig zu halten. Es bleibt den zuständigen Stellen überlassen, ob sie die inzwischen bewährte Poly-Glocke mit Frischluftquelle oder den konventionellen Schutzanzug mit Atemschutzmaske verwenden wollen.

7 Einsatzgruppen zur Durchführung von Ermittlungen und von Bevölkerungsimpfungen sowie Impfstoffbevorratung

- 7.1 Für die in jedem Fall erforderliche Personalverstärkung des Gesundheitsamtes ist rechtzeitig Vorsorge zu treffen. Zusätzliche Kräfte werden benötigt für die folgenden Aufgaben:

Zentrale Koordinierung aller Maßnahmen durch einen Organisationsstab.

Ermittlung der Kontaktpersonen, ggf. unter Einschaltung der Kriminalpolizei.

Sofortige Impfung der Kontaktpersonen sowie der zum Einsatz kommenden Personen.

Einrichtung von ärztlich geleiteten Impfgruppen und Impfstellen zur Bevölkerungsimpfung.

- 7.2 Jedes Gesundheitsamt erhält von der Landesimpfanstalt einen für die ersten Impfmaßnahmen ausreichenden Impfstoffvorrat, der jeweils vor dem Verfallsdatum zu erneuern ist. Der gelagerte Impfstoff ist in öffentlichen Impfterminen zu verimpfen.

8 Krankentransportdienst

- 8.1 Zur Vorbereitung eines einsatzfähigen Krankentransportdienstes gehört es, die notwendige Zahl von Fahrern und Beifahrern im Einvernehmen mit der für den Krankentransport verantwortlichen Organisation zu bestimmen. Die Einrichtung eines gemeinsamen Bereitschaftsdienstes für eine größere Zahl von Kreisen und kreisfreien Städten ist zu empfehlen. Hinsichtlich des Impfschutzes s. 5.1.

- 8.2 Die für den Transport von Pockenkranken geeigneten Krankenwagen müssen eine dichte Trennwand zwischen Fahrer- und Transportraum besitzen. Sie müssen zur raschen Durchführung einer wirksamen Desinfektion geeignet sein (ggf. Sonder-Krankentransportfahrzeuge mit Einrichtung zur unmittelbaren Dampfdesinfektion).

9 Desinfektionswesen

- 9.1 Bei einer ausreichenden Zahl von Desinfektoren ist der Impfschutz aufzubauen und durch eine Sonderausbildung die Eignung zum Einsatz im Pockenfall sicherzustellen.

9.2 Eine Einrichtung zur ordnungsgemäßen Verbrennung von Abfall, Einwegwäsche usw. ist zu beschaffen oder die Benutzung vertraglich sicherzustellen.

9.3 Die Beschaffung einer nach Möglichkeit mobilen Dampf-Desinfektionseinrichtung ist zu empfehlen. Auf Antrag können für eine bewegliche Anlage Zuschüsse aus Landesmitteln in Anspruch genommen werden.

10 Sicherung der Fernspreverbindungen

10.1 Die Anschriften und Fernsprechnummern aller für den Pockeneinsatz in Betracht kommenden Personen (Amts- und Privatanschluß), darunter auch die der Sachverständigenkommission des Landes, der Landesimpfanstalt sowie der obersten Landesgesundheitsbehörde, sind im Pockenalarmpfad bekanntzugeben.

10.2 Für den Einzelfall sind besondere Fernsprecheitungen vorzusehen und ggf. die Inanspruchnahme des Polizeifunkverkehrs zur Aufrechterhaltung der Verbindung unter den Einsatzgruppen und mit den Aufsichtsbehörden sicherzustellen.

11 Unterrichtung der Bevölkerung und Einrichtung einer Informationsstelle

Beim Auftreten von Pockenerkrankungen kommt der sachlichen Unterrichtung der Bevölkerung des betroffenen Gebietes und der weiteren Umgebung größte Bedeutung zu. Hierzu gehört nicht zuletzt eine allgemein verständliche Aufklärung über die Natur und die etwaigen epidemiologischen Auswirkungen der Krankheit selbst, ferner die Bekanntgabe der geplanten und durchgeführten Maßnahmen und ihre Bedeutung, sowie eine laufende regelmäßige Benachrichtigung über den Zustand der Kranken und Krankheitsverdächtigen.

11.1 Zur Unterrichtung der Ärzteschaft dienen die Merkblätter des Bundesgesundheitsamtes Nr. 18 „Verhütung und Bekämpfung der Pocken“ sowie Nr. 14 „Erkrankungen des Zentralnervensystems nach Pockenschutzimpfung“, die über den Dienstweg der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verteilung gebracht werden sollten. Den an den Bekämpfungsmaßnahmen, insbesondere an den Bevölkerungsimpfungen in öffentlichen Impfterminen beteiligten praktizierenden Ärzten sind außerdem die Richtlinien „Impfempfehlung beim Auftreten von Pockenerkrankungen“ nach Anlage 3 dieses Runderlasses auszuhändigen.

Anlage 3

11.2 Zur Unterrichtung der ansteckungsverdächtigen Personen (Kontaktpersonen) soll das Merkblatt des Bundesgesundheitsamtes Nr. 17 über die Pocken verteilt werden, und zwar am besten bei der Impfung dieses Personenkreises.

11.3 Zur Aufklärung der Bevölkerung über die Natur der Pockenerkrankung und deren epidemiologischen Auswirkungen sollte ein leicht verständlicher Aufsatz — ausgehend von dem Inhalt des Merkblatts Nr. 17 des Bundesgesundheitsamtes — zur Veröffentlichung in der Ortspresse vorbereitet werden. Um die Wiedergabe des vollen Wortlauts sicherzustellen, ist der Artikel als bezahlte Anzeige aufzugeben.

11.4 Zur Unterrichtung der Massenmedien ist eine besondere Informationsstelle einzurichten, die zweckmäßigerweise dem Hauptverwaltungsbeamten unmittelbar unterstellt wird. Alle Verlautbarungen sind sowohl mit der Sachverständigenkommission als auch mit der obersten Landesgesundheitsbehörde fernmündlich abzustimmen.

11.5 Die nicht unmittelbar betroffenen Regierungspräsidenten und die übrigen Gesundheitsämter des Landes werden von dem Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den jeweiligen Stand des Pockenausbruchs nach Bedarf durch Fernschreiben unterrichtet. Es ist dafür zu sorgen, daß die erhaltenen Informationen so schnell wie möglich an die Ärzteschaft des jeweiligen Kreises weitergegeben

werden, sofern es sich um hierfür geeignete Mitteilungen handelt.

12 Bereitstellung des erforderlichen Gerätes

Die erforderlichen Ausstattungsgegenstände (Schutzbekleidung, Impfbestecke, Desinfektionsmittel und -geräte sowie sonstige Gerätschaften) sind in Taschen oder Koffern griffbereit unterzubringen. Im Pockenalarmpfad ist aufzuführen, wo sie im Bedarfsfall zu finden sind. Entnahme- und Versandbestecke für Untersuchungsmaterial sind in einer besonderen Bereitschaftstasche für Sachverständige unterzubringen.

13 Merkblätter und Drucksachen

Die Merkblätter Nr. 14, 17 und 18 des Bundesgesundheitsamtes sowie die Richtlinien zum Verhalten der Krankenwagenfahrer nach Anlage 1 und „Impfempfehlung beim Auftreten von Pockenerkrankungen“ nach Anlage 3 sind in ausreichender Zahl zur Verteilung an Ärzteschaft, an Kontaktpersonen und an das Krankentransportpersonal bereitzuhalten. Die Merkblätter des Bundesgesundheitsamtes sind durch den Deutschen Ärzteverlag, 5 Köln-Braunsfeld 1, Postfach 1340, zu beziehen. Die Richtlinien nach den Anlagen 1 und 3 werden den Gesundheitsämtern in der erforderlichen Anzahl auf dem Dienstwege zugesandt. Vordrucke für Ordnungsverfügungen sowie Impfbuchvordrucke sind vorzubereiten.

Mehrausfertigungen des Einsatzplanes müssen den zuständigen Stellen zur Verfügung stehen.

II

Maßnahmen beim Auftreten von Pockenerkrankungen

14 Meldung, Klärung des Verdachts und Zusammenarbeit mit den Dienststellen der Bundeswehr

14.1 Meldung und Berichterstattung

Jede beim Gesundheitsamt eingehende Meldung eines „Pockenverdachtsalles“ ist zunächst epidemiologisch zu prüfen, wobei sich der Verdacht häufig schon wegen der fehlenden Kontaktmöglichkeiten als unbegründet herausstellen wird. Zur Unterrichtung über den jeweiligen Stand der Pocken-Endemiegebiete und der örtlichen Infektionsgebiete i. S. der Internationalen Gesundheitsvorschriften (i. d. F. d. Bekanntmachung v. 11. Dezember 1968 — BGBl. II S. 1129) ist die Wochenzeitschrift der Weltgesundheitsorganisation „Weekly Epidemiological Record“ zu halten¹⁾. Sprechen klinisches Bild, Krankheitsverlauf und die epidemiologischen Voraussetzungen für die Möglichkeit einer Pockenerkrankung, so wird der zuständige Regierungspräsident als Aufsichtsbehörde, der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen als oberste Landesgesundheitsbehörde sowie ggf. der Leiter der Sachverständigenkommission fernmündlich zu unterrichten (dienstliche und private Fernsprechnummern siehe unter 2.2).

14.2 Laboratoriumsdiagnostik

Untersuchungsmaterial zur Laboratoriumsdiagnostik ist nach Rücksprache mit dem Leiter der Sachverständigenkommission zu entnehmen und nach telefonischer Voranmeldung auf dem schnellsten Wege an die Bayerische Landesimpfanstalt, 8 München 50, Am Neudeck 1 (Tel.: 08 11 22 18 17) einzusenden.

14.3 Pockenalarm

Hat sich der Verdacht auf Grund des Ergebnisses der Laboratoriumsuntersuchungen bestätigt, sind der zuständige Regierungspräsident und der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales erneut unverzüglich fernmündlich zu benachrichtigen, der die für den Alarmfall vorgesehenen Maßnahmen veranlaßt (s. 3.1).

¹⁾ Zu beziehen durch den Buchhandel von der World Health Organization, CH 1211 Geneva 27, Schweiz

14.4 Zusammenarbeit mit den zuständigen Dienststellen des Wehrbereichs III

Der Wehrbereichsarzt III in Düsseldorf wird von dem Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom Auftreten von Pockenerkrankungen in der Zivilbevölkerung fernmündlich oder fernschriftlich benachrichtigt. Beim Auftreten einer Pockenerkrankung bei einer kasernierten Bundeswehreinheit unterrichtet der Standortarzt das zuständige Gesundheitsamt, das wie unter 14.3 verfährt.

Die Bundeswehr verfügt über einen eigenen Pockenalarmkalender und über eigene Absonderungs- und Behandlungseinrichtungen.

15 Örtlicher Einsatzleiter

Der Hauptverwaltungsbeamte oder der Regierungspräsident bestimmen den örtlichen Einsatzleiter, der einen zentralen Organisationsstab bildet und nach einer bereits vorher festgelegten Teilnehmerliste zur Einsatzbesprechung einberuft.

16 Einsatzbesprechung und Verteilung der Aufgaben

Für die Durchführung der im folgenden aufgeführten Aufgaben sind verantwortliche Leiter zu bestimmen:

- 16.1 Mit dem Leiter der Krankentransportorganisation sind das Personal und die Fahrzeuge für die getrennte Beförderung von Pockenkranken, von krankheitsverdächtigen und von ansteckungsverdächtigen Personen (Kontaktpersonen ersten Grades) einzuteilen.
- 16.2 Ermittlung der ansteckungsverdächtigen Personen und deren Impfung.
- 16.3 Räumung und Vorbereitung der vorher bestimmten Quarantänestationen.
- 16.4 Fühlungnahme mit der Ärzteschaft über die ärztlichen Standesorganisationen.
- 16.5 Organisation des Polizeieinsatzes mit den Aufgaben der Bewachung der Quarantänestationen, der Haus-Quarantänen und ggf. der Transportbegleitung. Sicherstellung der ordnungsbehördlichen Funktionen.

16.6 Einrichtung von Impfstellen für die Bevölkerungsimpfung.**17 Örtliches Gebiet und örtliches Infektionsgebiet**

Als örtliches Gebiet i. S. der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) gilt in der Regel der Kreis oder die kreisfreie Stadt. Ausnahmen bilden in Nordrhein-Westfalen die Verkehrsflughäfen Düsseldorf und Köln-Bonn, bei denen ein unmittelbares Durchgangsgebiet errichtet worden ist, sowie die Bereiche des Landeskrankenhauses Bedburg-Hau und des Herz-Maria-Krankenhauses in Wimbern mit den dazugehörigen Pockenbehandlungsstellen, die als besondere „örtliche Gebiete“ abgegrenzt wurden.

Ein örtliches Pocken-Infektionsgebiet ist ein örtliches Gebiet, in dem ein Pockenfall aufgetreten ist, der weder eingeschleppt noch in dieses Gebiet verlegt worden ist. Auf die Meldung der obersten Landesgesundheitsbehörde (Gesundheitsverwaltung i. S. der IGV) gibt die Weltgesundheitsorganisation (WGO) das örtliche Infektionsgebiet durch Kurzwellensendung und im „Weekly Epidemiological Record“ bekannt.

Das örtliche Infektionsgebiet wird der WGO als infektionsfrei gemeldet und von dieser als solches bekanntgegeben, wenn nach Feststellung des letzten Falles innerhalb der Quarantäne bzw. nach dem Tod oder der Absonderung des letzten außerhalb der Quarantäne festgestellten Falles 28 Tage verstrichen sind und auch in Nachbargebieten kein weiterer Pockenfall aufgetreten ist.

C**Aufhebung von Erlassen, Bestellung der Mehrstücke**

Der RdErl. d. Innenministers v. 17. 7. 1967 (SMBL. NW. 21260) wird hiermit aufgehoben.

Es wird empfohlen, die zum dienstlichen Gebrauch erforderlichen Mehrstücke dieses Runderlasses umgehend beim Verlag des Ministerialblattes zu bestellen. Auf die in dieser Nummer des Ministerialblattes eingedruckten Lieferungsbedingungen wird hingewiesen.

Anlage 1

**Richtlinien
zum Verhalten der Krankenwagenfahrer beim
Eintreffen in der Pockenbehandlungsstelle**

- 1 Kontaktaufnahme mit dem Versorgungspersonal
Dem Versorgungspersonal, das auf Klingelsignal das Tor der äußeren Umzäunung öffnet, ist bekanntzugeben, ob sich in dem Krankenwagen Pockenranke (mit gesicherter Diagnose), krankheitsverdächtige oder ansteckungsverdächtige Personen befinden. Entsprechend werden die Wagen zur Isolierstation, zur Vorisolierstation oder zur Quarantänestation eingewiesen.
- 2 Einschleusung der Kranken, krankheitsverdächtigen und ansteckungsverdächtigen Personen
- 2.1 **Einschleusung von Pockenkranken in die Isolierstation:**
 - 2.11 Ist der Pockenranke gehfähig und vermag er ohne Hilfe den Krankenwagen zu verlassen (z. B. ein im Austrocknungsstadium der Pusteln befindlicher Kranker), legen die Fahrer lediglich Mundschutz an, um die äußere Schleusentür unter Druck auf den Verriegelungsknopf zu öffnen. Der Fahrer zieht sich sodann auf eine Entfernung von 4–5 m zurück; erst dann öffnet der Kranke den Krankenwagen und begibt sich in die Schleuse, deren Außentür er schließt.
 - 2.12 Muß der Pockenranke in die Station getragen werden, legen Fahrer und Beifahrer die vollständige Schutzkleidung einschl. Mundschutz an, öffnen die äußere Schleusentür und dann den Krankenwagen, tragen den Kranken in den Schleusenraum, wo er auf das dort bereitgestellte Bett oder auf eine fahrbare Trage gelegt wird. Hierbei trägt der Kranke Mundschutz, um die Virusstreuung bei der Ausatmung oder beim Husten einzuschränken.
Die zum Krankenwagen gehörende Trage wird — ohne Decken und Bezug, die in der Schleuse verbleiben — zurückgebracht.
 - 2.13 Fahrer und Beifahrer begeben sich mit dem Wagen in die Desinfektionsgarage, wo der Innenraum des Wagens zunächst im Spray-Verfahren mit Formalin desinfiziert wird. Der Schutzanzug wird hierzu noch anbehalten; das mit Formalin gefüllte Sprühgerät befindet sich betriebsbereit in der Garage.
Anschließend wird das ebenfalls in der Garage befindliche Gerät zur Formalin-Wasserdampf-Desinfektion (nach Flügge) in Betrieb gesetzt, die Garage verlassen und die Türen dicht geschlossen. Einwirkungsdauer des Formalin-Wasserdampfes mindestens 6 Stunden; anschließend Neutralisation mittels Ammoniak.
 - 2.14 Vor der Garage wird die Schutzkleidung abgelegt und in die vorbereiteten Beutel, die zunächst im Freien liegenbleiben, gesteckt. Fahrer und Beifahrer begeben sich sodann in den Duschraum der Fahrerunterkunft, wo sie ihre Dienstkleidung ablegen und diese in Leinensäcke stecken. Nach Händedesinfektion**) und Dusche Anlegen neuer Kleidung, die in einem Beutel mitgebracht und vor der Einschleusung der Kranken bei der Fahrerunterkunft abgelegt worden ist.
Anschließend werden die Beutel mit der gebrauchten Dienstkleidung und ggf. mit der gebrauchten Schutzkleidung (sofern es sich um Stoff-Schutzkleidung handelt) zur Dampfdesinfektion gebracht und hierzu vor dem Raum mit der Zapsäule neben der Unterkunft des Versorgungspersonals abgelegt. Das Versorgungspersonal führt die Desinfektion durch, ohne vorher die Säcke zu öffnen.
Verbrennbare Schutzkleidung wird ebenfalls vor dem Raum mit dem Dampfdesinfektionsapparat ab-

gelegt; der geschlossene Beutel wird von dem Versorgungspersonal zum Einwurf in den Verbrennungssofen zu gegebener Zeit in die Isolierstation eingeschleust.

- 2.15 Nach Ablegen der zur Desinfektion oder Verbrennung bestimmten Säcke begeben sich die Fahrer in ihre Unterkunft, wie sie die für die Desinfektion des Krankenwagens festgesetzte Zeit abwarten. Hier-nach sind sie mit ihrem Fahrzeug wieder einsatzbereit.
- 2.2 **Einschleusung von krankheitsverdächtigen Personen in die Vorisolierstation:**
Bei der Einschleusung von krankheitsverdächtigen Personen ist im wesentlichen wie unter 1.1 zu ver-fahren.
- 2.3 **Einschleusung von ansteckungsverdächtigen Per-sonen in die Quarantänestation:**
Die Einschleusung der gehfähigen und gesunden an-steckungsverdächtigen Personen vollzieht sich ohne weitere Hilfe durch den Fahrer des Krankenwagens, der lediglich für die Öffnung der Schleusentür sorgt. Fahrer und Beifahrer, die abgesehen von dem Mund-schutz einen zusätzlichen Schutzanzug nicht anzu-legen brauchen, gelten nur als Kontaktpersonen zweiten Grades und brauchen deshalb nicht abgeson-dert zu werden. Sie können mit ihrem Fahrzeug ohne weitere Desinfektionsmaßnahme auf dem Gelände der Pockenbehandlungsstelle zu ihrer Einsatz-Dienst-stelle zurückkehren. Gegebenenfalls ist wegen ihrer weiteren Verwendung das zuständige Gesund-heitsamt zu hören.
- 3 Absonderung der Fahrer und Beifahrer als „anstek-kungsverdächtige Personen“
- 3.1 Die Fahrer und Beifahrer von Krankenkraftwagen, in denen Pockenranke oder krankheitsverdächtige Per-sonen befördert worden sind, bei denen sich der Verdacht später bestätigt hat, sind ansteckungsver-dächtige Personen (Kontaktpersonen ersten Grades), die nach § 37 Abs. 1 BSeuchG abgesondert werden müssen. Da mit einer eigenen Infektiosität frühe-stens 7 Tage nach dem ersten Kontakt mit einem Pockenkranken zu rechnen ist, kann für diese Zeit der weitere Einsatz, z. B. beim Trans-port von Kontaktpersonen in die Quarantäne-station der betroffenen Gemeinde, verantwortet wer-den. In dieser Zeit ist jeder Kontakt der Fahrer und Beifahrer mit anderen Personen als den genannten zu vermeiden. Hierzu werden sie am besten in der Fahrerunterkunft auf dem Gelände der PBSt. oder nach Vorschlag des zuständigen Gesundheitsamtes an einer anderen geeigneten Stelle untergebracht.
- 3.2 Spätestens am 8. Tag nach dem Kontakt und dem da-mit möglichen Infektionstermin müssen auch Fahrer und Beifahrer vollständig abgesondert werden. Dies geschieht am zweckmäßigsten in der Quarantäne-station der Pockenbehandlungsstelle. Je nach Ent-scheidung der zuständigen Ordnungsbehörde unter Beteiligung des Gesundheitsamtes kommt aber auch eine andere geeignete Absonderung in Betracht.
- 3.3 Ausnahmsweise kann das Krankentransportpersonal mit Zustimmung des zuständigen Amtsarztes und im Einvernehmen mit der Sachverständigenkommission über den 7. Tag nach dem Erstkontakt in den Fah-ererunterkünften und im Einsatz verbleiben, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: optimaler Impfschutz, Gebrauch eines wirksamen Infektions-schutzes (Poly-Glocke) bei jedem Transport von Kranken oder Krankheitsverdächtigen, sorgfältige Durchführung der Desinfektionsmaßnahmen und zu-verlässige Überwachung des Gesundheitszustandes durch täglich zweimalige Temperaturkontrolle.
- 3.4 Fahrer und Beifahrer von Krankenwagen, in denen lediglich ansteckungsverdächtige Personen befördert worden sind, brauchen zwar als Kontaktpersonen zweiten Grades nicht abgesondert zu werden; es empfiehlt sich aber, sie gemäß § 36 des Bundes-Seu-chengesetzes für die Dauer der Inkubationszeit, d. i. insgesamt 18 Tage, unter Beobachtung zu stellen.

**) Händedesinfektion mit Rapidosept aus dem Desinfektionsmittel-spenders für die Dauer von 2 bis 5 Minuten.

Anlage 2

**Dienstliche Anordnung
von Schutzimpfungen im Rahmen des
Beamtenrechts**

I.

Zur Frage der Zulässigkeit der dienstlichen Anordnung von Schutzimpfungen im Rahmen des Beamtenrechts besteht die Auffassung, daß eine Verpflichtung der zum Einsatz bei der Pockenbekämpfung vorgesehenen Beamten und damit auch der Polizeivollzugsbeamten, sich regelmäßig gegen Pocken schützen lassen, aus folgenden Gründen zu bejahen ist:

1. Die Grundrechte der in einem besonderen Gewaltverhältnis stehenden Beamten unterliegen den Einschränkungen, die durch Sinn und Zweck des Beamtenverhältnisses gefordert werden.
2. Dem Beamten obliegt die Verpflichtung, sich gesund zu erhalten, denn er „hat sich mit voller Hingabe seinem Beruf zu widmen“ (§ 36 Satz 1 BRRG; § 57 LBG NW). Für bestimmte Beamtengruppen ergibt sich daraus die Pflicht zum Einsatz des Lebens und der Gesundheit. Gegerüber dieser durch das besondere Gewaltverhältnis begründeten Verpflichtung muß die Berufung des Beamten auf das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit zurücktreten.
3. Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit des Beamten (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) hat zugunsten überwiegender Interessen der Allgemeinheit — hierzu gehören auch vorbereitende Maßnahmen zur Pockenbekämpfung oder Verhütung anderer Seuchen — zurückzutreten. Es gehört zu den Pflichten des Beamten, „bei seiner Amtsführung auf das Wohl der Allgemeinheit Bedacht zu nehmen“ (§ 35 Abs. 1 Satz 2 BRRG; § 55 Abs. 1 Satz 2 LBG NW). Als mögliche Kontaktperson zu einem Pockenkranken wäre der Beamte aber eine Gefahr für die Allgemeinheit.
4. Aus der Dienst- und Treuepflicht des Beamten läßt sich schließlich auch eine Pflicht zur Duldung zumutbarer ärztlicher Eingriffe und Behandlungen ableiten, wie sie dem Soldaten nach § 17 Abs. 4 Satz 3 des Soldatengesetzes auferlegt ist. Hierfür spricht auch die Tatsache, daß kasernierte Polizeivollzugsbeamte verpflichtet werden können, bestimmte ärztliche Eingriffe zu dulden.

Allerdings müssen bei Eingriffen in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit und Erforderlichkeit besonders beachtet werden. Es sollte deshalb bei vorbereitenden Maßnahmen im Rahmen eines Pockenalarmpflichtes zunächst auf solche Beamte zurückgegriffen werden, die sich freiwillig impfen lassen. Erst wenn entsprechenden Aufrufen der gewünschte Erfolg versagt bleibt, muß die dienstliche Anordnung von Pockenschutzimpfungen — beschränkt auf das erforderliche Maß — in Erwägung gezogen werden.

II.

Die dienstliche Anordnung von Schutzimpfungen bei Angestellten ist nur möglich, wenn eine entsprechende Vereinbarung im Rahmen des Anstellungsvertrages getroffen worden ist.

Anlage 3

Impfpflicht beim Auftreten von Pockenerkrankungen

Beim Auftreten von Pockenerkrankungen sind Impfmaßnahmen durchzuführen, die in erster Linie den Schutz der gefährdeten Personengruppen, dann aber auch den Schutz der Allgemeinheit zum Ziele haben.

1. Alle ansteckungsverdächtigen Personen (Kontaktpersonen 1. Grades) sind vordringlich der Pockenschutzimpfung zu unterziehen.
2. ebenso das ärztliche und pflegerische Personal, das Pockenranke, krankheits- und ansteckungsverdächtige Personen zu betreuen hat und dessen Impfschutz nicht ausreichend ist (erfolgreiche Wiederimpfung vor mehr als einem Jahr).
3. Der Bevölkerung ist die Möglichkeit zur freiwilligen Wiederimpfung zu geben, soweit nicht nach § 15 Bundes-Seuchengesetz die Pflichtimpfung gegen Pocken angeordnet wurde.
4. Die gesetzlich vorgeschriebenen Erst- und Wiederimpfungen, die im gleichen Kalenderjahr fällig werden, sind unverzüglich in besonderen Impfterminen durchzuführen. Überalterte Erstimpfungen sollen nicht in öffentlichen Impfterminen geimpft werden. Bei Einzelimpfungen ist ihre Impffähigkeit sorgfältig zu prüfen.

Bei der Durchführung der Impfmaßnahmen sind folgende Richtlinien zu beachten:

Allgemeines

Beurteilung der Impffähigkeit

In den öffentlichen Terminen zur freiwilligen Wiederimpfung der Bevölkerung sind die in Nr. 6 der Anlage 3 zum RdErl. „Ausführungsbestimmungen zum Impfgesetz“ v. 14. 1. 1960 (SMBI. NW. 21260) genannten Gegenindikationen zu berücksichtigen. Bei der Impfung von Kontaktpersonen 1. Grades sind dagegen wegen des hohen Erkrankungsrisikos nur besonders schwerwiegende Gegenanzeigen als Impfhindernis zu bewerten (s. zu 1).

Zahl und Länge der Impfschnitte sollen nach dem Gefährdungsgrad des Impflings variiert werden (bis zu 4 Schnitte von 3 mm Länge in etwa 20 mm Abstand).

Bei allen Impfungen ist ein den Forderungen der Weltgesundheitsorganisation entsprechender Impfstoff mit über $1 \cdot 10^6$ I. E. ml zu verwenden.

Zu 1 Pockenschutzimpfung ansteckungsverdächtigter Personen (Kontaktpersonen 1. Grades)

1.1 Kontaktpersonen 1. Grades

Als Kontaktpersonen 1. Grades haben solche Personen zu gelten, die im Zeitraum der wahrscheinlichen Ansteckungsfähigkeit (Infektiosität) eines Pockenranken oder Krankheitsverdächtigen körperlichen oder räumlichen Kontakt mit diesem gehabt haben. Hierzu gehören Sprechverkehr, Anhusten, Pflegeleistungen, Untersuchungen, Händegeben und Berührung der Leib- und Bettwäsche sowie der sonstigen Wäsche (Handtücher) des Kranken bzw. Krankheitsverdächtigen.

Über diese hauptsächlichsten Ansteckungsmöglichkeiten im unmittelbaren Bereich des Erkrankten hinaus ist in selteneren Fällen, insbesondere beim Vorhandensein ausgeprägter akuter Schleimhautveränderungen, in geschlossenen Räumen eine Infektion auch in größerer Entfernung vom dem Kranken auf aerogenem Wege möglich.

Der Kreis der Kontaktpersonen 1. Grades ist deshalb stets entsprechend der jeweiligen Situation abzugrenzen. Beispielsweise ist auf die Möglichkeit zu achten, daß Insassen und Personal eines Krankenhauses, gegebenenfalls auch Besucher, zu den Kontaktpersonen 1. Grades gehören können.

wenn in dem Krankenhaus ein bis dahin unbekannter Pockenkranker festgestellt wird. Auch Neugeborene können zu Kontaktpersonen werden, die geimpft werden müssen.

1.2 Zeitgerechte, erfolgreiche Impfung

Da nach der Infektion mit dem Variola-Virus nur eine zeitgerechte und erfolgreiche Impfung den Verlauf der Pockenerkrankung zu mildern oder die Erkrankung zu verhindern vermag, sind die Impfmaßnahmen bei Kontaktpersonen 1. Grades sofort nach Bekanntwerden der Pockenerkrankung durchzuführen. Für eine zeitgerechte Impfung ist zu beachten:

Die Inkubationszeit beträgt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle 11—12 Tage. Dies vorausgesetzt, kann von einer Inkubationsimpfung bei einem bisher Ungeimpften nur dann ein günstiger Einfluß (Verhinderung des Ausbruchs oder milderer Verlauf der Erkrankung) erwartet werden, wenn sie innerhalb der ersten drei Tage nach der Infektion mit Erfolg vorgenommen wurde.

Bei Erstimpfungen ist zur Verstärkung der Erfolgsaussicht gleichzeitig mit der Schnittimpfung Vaccine-Antigen (2—4 ml) zu verabfolgen. Außerdem ist Gamma-Globulin zu injizieren, wenn die lokale Impfreaktion das Angehen der Impfung anzeigt (siehe hierzu auch „Sonstige immunprophylaktische Maßnahmen“).

Bei einem Wiederimpfung wird mit einer erfolgreichen Auffrischungsimpfung der bereits bestehende Schutz in wenigen Tagen ausreichend erhöht. In diesen Fällen vermag die Impfung noch bis zum achten Tag nach der Infektion einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Pockenerkrankung auszuüben.

Da der Infektionstermin oft nicht genau bekannt ist, der Kontakt außerdem mehrere Tage bestanden haben kann, sollte auch dann geimpft werden, wenn Beginn und Ende der etwaigen Inkubationszeit nicht näher festgelegt werden können.

Steht der vermutete Ausbruch der Pockenerkrankung bei bekannter Kontaktzeit unmittelbar bevor, so sind lediglich die unter 1.4 angeführten immunprophylaktischen Sondermaßnahmen sofort einzuleiten.

Als erfolgreiche Impfung ist beim ansteckungsverdächtigen Wiederimpfung die Bläschen- oder Pustelreaktion mit beschleunigtem Verlauf anzusprechen. Da die Knötchenreaktion häufig nur Ausdruck einer vaxzinalen Allergie ist, muß in diesem Fall angesichts des erhöhten Erkrankungsrisikos, genau wie beim Fehlen jeder Lokalreaktion, sofort bei der zeitgerechten Nachschau nachgeimpft werden. Zur Vergrößerung der Aussichten auf Impferfolg ist es angezeigt, bei Kontaktpersonen 1. Grades, also auch bei Ärzten und dem Pflegepersonal von zunächst nicht erkannten Pockenranken (siehe zu 2), die Erst- und Wiederimpfung mit bis zu 4 soliden Impfschnitten auszuführen.

Die Nachschau ist erstmalig am 3. und außerdem am 4. Tag vorzunehmen, damit eine etwa erforderliche Nachimpfung noch rechtzeitig möglich ist. Bei der Nachimpfung, die sogleich am Tage der Nachschau vorgenommen werden muß, sind wieder mehrere Impfschnitte — bis zu 4 — zu legen.

1.3 Gegenindikationen

Wegen der hohen Gefahr, die eine Pockenerkrankung mit sich bringt (Letalitätsrisiko bei Ungeimpften bis zu 50%), sind bei Kontaktpersonen 1. Grades nur wenige der sonst zu beachtenden Gegenindikationen zu berücksichtigen:

Nicht zu impfen sind Personen mit akuten oder manifesten chronischen Ekzemen und Schwerkranken.

Bei Kranken auf Krankenstationen ist Rücksprache mit dem behandelnden Arzt notwendig.

Von den unter 1.4 aufgezählten Möglichkeiten der sonstigen immunprophylaktischen Maßnahmen ist bei nicht impffähigen Personen besonders Gebrauch zu machen; gegebenenfalls sollte man unter Gamma-Globulin-Schutz impfen.

Die gegenüber anderen Impfungen vorgesehenen Zeitabstände können in Abwägung des hohen Erkrankungsrisikos bei Kontaktpersonen 1. Grades vernachlässigt werden.

1.4 Sonstige immunprophylaktische Maßnahmen

Ist bei Kontaktpersonen 1. Grades nach dem vermutlichen Infektionstermin der zeitliche Grenzbereich für eine erfolgversprechende Impfung eindeutig überschritten oder handelt es sich um nicht impffähige Personen, wurde keine Impfreaktion bzw. nur eine Knötchenreaktion erzielt und ist die Nachimpfung wegen der fortgeschrittenen Inkubationszeit nicht mehr erfolgversprechend, ist in der Regel Gamma-Globulin zu verabfolgen, und zwar je früher, desto besser. Mit Gamma-Globulin erreicht man einen begrenzten passiven Immunisierungseffekt.

Bei Erwachsenen werden in der Regel 15 ml Gamma-Globulin i. m. gegeben, bei Kindern weniger, aber nicht unter 10 ml. In zweitägigen Abständen, gegebenenfalls auch täglich, können weitere 2 bis 5 ml Gamma-Globulin (insgesamt etwa 20 bis 30 ml) verabfolgt werden. Die Gefahr der Sensibilisierung kann vernachlässigt werden, da es sich um ein menschliches Serumprodukt handelt.

Gamma-Globulin kann grundsätzlich auch während der Erkrankung gegeben werden, doch ist seine Wirksamkeit nach Einsetzen der Virämie fraglich; es ist aber gegen Sekundärinfektionen von Bedeutung.

Es empfiehlt sich, bis gegen Ende der Inkubationszeit (etwa bis zum 9. Tag nach dem Kontakt) zusätzlich zur Gamma-Globulin-Gabe Vaccine-Antigen (formalininaktivierte Vaccine nach Herrlich) intramuskulär (!) — bis zu insgesamt 3 bis 4 ml — zu verabfolgen. Mit Vaccine-Antigen erreicht man eine begrenzte aktive Immunisierung, die sich bei Wiederimpfungen als rasch eintretender Booster-Effekt auswirkt, und die bei bisher Ungeimpften nach etwa 4 Tagen beginnt.

Steht spezifisches, d. h. von kürzlich erfolgreich vakzinieren Personen gewonnenes Gamma-Globulin zur Verfügung — auch als Vaccine-Hyperimmun-Gammaglobulin bezeichnet —, so ist dieses bei gleicher Dosierung dem allgemeinen Gamma-Globulin vorzuziehen.

Des weiteren kann Rekonvaleszenten-Serum, gewonnen von genesenen Pockenkranken, eingesetzt werden. Die Dosierung liegt bei etwa 100 ccm. Das Serum wird intravenös gegeben und kann auch mehrfach verabfolgt werden. Ebenfalls kann Serum oder Plasma, auch als Plasma-Konserven, das von kürzlich erfolgreich geimpften Personen gewonnen wurde, Anwendung finden.

Schließlich ist an die Frühbehandlung mit dem chemotherapeutikum Marboran zu denken. Wegen seiner schlechten Verträglichkeit und hohen Toxizität muß seine Anwendung — zur Zeit noch — auf besondere Einzelfälle beschränkt bleiben.

- Zu 2 Impfung des ärztlichen und pflegerischen Personals
In Pockenbehandlungsstellen sollen nur gesunde Personen tätig werden. Voraussetzung für den Einsatz in Pockenbehandlungsstellen und Quarantänestationen ist, daß das dafür vorgesehene ärztliche und pflegerische Personal einen ausreichenden

Impfschutz — erfolgreiche Wiederimpfung vor weniger als einem Jahr — besitzt. Das gleiche trifft für Krankenwagenfahrer, Desinfektoren und weiteres Hilfspersonal zu.

Bei planmäßiger Vorbereitung in pockenfreier Zeit kann neben der Bläschen- oder beschleunigten Pustelreaktion auch eine deutliche Knötchenreaktion als Zeichen eines ausreichenden Impfschutzes gewertet werden, und zwar dann, wenn Impfnarben von früheren Impfungen nachzuweisen sind und wenn trotz Nachimpfung keine andere Reaktion zu erzielen ist.

Angeichts der Wichtigkeit des hier benötigten Impfschutzes ist von der Möglichkeit, mit mehreren Schnitten zu impfen, Gebrauch zu machen.

Über die Impfungen soll bei der Einsatzdienststelle eine Liste oder Karte mit genauer Angabe des Impferfolgs angelegt und bei den in Jahresabständen zu wiederholenden Impfungen weitergeführt werden. Kommt es bei diesen Wiederholungsimpfungen zu Knötchenreaktionen, ist je nach den früheren Impfergebnissen zu entscheiden; in der Regel wird eine Nachimpfung angezeigt sein.

Für den Fall, daß ein zunächst unerkannter Pockenkranker in eine allgemeine Krankenstation eingeliefert wurde, ist bei der Impfung des Personals der Station wie bei Kontaktpersonen ersten Grades (siehe zu 1) zu verfahren, auch dann, wenn die letzte Wiederimpfung weniger als drei Jahre zurückliegt.

Es sollte vermieden werden, daß Personen, deren Impfschutzunsicher ist, zur Pflege von Pockenkranken eingesetzt werden.

Zu 3 Freiwillige Wiederimpfung der Bevölkerung

Als Wiederimpfungen gelten nur Personen bei denen Narben nach vorausgegangener Pockenschutzimpfung festzustellen sind.

Die Impfung ist angezeigt, wenn die vorausgegangene Erst- und Wiederimpfung mehr als drei Jahre zurückliegt.

Schwangere (nur echte Wiederimpfungen!) sind frühestens nach Vollendung des dritten Schwangerschaftsmonats zu impfen. Kurz vor der Entbindung sollte von einer Impfung Abstand genommen werden.

Die in den Ausführungsbestimmungen zum Impfgesetz bekanntgegebenen Gegenindikationen sind zu beachten. Allergie ist in der Regel nur als akute allergische Erkrankung ein Impfhindernis.

Bei der Impfung von Erwachsenen sind zwei solide Impfschnitte im Abstand von 25 mm zu setzen.

Bei Personen, die das 50. Lebensjahr überschritten haben und die seit ihrem 12. Lebensjahr nicht wieder erfolgreich geimpft worden sind, ist tunlichst wegen der erfahrungsgemäß häufig zu erwartenden starken Reaktion nur ein Impfschnitt zu setzen.

Aus dem gleichen Grund kann Personen von mehr als 65 Jahren von der Wiederimpfung abgeraten werden, falls die Möglichkeit eines Kontaktes mit Pockenkranken mit Sicherheit auszuschließen ist. Grundsätzliche Bedenken bestehen nicht, falls die Impfung trotzdem gewünscht werden sollte.

Es empfiehlt sich, wenigstens bei einem größeren Teil der Geimpften eine Nachschau durchzuführen, um den Erfolg der Aktion beurteilen zu können, und zwar zweckmäßig am 4. Tag nach der Impfung. Die Knötchenreaktion kann hier als ausreichend angesehen werden. Einer Nachimpfung steht dennoch nichts im Wege.

Zu 4 Gesetzliche Erst- und Wiederimpfungen

Die nach dem Impfgesetz im gleichen Kalenderjahr fällig werdenden Pockenschutz-Pflichtimpfungen (Erstimpfungen und Wiederimpfungen der

12jährigen) sollen sofort eingeleitet werden. Hierfür sind unter Beachtung der Ausführungsbestimmungen zum Impfgesetz Impftermine durchzuführen.

Überalterte Erstimpflinge, d. h. Impfpflichtige, die das 3. Lebensjahr vollendet haben, ohne gegen Pocken geimpft worden zu sein, sind außerhalb der öffentlichen Impftermine auf ihre Impffähigkeit zu untersuchen. Dabei ist festzustellen, ob in Anbetracht des Erkrankungsrisikos die generell angenommene erhöhte Gefahr einer Impfschädigung dieser Personen im Einzelfall zurücktritt.

Die Bestimmungen des RdErl. „Pockenschutzimpfung überalterter Erstimpflinge“ v. 30. 7. 1962 (SMBL NW. 21261) sind zu beachten.

Hiernach ist es zulässig, zur Verminderung des Impfrisikos die Erstimpfung unter Gamma-Globulin-Schutz oder Vorimpfung mit Vaccine-Antigen vorzunehmen.

Mit Gamma-Globulin wird eine begrenzte passive, mit Vaccine-Antigen eine aktive Immunisierung erreicht. In jedem Fall sind körperliche Schonung (Zimmeraufenthalt, Vermeidung von Sonnenbestrahlung) und leichte, eiweiß- und salzarme Kost in der Zeit vom 4. bis 12. Tag nach der Schnittimpfung zur Auflage zu machen.

Im einzelnen ist zu beachten:

a) Impfung nach Vorimpfung mit inaktivierter Vaccine („Vaccine-Antigen“ nach Herrlich):

1 bis 2 ml Vaccine-Antigen werden tief subkutan in der Regel in den Oberarm (Ansatz des Deltamuskeis), appliziert. Die Hauptimpfung folgt frühestens eine Woche nach der Vorimpfung. Überschreitet der Abstand mehrere Monate, muß nochmals mit Vaccine-Antigen vorgeimpft werden.

b) Impfung unter Gamma-Globulin-Schutz:

3 bis 5 ml Gamma-Globulin (je nach Alter bzw. Größe und Gewicht des Impflings) werden intramuskulär appliziert. In der gleichen Sitzung wird dann mit zwei Schnitten von 3 mm Länge im Abstand von 2 cm die Pockenschutzimpfung durchgeführt.

Ebenso ist zu verfahren, wenn Vaccine-Hyperimmun-Gamma-Globulin zur Verfügung steht.

Die Impfnachsicht ist für Erstimpfungen am sechsten, spätestens am achten Tag nach der Impfung vorgeschrieben. Nach Vorimpfung wird sie am besten 14 Tage nach der Schnittimpfung bzw. nach Abklingen der akuten Erscheinungen vorgenommen. Eine erste Beurteilung ist am 4. Tag möglich.

— MBL NW. 1970 S. 1492.

Einzelpreis dieser Nummer 1,80 DM

Einzellieferungen nur durch den August Bagel Verlag, Düsseldorf, gegen Voreinsendung des Betrages zuzügl. Versandkosten (Einzelheft 0,30 DM) auf das Postscheckkonto Köln 85 16 oder auf das Girokonto 35 415 bei der Westdeutschen Landesbank, Girozentrale Düsseldorf. (Der Verlag bittet, keine Postwertzeichen einzusenden.) Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer bei dem August Bagel Verlag, 4 Düsseldorf, Grafenberger Allee 100, vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen.

Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen.

Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgegeben von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, Elisabethstraße 5. Druck: A. Bagel, Düsseldorf; Vertrieb: August Bagel Verlag, Düsseldorf. Bezug der Ausgabe A (zweiseitiger Druck) und B (einseitiger Druck) durch die Post. Ministerialblätter, in denen nur ein Sachgebiet behandelt ist, werden auch in der Ausgabe B zweiseitig bedruckt geliefert. Bezugspreis vierteljährlich Ausgabe A 15,80 DM, Ausgabe B 17,— DM.

Die genannten Preise enthalten 5,5 % Mehrwertsteuer.