

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jürgen Klimke, Klaus Brähmig, Ernst Hinsken, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU  
– Drucksache 15/4084 –**

### **Reisemedizinische Vorsorge und Abwehr grenzüberschreitender Infektionskrankheiten**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Im Zuge der Globalisierung erhöht sich die Mobilität in Europa und der gesamten Welt enorm. Der Tourismus und der internationale Reiseverkehr auch in bisher abgelegene Gebiete wird immer bedeutender. In vielen Entwicklungsländern, aber teilweise auch in osteuropäischen Staaten sind die medizinischen Standards – z. B. in Form von Kontrolleinrichtungen – nicht mit denen Deutschlands vergleichbar. Zudem treten in Afrika, Osteuropa, Zentralasien und in tropischen Ländern gefährliche Infektionskrankheiten auf. Zunehmende Reisen in entsprechende Regionen stellen aufgrund des hohen Ansteckungsgrades solcher Infektionskrankheiten nicht nur eine Gefahr für Leben und Gesundheit von Touristen und Geschäftsreisenden aus Deutschland dar, sondern auch eine nicht zu unterschätzende Gefahr der schnellen, grenzüberschreitenden Weiterverbreitung.

Jährlich sind gegenwärtig weltweit über 1,6 Milliarden Flugpassagiere unterwegs, wobei dem Weltluftverkehr nach wie vor deutliche Wachstumsraten prognostiziert werden. Knapp ein Drittel aller vorzeitigen Todesfälle weltweit sind auf Infektionskrankheiten zurückzuführen. Da die offensichtliche Bedrohung durch Seuchen nicht an nationalen Grenzen halt macht, müssen für den zunehmenden Reiseverkehr in und aus Regionen mit Infektionsgefahr entsprechend wirksame Maßnahmen zur Prävention und Reaktion getroffen werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf verbesserte reisemedizinische Beratung und Einreisekontrollen.

In den letzten Jahren ist die Gefahr der weltweiten Ausbreitung eines neuartigen, lebensgefährlichen Erregers mit hohem Ansteckungsgrad vor allem durch die SARS-Erkrankungen (Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom) ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gelangt. Diese erste neue Seuche des 21. Jahrhunderts führte weltweit zu über 8 000 Erkrankungen und 744 Todesfällen. Bei der Verbreitung der Seuche wurden unübersehbare Mängel in der europäischen Seuchenbekämpfung deutlich. Experten bewerteten die Informationen seitens der Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Organization) und der USA als gut, die Informationen aus Europa hingegen als unbrauchbar.

Zudem beklagen zahlreiche Forscher immer wieder, dass Europa und auch Deutschland dem Kampf gegen ansteckende Krankheiten zu wenig Beachtung schenke. Dazu gehören z. B. die zum Teil unterschätzten Krankheiten Tuberkulose, Malaria und Grippe. Dabei sterben weltweit jährlich zwei Millionen Menschen an Tuberkulose und über 1,5 Millionen Menschen an Malaria. Im vergangenen Winter starben allein in Deutschland rund 16 000 Menschen an Grippe.

Untersuchungen und Studien belegen, dass der Impfschutz und die Infektionsprophylaxe bei Reisen in Entwicklungsländer nicht ausreichend sind und dass Gesundheitsrisiken bei Reisenden in touristisch beliebte Schwellen- und Entwicklungsländer oft falsch eingeschätzt werden. Auch von staatlicher Seite wird den mit dem Reiseverkehr verbundenen Gesundheitsrisiken häufig eine zu geringe Bedeutung beigemessen. Es bedarf daher einer detaillierten Abschätzung und Analyse von Gefahrenlagen, einer besseren gesundheitlichen Vorsorge und reisemedizinischen Beratung, der Erstellung von Verhaltenskodizes für Touristen und Infizierte, bundesweiter Notfallpläne sowie der Gewährleistung einer schnellen Entwicklung und Verbreitung von Impfstoffen.

Zwei wichtige Träger dieser Leistungen, die teilweise mit Bundesmitteln finanziert werden, sind das Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin und das Bernhard-Nocht-Institut (BNI) in Hamburg. Das RKI ist nicht nur eines der wichtigsten und renommiertesten Forschungsinstitute unter anderem im Bereich Infektionskrankheiten, es hat auch besondere Bedeutung bei der Beratung von Entscheidungsträgern und der Fachöffentlichkeit. Der Aufbau eines tragfähigen Meldewesens, die Datengewinnung über Infektionskrankheiten sowie die Prävention gehören zu weiteren wichtigen Aufgaben des RKI.

Das BNI in Hamburg hat als nationales Referenzzentrum für tropenmedizinische Infektionserreger einen besonderen Bezug zur gesundheitlichen Prävention und medizinischen Behandlung von Reisenden. Darüber hinaus wird am BNI hervorragende diagnostische Forschung geleistet, wie zum Beispiel mit der Identifizierung des SARS-Coronavirus im März 2003 unter Beweis gestellt werden konnte. Verdachtsfälle können hier schnell abgeklärt werden.

Das BNI beherbergt außerdem seit drei Jahren ein Reisemedizinisches Zentrum (RMZ), das im Gegensatz zu anderen Anbietern eine neutrale und unabhängige Beratung von Reisenden, Ärzten und Krankenversicherungen durchführt. Das RMZ bietet unter [www.gesundes-reisen.de](http://www.gesundes-reisen.de) einen umfangreichen Internetauftritt für die Beratung von Reisenden, der von der schweizerischen Health on the Net Foundation zertifiziert wurde und als einzige Reiseberatung in Deutschland für das Pilotprojekt AFGIS (Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem) des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), das Qualitäts- und Transparenzkriterien für Gesundheitsinformationssysteme entwickelt, qualifiziert ist. Der Deutsche Reisebüro und Reiseveranstalter Verband (DRV) verhandelt gegenwärtig mit dem BNI über eine Kooperation zur Bereitstellung von Informationen zu reisemedizinischen Themen an Reisende.

Das BNI hat kürzlich mit dem Bundeswehrkrankenhaus (BWK) Hamburg-Wandsbek eine Kooperationsvereinbarung getroffen, die jedoch noch nicht vertraglich fixiert wurde. Ziel dieser Vereinbarung ist die Schaffung der Möglichkeit einer ganzheitlichen Behandlung der Patienten, die das BNI bisher nicht leisten konnte. Auf der anderen Seite wird – gerade im Hinblick auf zunehmende Auslandseinsätze der Bundeswehr – die tropenmedizinische Kompetenz des BWK Hamburg-Wandsbek gestärkt. Zu erfragen ist in diesem Zusammenhang, ob die Bundesregierung diese Kooperationsvereinbarung gerade in Zeiten knapper Kassen als zukunftsweisend ansieht.

Aufgrund der Bedeutung des RKI für die Prävention und des BNI für die Behandlung von Reisenden und für die Forschung zur Vorbeugung der Ausbreitung von auf Reisen eingeschleppten Krankheiten in Deutschland stellt sich die Frage, ob die derzeitige finanzielle Ausstattung beider Institute angesichts immer neuer Aufgaben ausreichend ist beziehungsweise wie die Bundesregierung die Arbeit des BNI und des RKI sonst weitergehend unterstützen kann. Darüber hinaus bedarf es einer koordinierten Zusammenarbeit zahlreicher Behörden und Institutionen auf verschiedenen Ebenen.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung sieht sich gut vorbereitet für die gesundheitliche Beratung und – im Erkrankungsfall – für die Behandlung von Reisenden. Dies zeigte sich insbesondere auch im Fall der SARS-Epidemie. Hierbei kam es in Europa zu keiner Weiterverbreitung durch sekundäre Infektionen. Die Bildung des ECDC in Stockholm (siehe auch Antwort zu Frage 35) trägt zur Konsolidierung dieses hohen Standards auch innerhalb der EU bei.

Um Missverständnissen vorzubeugen ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass gesicherte Aussagen über die Anzahl der Grippetoten im vergangenen Winter erst auf der Basis der Todesursachenstatistik getroffen werden können, die erst im Februar 2005 vorliegen wird. Es ist nach aktuellem Kenntnisstand jedoch nicht davon auszugehen, dass die in den Vorbemerkungen der Fragesteller genannte hohe Anzahl erreicht wurde.

1. Wie schätzt die Bundesregierung die Bedeutung der Arbeit des RKI bei der Prävention und Forschung auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten in Deutschland ein?

Das Robert Koch-Institut (RKI) ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung für die Krankheitsüberwachung, -erfassung, -beobachtung, -bewertung und -prävention übertragbarer und nichtübertragbarer Krankheiten einschließlich des Gebietes der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung. Die Kernaufgaben des RKI sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten. Zu den Aufgaben gehört der generelle gesetzliche Auftrag, wissenschaftliche Erkenntnisse als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erarbeiten. Vorrangige Aufgaben liegen in der wissenschaftlichen Untersuchung sowie der epidemiologischen und medizinischen Analyse und Bewertung von Krankheiten mit hoher Gefährlichkeit, hohem Verbreitungsgrad oder hoher öffentlicher oder gesundheitspolitischer Bedeutung. Das RKI berät die zuständigen Bundesministerien, insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), und wirkt bei der Entwicklung von Normen und Standards mit. Es informiert und berät die Fachöffentlichkeit sowie zunehmend auch die breitere Öffentlichkeit.

Das RKI nimmt seine Aufgaben in der Beobachtung, Prävention und Erforschung der Infektionskrankheiten mit großer Kompetenz wahr und gilt international als eines der führenden Institute in diesen Bereichen.

2. Welche Bedeutung nehmen das RKI und das BNI in den Krisenszenarien der Bundesregierung ein, zum Beispiel bei Ausbruch einer hoch ansteckenden Infektionskrankheit mit hoher Sterblichkeit in Deutschland?

Welche Dringlichkeit sieht die Bundesregierung für den Ausbau entsprechender Hochsicherheitslabore an diesen Instituten und wird dies von ihr unterstützt?

Das RKI hat in Krisenszenarien zu Ausbrüchen hoch ansteckender Erkrankungen eine zentrale Funktion. Unter anderem entwickelt es gemeinsam mit den Ländern Konzepte zur Früherkennung und Kontrolle von Ausbrüchen. Das RKI koordiniert und übernimmt auf Anforderung durch die Länder notwendige epidemiologische Untersuchungen bei Infektionsausbrüchen. Für solche Aufgaben ist am RKI eine schnelle epidemiologische Einsatzgruppe angesiedelt, die auch international eingesetzt werden kann.

Die Einrichtung der Ständigen Arbeitsgemeinschaft der Kompetenz- und Behandlungszentren für hochkontagiöse Erkrankungen (StAKoB) im März 2003 unter Einbeziehung des Bernhard-Nocht-Institutes (BNI) und des RKI verfolgt das Ziel, dass sich beim Ausbruch einer hoch ansteckenden Infektionskrankheit die mit der Behandlung befassten Zentren bei Bedarf gegenseitig personell und materiell unterstützen. Aus Mitteln des Bundes wird der Bau eines Hochsicherheitslabors der Sicherheitsstufe L4 beim RKI finanziert.

Bei allen bisherigen Fällen von hoch ansteckenden importierten Erkrankungen (z. B. SARS 2003, Lassa-Fieber 2000) hat das BNI seine Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt – sei es in der Diagnostik oder durch die Bereitstellung klinischer Versorgungsmöglichkeiten. Das BNI verfügt über eine Klinische Abteilung, deren medizinisches Personal durch langjährige Erfahrung mit Diagnostik, Therapie und potenziellen Komplikationen von importierten Infektionen vertraut ist. Hinzu kommt eine besondere Kompetenz im Umgang mit unklaren Krankheitszuständen. Die Modernisierung und Weiterentwicklung der Isolierstation als Unterdruckstation mit erhöhter Bettenkapazität wird als vorrangig angesehen. Die Ausführungsplanung ist bereits abgeschlossen, eine Baugenehmigung liegt vor. Zur Sicherung der Vorhaltekosten für das Behandlungszentrum ist nach Maßgabe der derzeit noch nicht vorliegenden Fortschreibung der „Verordnung für besondere Einrichtungen“ für 2005 eine Anerkennung als besondere Einrichtung vorgesehen. Das BNI erhält im Zuge der Instituterweiterung ein modernes Hochsicherheitslabor der Sicherheitsstufe L4. Der Erweiterungsbau wird von Bund und Ländern je zur Hälfte finanziert.

Die Förderung dieser beiden Standorte ist notwendig, um auf die Lösung von Problemen durch potentiell sicherheitsgefährdende Erreger ausreichend vorbereitet und jederzeit – den Krisenfall eingeschlossen – handlungsfähig zu sein.

3. Welche Aktivitäten zur Prävention von Infektionskrankheiten führt das RKI durch?

Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, die speziellen Fähigkeiten dieser Institute für die Erforschung eventueller bioterroristischer Gefährdungen der Bevölkerung auszubauen?

In welcher Weise sind beide Institute in entsprechenden Krisenplänen des Bundesministeriums des Innern (BMI) eingebunden und wie wird ihre Zusammenarbeit in diesem Zusammenhang gefördert?

Welche Aufgaben misst die Bundesregierung den Instituten bei der Zusammenarbeit auf internationaler Ebene zu?

Eine wichtige Voraussetzung für Präventionsaktivitäten ist die kontinuierliche Analyse der nationalen Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Krankheitserregern durch das RKI. Dadurch können epidemiologische Trends und Infektionsausbrüche frühzeitig erkannt und untersucht werden. So liefert zum Beispiel die Aufdeckung von Infektionsquellen in Ausbruchsuntersuchungen die Grundlage für gezielte Präventionsmaßnahmen, die je nach Situation von den lokal, regional bzw. national zuständigen Einrichtungen durchgeführt werden. Für eine Reihe von nichtmeldepflichtigen Infektionskrankheiten existieren Systeme der infektionsepidemiologischen Überwachung durch Beobachtungspraxen und -kliniken, deren Daten und Ergebnisse ebenfalls konkrete Bedeutung für die Prävention haben. Zu erwähnen sind außerdem die Aktivitäten im Bereich der Impfprävention (z. B. Sekretariat der Ständigen Impfkommision am RKI) oder der durch Blut übertragenen Infektionen (Arbeitskreis Blut).

RKI und BNI spielen aufgrund ihrer anerkannten fachlichen Expertise eine wichtige Rolle bei der Bewältigung denkbarer bioterroristischer Gefahrenlagen. Die Beteiligung von RKI und BNI an der entsprechenden Krisenplanung

erfolgt im Rahmen der Einbindung des BMGS in das in der Federführung des BMI liegende Krisenmanagement der Bundesregierung.

Das RKI hat zentrale Verantwortung bei der Prävention, Erkennung und Schadensbegrenzung bei Seuchenausbrüchen und bei Angriffen oder Anschlägen mit biologischen Agenzien übernommen. Dort wurde das Zentrum für Biologische Sicherheit (ZBS) eingerichtet, dem die Zentrale Informationsstelle des Bundes für Biologische Sicherheit (IBBS) zugeordnet ist, die politische und andere Entscheidungsträger, die Fachöffentlichkeit und die interessierte Öffentlichkeit in Fragen der biomedizinischen Sicherheit berät. Zentrale konzeptionelle Aufgabe ist die Entwicklung von Seuchenalarmplänen für das Management hochkontagiöser lebensbedrohlicher Erkrankungen; so wurde gemeinsam mit den Ländern das Bund-Länder-Rahmenkonzept zu notwendigen fachlichen Vorbereitungen und Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung nach bioterroristischen Anschlägen „Teil Pocken“ erarbeitet, das kontinuierlich fortgeschrieben und um weitere bioterroristisch relevante Agenzien ergänzt wird. Darüber hinaus wurde sowohl im BNI als auch im RKI eine umfangreiche Diagnostik bioterroristisch relevanter Erreger und zur Analyse verdächtiger Proben auf- und ausgebaut.

Das RKI vertritt als Einrichtung im Geschäftsbereich des BMGS dieses in den entsprechenden Gremien der EU, der WHO, der „Global Health Security Initiative“ (siehe Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Entwicklung eines Gesamtkonzepts zur Abwehr bioterroristischer Gefahren“ auf Bundestagsdrucksache 15/1748) und bei bilateralen Kooperationen mit verbündeten und befreundeten Staaten. Sowohl RKI als auch BNI sind in diversen wissenschaftlichen Netzwerken (EU, WHO) zur Erkennung und Beobachtung von Infektionskrankheiten vertreten. Der internationalen Zusammenarbeit des RKI und des BNI misst die Bundesregierung große Bedeutung zu.

4. In welcher Höhe erhält das RKI Mittel aus dem Bundeshaushalt?

Wie hat sich diese Mittelausstattung in den letzten fünf Jahren entwickelt (einzeln nach Jahren und Investitionsmittel dabei gesondert ausweisen)?

Die Mittel für das RKI werden im Bundeshaushalt im Einzelplan 15, Kapitel 15 11 veranschlagt. Im Jahr 2000 waren hier 80 410 000 DM (= 41 112 980 Euro), davon 16 721 000 DM (= 8 549 312 Euro) für Investitionen veranschlagt. Im Jahr 2001 waren 42 868 000 Euro (davon Investitionen: 8 223 000 Euro), im Jahr 2002 40 589 000 Euro (davon Investitionen: 5 017 000 Euro) und im Jahr 2003 41 509 000 Euro (davon Investitionen: 3 543 000 Euro) veranschlagt. Für das Haushaltsjahr 2004 sind 41 974 000 Euro (davon Investitionen: 2 719 000 Euro) vorgesehen.

5. Schätzt die Bundesregierung die finanzielle Ausstattung des RKI angesichts der Aufgabenbereiche des Instituts als ausreichend ein?

Wenn ja, wie begründet die Bundesregierung diese Haltung?

Wenn nein, inwieweit will die Bundesregierung die finanzielle Ausstattung des RKI verbessern?

Das RKI ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitskontrolle und -prävention und damit auch die zentrale Referenzeinrichtung des Bundes auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmeorientierten Forschung und für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Politik und Öffentlichkeit erwarten vom RKI die Vorhaltung von zeitnah abrufbarer Sach-, Bera-

tungs- und Forschungskompetenz. Vor diesem Hintergrund und angesichts der nationalen und internationalen Anerkennung der Arbeit des RKI ist es notwendig, eine Personal- und Sachausstattung vorzuhalten, die auch perspektivisch die hohe Qualität der wissenschaftlichen Anstrengungen zur Krankheitskontrolle und -prävention gewährleistet. Die Finanzlage des Bundes zwingt auch bei der finanziellen Ausstattung von Bundesoberbehörden zu einer Priorisierung der Arbeitsschwerpunkte unter Anlegung strenger Maßstäbe. Insgesamt hat sich das RKI zu einem leistungsfähigen Bundesgesundheitsinstitut entwickelt. Bundesregierung und Deutscher Bundestag haben die Arbeit des RKI in den vergangenen Jahren insbesondere durch die Ausbringung von rd. 100 Stellen für neue Aufgaben entsprechend gefördert. Aktuell sieht sich das RKI aber einer Belastung seines Stellenhaushaltes durch eine große Zahl von kw-Vermerken gegenüber, die bei Freiwerden entsprechender Stellen zu Stellenstreichungen führen. Um ein hohes Qualitätsniveau auch weiterhin zu gewährleisten, ist es erforderlich, die Personal- und Stellensituation zu verbessern. Das BMGS ist deshalb gegenüber dem Haushaltsgesetzgeber initiativ geworden, um die Personalsituation trotz allgemeiner Einsparnotwendigkeiten mittelfristig zu verbessern.

6. Ist die Bundesregierung bereit, die anwendungsorientierte Forschung des RKI im Bereich der importierten Infektionskrankheiten (z. B. durch gezielte Studien zu den Risikofaktoren wichtiger importierter Infektionen, zum Umfang und zur Qualität der reisemedizinischen Vorsorge in Abhängigkeit von der Art der Beratungsstelle, zum Prophylaxeverhalten der Reisenden) sowie die Entwicklung von Standards für die Gesundheitsvorsorge durch das RKI, die sie in der Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Tourismus in Entwicklungsländern“ (Bundestagsdrucksache 15/3031) für sinnvoll gehalten hat, dementsprechend zu fördern?

Wenn ja, in welcher Höhe wird die Bundesregierung dafür Mittel zur Verfügung stellen?

Wenn nein, warum ist die Bundesregierung nicht bereit, die von ihr selbst geforderten Projekte des RKI zu unterstützen?

Die Bundesregierung hält die genannten Forschungsgebiete grundsätzlich für sinnvoll. Die verfügbaren personellen und sachlichen Mittel des RKI sind prioritär in jenen Bereichen einzusetzen, die den Infektionsschutz in Deutschland insgesamt stärken und damit zugleich dem Schutz vor importierten Infektionen dienen. Auf die in der Antwort der Bundesregierung auf Frage 33 der Großen Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Tourismus in Entwicklungsländern“ auf Bundestagsdrucksache 15/3031 dargestellten Maßnahmen zur Aufklärung der Bevölkerung über die gesundheitlichen Risiken von Fernreisen wird verwiesen.

7. Hält die Bundesregierung vor dem Hintergrund der knappen Haushaltsmittel eine Arbeitsteilung zwischen RKI und BNI beispielsweise dahin gehend für sinnvoll, dass das BNI für die zentrale Diagnostik von importierten Infektionen wie SARS bei Patienten zuständig ist, das RKI hingegen für deren deutschlandweite Überwachung und Erfassung?

Wenn ja, was unternimmt die Bundesregierung um eine solche Arbeitsteilung zu erreichen und doppelte Ressourceneinsätze zu vermeiden?

Wenn nein, warum hält die Bundesregierung eine solche Arbeitsteilung nicht für sinnvoll?

Sowohl das RKI wie auch das BNI haben eine in Jahrzehnten gewachsene Kompetenz bei der Erkennung und Verhütung von Infektionskrankheiten auf-

gebaut, die sich fortwährend am Stand der Technik und des Wissens ausrichtet und somit beide Institute in den Rang der führenden Institutionen dieser Art weltweit stellt. Beide Institute haben dabei unterschiedliche fachliche Schwerpunkte entwickelt und gleichermaßen die notwendigen Maßnahmen zu einer breit angelegten Erregerdiagnostik beibehalten. Die Arbeiten beider Häuser ergänzen sich, so dass eine Doppelung der Ressourcen vermieden wird. Das RKI hat laut Infektionsschutzgesetz (IfSG) die Aufgabe, Konzeptionen für die Vorbeugung, für die frühzeitige Erkennung und die Verhinderung der Weiterverbreitung von übertragbaren Krankheiten zu entwickeln. Zudem wurde dem RKI mit dem IfSG die Zuständigkeit als zentrale Stelle für die deutschlandweite Erfassung und Bewertung von meldepflichtigen Infektionskrankheiten zugewiesen.

8. Hält die Bundesregierung es vor dem Hintergrund der Kernkompetenzen des BNI für sinnvoll, die in der Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU/CSU (Bundestagsdrucksache 15/3031) gewünschte Forschung zur reisemedizinischen Vorsorge durch das BNI ausführen zu lassen?

Wenn nein, warum hält die Bundesregierung dies nicht für sinnvoll?

Die Bundesregierung begrüßt Forschungen zur reisemedizinischen Vorsorge am BNI. Dort wurde bereits eine Studie zum Zusammenhang zwischen Reisen und Gesundheit durchgeführt (Fleck et al.: „Travel and Health Status: A prospective Cohort Study“, zur Veröffentlichung akzeptiert vom European Journal of Public Health).

Öffentlich geförderte Forschungsvorhaben werden am effektivsten im Wettbewerbsverfahren vergeben, bei dem die wissenschaftliche Qualität das wichtigste Kriterium ist. Das BNI wird über Wettbewerbsverfahren informiert und zur Bewerbung aufgefordert.

Neben dem BNI bestehen an den Tropeninstituten München und Berlin seit mehreren Jahren Schwerpunkte der reisemedizinischen Forschung.

9. Welche Bedeutung hat das BNI aus Sicht der Bundesregierung im Hinblick auf die Erforschung, aber auch auf die Behandlung und Prävention tropischer Infektionskrankheiten?

Die Diagnostik und Behandlung von Tropenkrankheiten ist eine zentrale Aufgabe des BNI.

Das BNI ist neben dem RKI in die Ständige Arbeitsgemeinschaft der Kompetenz- und Behandlungszentren einbezogen. Als Nationales Referenzzentrum für Tropische Infektionserreger hat es vielfältige Aufgaben in der Diagnostik von Tropenkrankheiten. Hierzu gehören auch die Beratung von anderen Laboren in Deutschland und Aktivitäten im Rahmen der Qualitätssicherung bei diagnostischen Methoden.

10. Welche zukünftigen Perspektiven und Aufgaben sieht die Bundesregierung für das BNI?

Zukünftige Aufgaben des BNI werden vor allem in der Weiterentwicklung diagnostischer Verfahren sowie in der Erforschung von Grundlagen und Therapien von Tropenkrankheiten und anderen wichtigen Infektionskrankheiten gesehen. Eine Voraussetzung dafür sind unter anderem Studien in tropischen Regionen. Die enge Verbindung von anwendungsorientierter Grundlagenforschung, Kli-

nik und Diagnostik ermöglicht eine kompetente Behandlung von Patienten im Krankheitsfall.

11. Welche Bedeutung für die Bekämpfung von tropischen Infektionskrankheiten misst die Bundesregierung der kooperativen Forschungsstation des BNI in Ghana bei?

Die Tätigkeit vor Ort in den Tropen ist eine grundlegende Voraussetzung für die Erfüllung der gegenwärtigen und zukünftigen Aufgaben des BNI. Die kooperative Forschungsstation in Ghana bietet eine langfristig gesicherte Perspektive für diese Arbeiten und wird daher über die Institutszuwendungen unterstützt. Überdies ist die mittlerweile etablierte Kooperation mit Institutionen des Gesundheitswesens eine Basis für die praktische Ausbildung von medizinischem Personal.

12. In welcher Höhe wird das BNI von der Bundesregierung gefördert?  
Wie hat sich diese Förderung in den letzten 5 Jahren entwickelt (einzeln nach Jahren und Investitionsmittel dabei gesondert ausweisen)?
15. Sind die Bundesmittel für das BNI zweckgebunden?  
Wenn ja, für welche Bereiche seiner Arbeit erhält das BNI zweckgebundene Gelder des Bundes?

Das BNI als Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft wird je zur Hälfte durch Zuwendungen des Bundes und des Landes Hamburg finanziert. Für den Bundesanteil waren in den Jahren 2000 insgesamt 9 994 000 DM (= 5 109 851 Euro), davon 1 090 000 DM (= 557 308 Euro) für Investitionen, veranschlagt. Im Jahr 2001 waren 5 261 000 Euro (davon Investitionen: 708 000 Euro), im Jahr 2002 6 383 000 Euro (davon Investitionen: 1 825 000 Euro) und im Jahr 2003 6 964 000 Euro (davon Investitionen: 2 306 000 Euro) veranschlagt. Im Haushalt 2004 sind im Bundeshaushalt 7 024 000 Euro, davon 2 306 000 Euro für Investitionen, veranschlagt. Die Bundesmittel sind im Rahmen des Wirtschaftsplans des BNI zweckgebunden.

13. In welchem Verhältnis steht diese Entwicklung der Förderung zur Entwicklung der Förderung anderer Institute der Leibniz-Gemeinschaft, beispielsweise solcher Institute, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert werden?  
Wie bewertet die Bundesregierung – angesichts der wichtigen Aufgaben des BNI – die Entwicklung der Fördermittel für das BNI vor dem Hintergrund der allgemeinen Kostensteigerung?
14. Hat die Bundesregierung vor diesem Hintergrund die Absicht, die Förderung für das BNI in den nächsten Jahren deutlich anzuheben?  
Wenn ja, in welchem Umfang?  
Wenn nein, wie begründet die Bundesregierung ihre Haltung?

Hierzu ist eine generelle Antwort nicht möglich, da die Finanzentwicklung der Institute der Leibniz-Gemeinschaft insgesamt heterogen ist. Am ehesten vergleichbar ist hier die Finanzentwicklung des BNI mit der Entwicklung des Deutschen Primatenzentrums GmbH (DPZ) und des Forschungsinstituts für Molekulare Pharmakologie im Forschungsverbund Berlin e. V. (FMP). Während das DPZ vom Jahr 2000 zum Jahr 2004 einen Finanzaufwuchs des Bundes-



anteils von 3 530 166 Euro auf 6 327 000 Euro zu verzeichnen hatte, sank im gleichen Zeitraum der Bundesanteil beim FMP von 7 984 845 Euro auf 5 548 000 Euro.

Die Finanzausstattung des BNI wird im Rahmen der Wirtschaftsplanverhandlungen gemeinsam von Bund und Land Hamburg unter Beteiligung des BNI festgelegt. Unter Berücksichtigung der finanzpolitischen Rahmenbedingungen und der Bedeutung des BNI ist der Ausgabenzuwachs insgesamt als angemessen zu bezeichnen. Im Rahmen der finanzpolitischen Gesamtbedingungen beabsichtigt der Bund die Fortschreibung der derzeitigen Finanzausstattung des BNI.

16. Welche Bedeutung haben Klinik und RMZ des BNI aus Sicht der Bundesregierung für die Fortbildung beziehungsweise Beratung von Medizinern und die gesundheitliche Prävention von Reisenden in Deutschland sowie die Behandlung importierter Infektionen wie SARS?

Das BNI ist eine von zwei Institutionen in Deutschland, die einen dreimonatigen Diplomkurs für den Erwerb der ärztlichen Zusatzbezeichnung Tropenmedizin anbietet. Weitere Fortbildungsangebote werden durchgeführt, u. a. Fortbildung für klinisch tätige Ärzte und Reisemediziner. Das BNI ist Nationales Referenzzentrum (NRZ) für tropische Infektionserreger. Die Tätigkeit als NRZ umfasst vor allem die Beratung von Labormedizinern und behandelnden Ärzten. Letztere Aufgabe wird vor allem von der klinischen Abteilung im BNI wahrgenommen. Sie ist eine der letzten tropenmedizinischen Institutionen Deutschlands (neben Würzburg, Tübingen und München) mit 24-stündiger Erreichbarkeit und Aufnahmebereitschaft. Die Förderung des NRZ durch das BMGS ermöglicht die Aufrechterhaltung des 24-stündigen diagnostischen Notdienstes für Verdachtsfälle von viralem hämorrhagischen Fieber. Die Beratungsleistungen werden zunehmend von Behörden, Ministerien, der Öffentlichkeit sowie Ärzten und Unternehmen in Anspruch genommen. Daneben führt das RMZ auch individuelle reisemedizinische Beratungen durch.

In der klinischen Abteilung besteht durch langjährige Erfahrung eine besondere Kompetenz in der Behandlung und Diagnose von importierten und neu auftretenden Erkrankungen. Hierbei ist die Verknüpfung von Forschung und Krankenversorgung sehr vorteilhaft.

17. Erhält das BNI für den Betrieb des RMZ Zuwendungen des Bundes?

Wenn ja, in welcher Höhe?

Wenn nein, wie begründet die Bundesregierung ihre Haltung?

Nein. Das RMZ ist Teil der Klinischen Abteilung. Beide Organisationseinheiten müssen sich aus ihren Einnahmen tragen. Die Serviceleistungen von RMZ und Klinik sind nicht im Auftrag des Instituts verankert und damit auch nicht Gegenstand der Bund-Länderförderung.

18. Was unternimmt die Bundesregierung, um die Leistungen des RMZ bei der deutschen Bevölkerung für eine verantwortungsvolle Planung von Auslandsreisen bekannter zu machen?

Die Bundesregierung weist in ihren Publikationen auf das Leistungsangebot des BNI zur Reisemedizin hin.

19. Ist die Bundesregierung bereit, die geplante Kooperation des BNI mit dem DRV zur Bereitstellung von Informationen zu reisemedizinischen Themen an Reisende über Reisebüros und Reiseveranstalter zu unterstützen?

Die geplante Kooperation von DRV und BNI wurde über mehrere Jahre innerhalb des DRV vorbereitet. Das Ziel ist eine einheitlichen Regelung für die gesamte Reisebranche. Die jetzt vorliegende Vereinbarung steht kurz vor der Unterzeichnung und bedarf deshalb derzeit keiner ergänzenden Unterstützung durch die Bundesregierung.

20. Warum empfiehlt das Auswärtige Amt, beispielsweise auf seiner Homepage zur Prävention bei Auslandsreisen unter dem Stichwort „Reisemedizin“ den privaten reisemedizinischen Anbieter Centrum für Reisemedizin (CRM), statt das RMZ des mit öffentlichen Mitteln geförderten BNI zu empfehlen?

Die Nennung des „Centrum für Reisemedizin“ (CRM) in Düsseldorf auf der Homepage des Auswärtigen Amts beruht auf der anerkannten Qualität der Aussagen des Instituts sowie auf seinem gemeinnützigen Status und der jahrzehntelangen vertrauensvollen Zusammenarbeit. Das Auswärtige Amt steht auch mit anderen reisemedizinischen Instituten in Verbindung, die Nennung weiterer Anbieter auf seiner Homepage ist geplant. Dazu gehört ggf. auch das RMZ des BNI.

21. Vertritt die Bundesregierung die Auffassung, dass eine verstärkte reisemedizinische Fort- und Weiterbildung von Reisemedizinern, Mitarbeitern der Gesundheitsämter sowie der Tourismusbranche wünschenswert wäre? Wenn ja, wie begründet die Bundesregierung ihre Haltung?

Die Gesundheitsämter in den Kreisen und kreisfreien Städten bieten in Deutschland reisemedizinische Beratungen auch für Fernreisen an. Diese Beratungsleistung wird in vielen Fällen durch Impfleistungen, z. B. Gelbfieberimpfungen, erweitert. Gleiches gilt regional auch für medizinische Untersuchungsämter oder Landesgesundheitsämter oder fachlich entsprechend ausgerichtete universitäre Einrichtungen.

Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen bieten die Akademien für ärztliche Fortbildung und andere ärztliche Fortbildungseinrichtungen z. B. Akademien für öffentliches Gesundheitswesen sowie reisemedizinisch spezialisierte öffentliche und private Fortbildungsträger in Verbindung mit den entsprechenden medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften an.

Reisemedizin ist curriculärer Bestandteil der einschlägigen Facharztweiterbildungen wie Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

Die Fort- und Weiterbildung liegt in der Gesetzgebungskompetenz der Länder. Die Landesärztekammern sind für die Angebote der Fort- und Weiterbildung zuständig. Die neue Muster-Weiterbildungsordnung sieht neben der Flugmedizin auch die Zusatzweiterbildung in der Tropenmedizin vor. Die Zusatzweiterbildung Tropenmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Epidemiologie, Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen, die mit den besonderen Lebensumständen, Krankheitserregern und Umweltbedingungen in tropischen, subtropischen und Ländern mit besonderer klimatischer oder gesundheitlicher Belastung verbunden sind. Im Bereich der ärztlichen Fort- und Weiterbildung hat die Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e. V. eine curri-

culäre Fortbildung „Medizinische Reiseberatung“ eingerichtet. Fragen zur Reisemedizin werden sich aber auch beim Allgemeinarzt bzw. Hausarzt stellen. Auch hier ist ein entsprechendes Angebot der Ärztekammern nutzbar.

Der Deutsche Reisebüro und Reiseveranstalter Verband e. V. (DRV) wird mit dem BNI in Kürze eine Vereinbarung unterzeichnen, wonach das BNI aktuelle Informationen zur gesundheitlichen Aufklärung von Reisenden zur Verfügung stellt. Diese Informationen werden durch den DRV über die Gesellschaft für Touristik-Informations-Programme (TIP) kommuniziert und stehen damit den Unternehmen der Tourismusbranche zur Verfügung.

22. Hält die Bundesregierung die Einrichtung eines zentralen, zu einer neutralen Beratung verpflichteten „infektiologischen Sorgentelefon“ zur besseren Erkennung und Prophylaxe von Infektionskrankheiten für sinnvoll?

Wenn ja, welche Möglichkeiten zur Unterstützung einer solchen Hotline sieht die Bundesregierung?

Wenn nein, wie begründet die Bundesregierung ihre Haltung?

Die Bundesregierung sieht keine Notwendigkeit für die Einrichtung eines zentralen „infektiologischen Sorgentelefon“. Für die Bürger in Deutschland existieren eine Reihe von fachlich guten und objektiven Informationsmöglichkeiten zum Thema Infektionskrankheiten (z. B. auf den Webseiten von RKI, WHO, Centers for Disease Control USA, Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin). Die Beratung und Untersuchung von Patienten mit Infektionsverdacht sollte immer direkt durch kompetente Ärzte und nicht telefonisch erfolgen.

23. Hält die Bundesregierung eine Ausweitung der Aufgaben des am BNI angesiedelten Referenzzentrums für tropische Infektionserreger um die Herausgabe eines regelmäßigen reisemedizinischen Bulletins sowie der Überwachung nicht meldepflichtiger tropischer Infektionen für wünschenswert?

Wenn ja, in welchem Maße ist die Bundesregierung bereit, dafür finanzielle Mittel bereitzustellen?

Wenn nein, wie begründet die Bundesregierung ihre Haltung?

Derzeit wird kein Bedarf für die Ausweitung von Aufgaben des Nationalen Referenzzentrums für tropische Infektionserreger gesehen. Diese liegen im Bereich der Diagnostik von tropischen Infektionserregern. Die Herausgabe eines reisemedizinischen Bulletins durch das BNI (oder andere Institutionen) wird nicht für sinnvoll gehalten. Die regelmäßig erscheinenden und zum Teil online verfügbaren reisemedizinische Publikationen (z. B. CRM, Tropimed, Fit-for-Travel u. a.) zeichnen sich in der Regel durch eine hohe fachliche Qualität aus. Weitere Informationen bieten unter anderem das RKI (z. B. zu aktuellen Trends bei den importierten Infektionserregern im Epidemiologischen Bulletin) und das Auswärtige Amt (Reisehinweise und -warnungen) an.

Die Zuständigkeit für die epidemiologische Beobachtung und Bewertung der importierten tropischen und einheimischen Infektionen auf nationaler Ebene liegt im Rahmen der gesetzlichen Meldepflicht beim RKI. Ein ergänzendes Netzwerk für die Überwachung nicht meldepflichtiger importierter Erreger (z. B. Bilharziose, Leishmaniose) wurde vom RKI mit initiiert (SIMPID, Surveillance importierter Infektionen in Deutschland). Diese bestehenden Beobachtungs- und Überwachungssysteme haben sich bewährt.

24. Schätzt die Bundesregierung die Kooperationsvereinbarung zwischen dem BNI und dem BWK Hamburg-Wandsbek zur Ermöglichung einer ganzheitlichen Betreuung seitens des BNI sowie zur Verbesserung der tropenmedizinischen Kompetenz des BWK Hamburg-Wandsbek als begrüßenswert ein?

Wenn ja, in welcher Form wird die Bundesregierung das BWK Hamburg-Wandsbek und das BNI bei der Umsetzung dieser Vereinbarung unterstützen?

Wenn nein, wie begründet die Bundesregierung ihre Haltung?

26. Erwartet die Bundesregierung durch die Vereinbarung zwischen dem BNI und dem BWK Hamburg-Wandsbek Konsequenzen für die Zukunft der beiden Institutionen, hinsichtlich Fördermöglichkeiten, sonstiger Unterstützung seitens der Bundesregierung oder der Sicherung der Zukunft des BWK Hamburg-Wandsbek?

Wenn ja, welche Konsequenzen erwartet die Bundesregierung?

Wenn nein, weshalb zieht die Bundesregierung keine Konsequenzen aus der Zusammenarbeit vom BWK Hamburg-Wandsbek und dem BNI?

Im Zusammenhang mit den Auslandseinsätzen der Bundeswehr benötigt der Sanitätsdienst der Bundeswehr verstärkt Fachkompetenz auf dem Gebiet der Tropenmedizin. Im Rahmen der Neuorganisation der Bundeswehr bietet sich die Kooperation mit einer zivilen Einrichtung an, die dem Sanitätsdienst der Bundeswehr sowohl eine umfassende Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Inübunghaltung seines Personals (z. B. unter Einbindung der Außenstelle in Ghana des BNI), als auch die Unterstützung bei der Behandlung von Soldaten, die an einer Tropenerkrankung erkrankt sind, bieten kann. Für das BNI erweitert sich durch die angestrebte Kooperation mit dem Bundeswehrkrankenhaus Hamburg die Kapazität, tropenmedizinische Verdachts- und Erkrankungsfälle stationär behandeln zu können und es erhält die Möglichkeit, sich auf sämtliche Fachabteilungen des Bundeswehrkrankenhauses zu stützen.

Die Kooperation bietet für beide Seiten entscheidende Vorteile. Die Erkenntnisse aus den Einsatzgebieten der Bundeswehr kommt dem RMZ im BNI zugute. Ärztliches und pflegerisches Personal aus dem Sanitätsdienst der Bundeswehr wird im Bereich der Tropenmedizin bzw. im Rahmen der Inübunghaltung am BNI klinisch aus- und weitergebildet. Sonstigem einsatzrelevanten Personal der Bundeswehr, welches im Rahmen der Infektionspflege über fundierte Spezialkenntnisse verfügen muss, werden praktische Fähigkeiten am BNI vermittelt.

25. Gibt es zurzeit ein Programm zur Behandlung von möglicherweise auftretenden Tropenkrankheiten bei Bundeswehrsoldaten, auch unter dem Aspekt zukünftig vermehrter Einsätze in tropischen Einsatzgebieten?

Wenn ja, mit welchen Einrichtungen und Instituten arbeitet die Bundeswehr dabei zusammen?

Die stationäre Behandlung von Tropenkrankheiten bei Soldaten der Bundeswehr erfolgt in der Regel auf den Infektionsstationen der Bundeswehrkrankenhäuser. Darüber hinaus wurden am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz in Zusammenarbeit mit den Fachbereichen „Infektionsepidemiologie, Parasitologie und Medizinischen Zoologie“ des Zentralen Instituts des Sanitätsdienstes der Bundeswehr Koblenz besondere Voraussetzungen geschaffen. Nur die Behandlung von hoch ansteckenden gefährlichen Infektionskrankheiten würde eine Inanspruchnahme des zivilen Kompetenzzentrums erfordern.

27. Beschränkt die Bundesregierung das wissenschaftliche Aufgabenspektrum der Ressortforschungseinrichtungen RKI und BNI auf solche Betätigungen, die für die Erfüllung der hoheitlichen und regulatorischen Aufgaben der Institute unerlässlich sind?

Das BNI gehört nicht zu den Ressortforschungsinstituten, sondern zu der Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried Wilhelm Leibniz (WGL) und wird nach Artikel 91b GG durch die Bundesregierung und die Gemeinschaft der Länder gefördert. WGL-Institute nehmen gemäß ihrem jeweiligen Gründungsauftrag Aufgaben von überregionaler Bedeutung und von gesamtstaatlichem wissenschaftspolitischen Interesse wahr, nicht jedoch hoheitliche oder regulatorische Aufgaben.

Das RKI ist eine Behörde im Geschäftsbereich des BMGS und führt in diesem Rahmen angewandte Forschung im Bereich seiner Amtsaufgaben durch.

28. Durch welche implementierten Verfahrensabläufe in den Instituten wird regelmäßig überprüft, inwieweit wissenschaftliche Aufgaben besser von freien Forschungseinrichtungen, Universitäten oder beliebigen Unternehmen zur Steigerung der Effizienz und des Wettbewerbs in der Forschung durchgeführt werden können?

Das BNI verfügt über einen international besetzten wissenschaftlichen Beirat, der die Entwicklung und Ausrichtung des Instituts kritisch begleitet. Zusätzlich zur institutionellen Förderung wirbt das BNI im internationalen Wettbewerb jährlich rund 3 Mio. Euro Drittmittel für konkrete Forschungsvorhaben ein.

Die überregionale Bedeutung und das gesamtstaatliche wissenschaftspolitische Interesse seiner Aufgabenwahrnehmung wird an jedem WGL-Institut im Abstand von maximal acht Jahren einer externen Evaluierung unterzogen. Durch die externe Evaluation wird überprüft, ob das Institut seine Aufgaben erfüllt und ob die Umfeldbedingungen sich möglicherweise so geändert haben, dass entweder die Aufgabe entfällt oder aber neu definiert werden muss. Das BNI wurde zuletzt 1996 und 2002 mit gutem Erfolg durch unabhängige Bewertungsgruppen evaluiert (zunächst durch den Wissenschaftsrat, dann durch den Senat der Leibniz-Gemeinschaft). Ein Senatsausschuss prüft darüber hinaus alle zwei Jahre die Bewertungsberichte der wissenschaftlichen Beiräte der Institute und bezieht so dieses Instrument der internen Evaluation in die externe Bewertung mit ein. Aufgrund dieser Berichte kann der Senat der Leibniz-Gemeinschaft gegebenenfalls eine Verkürzung des jeweiligen Evaluierungsturnus beschließen.

Durch dieses Verfahren wird erreicht, dass regelmäßig objektive und neutrale Empfehlungen über Fortbestand, Umstrukturierung oder Schließung der evaluierten Institute an die Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung gegeben werden können.

Qualitätssicherung und mittelfristige Forschungsplanung am RKI erfolgen u. a. durch interne und externe Qualitätskontrollen. Dabei wird die Forschungsplanung am RKI zwischen BMGS und RKI abgestimmt.

Intern wird die primäre Qualitätssicherung durch den Forschungsrat, einem Gremium zur Beratung der Leitung, gewährleistet. Der Forschungsrat evaluiert und plant die Forschungsrichtungen am RKI, empfiehlt Veränderungen und die Zuweisung von Forschungsmitteln aus dem Haushalt. Sonderforschungsmittel werden auf schriftlich begründeten Antrag zur Verstärkung prioritär erachteter Forschungsprojekte zugeteilt oder zur schnellen Reaktion auf akute, gesundheitspolitisch relevante Erkenntnisdefizite eingesetzt. Seit 1998 evaluiert der

Forschungsrat in regelmäßigen Abständen themenspezifisch die Arbeit der wissenschaftlich tätigen Organisationseinheiten.

Die externe Qualitätskontrolle erfolgt durch den Wissenschaftlichen Beirat. Der Wissenschaftliche Beirat, bestehend aus maximal 15 ausgewiesenen externen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und Vertreterinnen und Vertretern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, berät das RKI und das BMGS hinsichtlich der strategischen Orientierung der Aufgabenfelder und der Aufgabenerfüllung. Im Rahmen der erwünschten externen Qualitätssicherung wurde das RKI darüber hinaus bereits 1997 durch den Wissenschaftsrat evaluiert und wird Anfang des kommenden Jahres erneut begutachtet werden. Vor allem die Evaluationen durch den Wissenschaftsrat dienen dazu, die Qualität der am RKI geleisteten wissenschaftlichen Arbeit insbesondere im Vergleich mit anderen Forschungseinrichtungen zu bewerten und ggf. Empfehlungen zu Qualitätsverbesserungen oder zur Änderung der Forschungsinhalte zu geben.

29. Wie können in Deutschland eingereiste infizierte Personen, die hier nicht vorschriftsmäßig gemeldet sind oder sich illegal aufhalten, ermittelt werden?

Stellt eine auf Grund von § 8 IfSG zur Meldung verpflichtete Person eine meldepflichtige Infektionskrankheit im Sinne von § 6 oder § 7 IfSG fest, muss unverzüglich, spätestens innerhalb von 24 Stunden, eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgen. Die zuständige Behörde kann auf der Grundlage von § 16 IfSG die notwendigen Maßnahmen zur Abwendung der dem Einzelnen oder der Gemeinschaft drohenden Gefahren ergreifen, das zuständige Gesundheitsamt stellt die erforderlichen Ermittlungen auf der Grundlage von § 25 IfSG an.

Ist die Identität einer eingereisten infizierten Person bekannt, können zur Feststellung des Aufenthalts eines Ausländers öffentliche Stellen zur Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß § 5 des Gesetzes über das Ausländerzentralregister (AZR-Gesetz) im Ausländerzentralregister (AZR) einen Suchvermerk eintragen lassen, wenn der Aufenthaltsort dieses Ausländers unbekannt ist. Bei späteren Mitteilungen oder Anfragen an das AZR zu dieser Person durch eine andere Behörde wird die Stelle, die den Suchvermerk einstellen ließ, automatisch benachrichtigt und kann sich so gegebenenfalls Kenntnis vom Aufenthaltsort des Ausländers verschaffen.

Daneben kann ein Asylbewerber nach § 66 AsylVfG zur Aufenthaltsermittlung im Ausländerzentralregister und in den Fahndungsmitteln der Polizei ausgeschrieben werden, wenn sein Aufenthaltsort unbekannt ist und er unter der von ihm angegebenen Anschrift oder der Anschrift der Unterkunft, in der er Wohnung zu nehmen hat, nicht erreichbar ist.

Auch polizeiliche Ausschreibungen zur Aufenthaltsermittlung von Ausländern können nicht nur in den polizeilichen Fahndungshilfsmitteln, sondern ebenfalls im AZR gespeichert und so weiteren öffentlichen Stellen bekannt gegeben werden.

30. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass nach jetzigem Stand für den Fall der Verbreitung von Pockenviren die erforderliche Logistik, insbesondere zur Durchführung einer Massenimpfung innerhalb von vier Tagen, ausreichend sichergestellt ist?

Die Bundesregierung hat gemeinsam mit den Ländern notwendige organisatorische Vorkehrungen und Vorhaltungen zur Abwehr bioterroristischer Bedrohungen getroffen und entwickelt diese kontinuierlich weiter.

Die Maßnahmen für den unwahrscheinlichen Fall des Wiederauftretens von Pockenerkrankungen in Deutschland sind im Bund-Länder-Rahmenkonzept zur notwendigen fachlichen Vorbereitung und Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung nach bioterroristischen Anschlägen – „Teil Pocken“ umfassend niedergelegt. Zur Umsetzung dieses Konzeptes hat die Bundesregierung bereits im Dezember 2003 die Vollbevorratung mit Pockenimpfstoff für die Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland erreicht. Die materiellen und organisatorischen Vorbereitungen für Massenimpfungen und die Überprüfung der Umsetzung auf lokaler Ebene durch die Kommunen fallen nach der verfassungsmäßigen Aufgabenverteilung in die Zuständigkeit der Länder.

31. Gibt es für den Fall einer Pandemie in Deutschland einen bundesweiten Notfallplan?

Wenn ja, ist dieser Notfallplan öffentlich zugänglich, und wenn ja, in welcher Form?

Wenn nein, warum nicht?

Unter Leitung des RKI, dem nach dem Infektionsschutzgesetz die Aufgabe zukommt, Konzeptionen zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten sowie zur frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen zu entwickeln, wurde eine Bund-Länder-Expertengruppe einberufen, die den Ländern im Februar dieses Jahres einen Plan zur Vorbereitung auf eine Influenzapandemie vorgelegt hat. Der Plan umfasst unter anderem Empfehlungen zur Überwachung der Influenza, Impfstoffversorgung und Therapie zur Vorbereitung von Ländern und Gemeinden, zum internen Krankenhausmanagement sowie zur Kommunikation und Information.

Die obersten Gesundheitsbehörden der Länder haben die Vorschläge der Bund-Länder-Expertengruppe geprüft und Änderungsvorschläge formuliert, die in den Plan eingearbeitet worden sind. Der revidierte Plan wird gegenwärtig von einer Sonderarbeitsgruppe der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden erneut beraten. Im Anschluss soll noch dieses Jahr ein gemeinsamer, zwischen Bund und den für Maßnahmen des Infektionsschutzes zuständigen Ländern abgestimmter Pandemieplan veröffentlicht werden, der eine wissenschaftlich fundierte und bundesweit koordinierte Vorbereitung auf eine Influenzapandemie gewährleistet.

32. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass im Falle einer Pandemie in Deutschland nicht ausreichende Kapazitäten für die Herstellung eines Impfstoffs in erforderlich hohen Dosen vorhanden sind?

Aus verschiedenen technischen Gründen ist mit einer Verzögerung von einigen Monaten zu rechnen, bevor nach Feststellung des Pandemiefalles durch die WHO z. B. die ersten ‚pandemischen‘ Influenza-Impfstoffe für die Anwendung zur Verfügung stehen. Es ist gleichfalls davon auszugehen, dass sich ein pandemischer Influenza-Impfstoff in der Formulierung von den derzeit verfügbaren inter pandemischen Impfstoffen unterscheidet. Weiterhin ist es nicht möglich, binnen weniger Tage Impfstoffmengen herzustellen, die eine Immunisierung der gesamten Bevölkerung erlauben würden. Dies wäre nur durch eine prophylaktische Bevorratung und Einlagerung von Impfstoffen zu gewährleisten. Anders als z. B. für Pockenimpfstoffe ist dies für Influenza-Impfstoffe aber nicht möglich, da sich die immunologischen bzw. antigenischen Eigenschaften eines pandemischen Influenzavirus nicht vorhersehen lassen und auch die Stabilität der Impfstoffe eine längerfristige Einlagerung nicht zulässt. Auf den unterschiedlichsten nationalen wie internationalen Ebenen (Europa, Bund-Länder-

Expertengruppe Influenzapandemieplanung, Industrie) werden Überlegungen und Anstrengungen unternommen, um die angesprochene Vorlaufzeit zu verkürzen bzw. die Schutzmaßnahmen in dieser Zeit optimal zu gestalten. Von der pharmazeutischen Industrie wird beispielsweise, auch unter dem Aspekt, bei einer Pandemie eine schnellere Versorgung mit Impfstoffen zu erreichen, die Entwicklung von in Zellkultur hergestellten Influenza-Impfstoffen mit Nachdruck vorangetrieben. Die logistischen Probleme, die z. B. mit der Beschaffung der aktuell für die Herstellung benötigten Bruteier verbunden sind, könnten mit dieser Produktionstechnologie umgangen werden.

Für die Prüfung und Zulassung pandemischer Impfstoffe wurden auf europäischer Ebene unter federführender Beteiligung des Paul-Ehrlich-Instituts Konzepte entwickelt, die – ohne die Sicherheit der Impfstoffe in einem nichtakzeptablen Maße zu gefährden – eine zügige regulatorische Bewertung erlauben und keine weitere wesentliche Verzögerung in der Versorgung mit Impfstoffen verursachen.

Die Herstellungskapazitäten für Influenza-Impfstoffe sind, besonders aus der globalen Perspektive, erweiterungsbedürftig. Dies wird durch die aktuellen Versorgungsengpässe in den USA verdeutlicht. Deutschland ist demgegenüber, auch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, in der guten Lage, dass im Lande erhebliche Produktionskapazitäten bestehen. In Dresden und Marburg sind zwei Hersteller angesiedelt, die für die laufende Influenza-Saison im Winter 2004/2005 mehr als 30 Millionen Dosen eines inter pandemischen Impfstoffs hergestellt haben. Bei der Bewertung der Produktionskapazität ist allerdings u. a. zu berücksichtigen, dass die genannte Produktionskapazität nicht ausschließlich zur Versorgung des deutschen Marktes zur Verfügung stehen wird.

Wenn sich die Herstellungskapazitäten in Deutschland auch vergleichsweise günstig darstellen, so sollte auf eine weitere kontinuierliche Vergrößerung aber nicht verzichtet werden. Eine verbesserte Umsetzung der bestehenden Impfempfehlungen oder eine Ausweitung der Impfempfehlungen könnte den Bedarf ansteigen lassen. In den vergangenen Jahren führte die erhöhte Durchimpfungsrate bereits zu einem deutlich erhöhten Impfstoffbedarf in Deutschland.

Neben den in Deutschland ansässigen Herstellern wird der deutsche Markt durch eine Reihe anderer Anbieter versorgt, die ihren Impfstoff im europäischen Ausland (derzeit: Frankreich, Niederlande, Italien, Schweiz) herstellen. Eine Beschaffung von Influenza-Impfstoffen sollte im Falle einer Pandemie grundsätzlich auch aus diesen Ländern möglich sein.

An einer weiteren Optimierung der Vorbereitungsmaßnahmen auf eine Influenza-Pandemie hinsichtlich aller dieser Aspekte wird auch EU-weit intensiv gearbeitet.

33. Ist die Bundesrepublik Deutschland für den möglichen Fall einer Massenquarantäne vorbereitet, und wenn ja, wie sieht diese Vorbereitung konkret aus?

Eine Bund-Länder Arbeitsgruppe aus Ländervertretern, Vertretern des BMI und des BMGS zur Notfallplanung von Krankenhäusern hat einen aktuellen Bericht vorgelegt, der in der Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden am 11./12. November 2004 beraten worden ist. Des Weiteren soll ein Beschlussvorschlag für die Ständige Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder verabschiedet werden.

Die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass bei Großschadensereignissen und Katastrophen die Krankenhäuser zwischen 20 bis 50 % ihrer Bettenkapazität für die Versorgung der Schadensopfer bereitstellen können.



In dem Bund-Länder-Rahmenkonzept zu notwendigen fachlichen Vorbereitungen und Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung nach bioterroristischen Anschlägen („Teil Pocken“) sind zudem von der Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter Federführung des RKI konzeptionelle Lösungsansätze für die Absonderung von Kranken, Krankheitsverdächtigen und Ansteckungsverdächtigen (Quarantäne) erarbeitet worden. Die Umsetzung dieser Lösungsansätze ist Aufgabe der Länder bzw. der zuständigen Kreise und Kommunen.

34. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass es zur Kontrolle von grenzüberschreitenden Infektionsgefahren nicht ausreichend ist, Zwangsuntersuchungen ausschließlich bei der Aufnahme in Asylheimen und auch nur für Tuberkulose durchzuführen, und wenn ja, welche Maßnahmen werden durch die Bundesregierung diesbezüglich ergriffen?

Basis der Kontrolle eingeschleppter Infektionserreger ist die frühzeitige Erkennung solcher Gefahren (z. B. SARS, aviäre Influenza) durch international gut vernetzte Beobachtungs- und Überwachungssysteme. In Abhängigkeit vom Ausbreitungsmodus und -potential des jeweiligen Erregers und der verfügbaren präventiven Instrumente können dann zeitnah geeignete Maßnahmen ergriffen werden (z. B. Absonderung von Erkrankten und ggf. von Kontaktpersonen). Deutschland ist mit der existierenden Überwachung von Infektionskrankheiten, die mit der Einführung und Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes deutlich verbessert werden konnte, gut gerüstet. Die Kooperation mit den Bundesländern und z. B. auch auf EU-Ebene ist weiter zu verbessern. Dabei wird dem European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) eine wichtige Rolle zukommen. Bei der SARS-Kontrolle hat die von der WHO koordinierte multinationale Kooperation nach Beseitigung der anfänglichen Überwachungs- und Kontrollprobleme in einzelnen Staaten gut funktioniert.

35. Wie unterstützt die Bundesregierung politisch und finanziell die für das Jahr 2005 geplante Einrichtung einer europäischen Zentrale zur Seuchenkontrolle (ECDC) in Stockholm und spricht sie sich für oder gegen eine Weisungsbefugnis der ECDC an europäische Behörden aus?

Das ECDC wurde mit Verordnung (EG) Nr. 851/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 21. April 2004, veröffentlicht im Amtsblatt L 142 vom 30. April 2004, errichtet. Es hat seine Tätigkeit entsprechend Artikel 32 der Verordnung bis zum 20. Mai 2005 aufzunehmen.

Der Verordnung haben alle Mitgliedstaaten zugestimmt.

Die Verordnung verleiht dem ECDC keine Regelungsbefugnis (Erwägungsgrund (6)). Der Auftrag des Zentrums besteht entsprechend Artikel 3 darin, die durch übertragbare Krankheiten bedingten derzeitigen und neu auftretenden Risiken für die menschliche Gesundheit zu ermitteln, zu bewerten und Informationen darüber weiterzugeben.

Die Finanzierung des ECDC erfolgt aus dem Haushalt der EU entsprechend den Festlegungen zu den Finanzbestimmungen in Kapitel 5 der Verordnung.

Weiterhin ist vorgesehen, das ECDC in der Aufbauphase durch die Entsendung qualifizierten Personals von BMGS und RKI zu unterstützen. Hierfür sind im Regierungsentwurf zum Bundeshaushalt 2005 Haushaltsmittel vorgesehen.





