

**Infektionsschutz als  
Verwaltungsaufgabe  
- Pandemieplanung im Wandel  
der letzten 50 Jahre**

**B a c h e l o r a r b e i t**  
**der Hochschule Meißen (FH) und Fortbildungszentrum**  
zum Erwerb des Hochschulgrades  
Bachelor of Laws (LL.B.)

Vorgelegt von  
**Jasmin Leipner**  
aus Sehmatal-Cranzahl

Meißen, 01.07.2021

# Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>1 Einleitung</b> .....  | <b>5</b>  |
| <b>2 Der Staatsaufbau in der DDR</b> .....                                   | <b>7</b>  |
| 2.1 Der Staatsaufbau .....   | 7         |
| 2.2 Aufbau des Verwaltungsapparates.....                                     | 8         |
| 2.3 Zuständigkeiten im Gesundheitsschutz der DDR .....                       | 8         |
| 2.3.1 Der Ministerrat .....  | 9         |
| 2.3.2 Das Ministerium für Gesundheitswesen .....                             | 10        |
| 2.3.3 Die örtlichen Volksvertretungen und ihre Räte .....                    | 11        |
| 2.3.4 Die Hygieneinspektion der DDR.....                                     | 12        |
| <b>3 Aufbau der Exekutivgewalt der BRD</b> .....                             | <b>13</b> |
| 3.1 Struktureller Aufbau der Exekutiven .....                                | 13        |
| 3.2 Zuständigkeiten in der Durchführung des Infektionsschutzes der BRD ..... | 15        |
| 3.2.1 Einschlägige Rechtsgrundlagen .....                                    | 15        |
| 3.2.2 Gremien und Institutionen der pandemischen Lagebewältigung.....        | 16        |
| <b>4 Das Führungsdokument der DDR</b> .....                                  | <b>18</b> |
| 4.1 Vorangegangenes Geschehen und Maßnahmen der DDR-Regierung.....           | 19        |
| 4.2 Die Erstellung des Führungsdokuments.....                                | 21        |
| 4.3 Institutionen mit antiepidemischer Aufgabenzuständigkeit.....            | 23        |
| 4.3.1 Die Zentrale Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten.....   | 23        |
| 4.3.2 Der Operativstab der Zentralen Kommission.....                         | 23        |
| 4.3.3 Das Zentrallaboratorium für Respiratorische Viren .....                | 24        |
| 4.4 Aufbau und inhaltliche Bestimmungen des Führungsdokuments.....           | 25        |
| 4.4.1 Charakteristik der Situationsstufen .....                              | 25        |
| 4.4.2 Die Interepidemische Situation.....                                    | 25        |
| 4.4.3 Die Präepidemische Situation .....                                     | 27        |
| 4.4.4 Die Epidemische Situation .....  | 31        |
| 4.4.5 Schlussbestimmungen und weitere Festlegungen.....                      | 33        |
| <b>5 Betrachtung des Nationalen Pandemieplans</b> .....                      | <b>35</b> |
| 5.1 Pandemieplanung in der BRD.....  | 35        |

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 5.1.1    | Umgang mit der Hongkong-Grippe 1968-1970.....                            | 35  |
| 5.1.2    | Erarbeitung des Nationalen Pandemieplans.....                            | 38  |
| 5.2      | Der Nationale Pandemieplan.....  | 39  |
| 5.2.1    | Globale Phaseneinleitung der WHO.....                                    | 40  |
| 5.2.2    | Formaler Aufbau des Nationalpandemieplans.....                           | 41  |
| 5.2.3    | Materielle Bestimmungen des Nationalen Pandemieplan.....                 | 41  |
| 5.2.3.1  | Zielstellungen.....  | 41  |
| 5.2.3.2  | Überwachung und Maßnahmen zur Erkennung und Eindämmung.....              | 42  |
| 5.2.3.3  | Medizinische Versorgung und Impfungen.....                               | 44  |
| 5.2.3.4  | Betriebliche Pandemieplanung.....  | 45  |
| 5.2.3.5  | Öffentlichkeitsarbeit.....   | 46  |
| <b>6</b> | <b>Vergleichsweise Betrachtung der Pandemieplanung.....</b>              | <b>48</b>                                 |
| 6.1      | Unterschiede der Planungen.....  | 48  |
| 6.1.1    | Einfluss der politischen Machtstrukturen - historische Betrachtung ..... | 49  |
| 6.1.2    | Zentralismus versus Föderalismus.....                                    | 50  |
| 6.1.3    | Praktische Anwendung.....  | 51  |
| 6.1.4    | Medizinische Betreuung und Fortschritt in der Forschung.....             | 52  |
| 6.1.5    | Kostentragung der zu ergreifenden Maßnahmen .....                        | 53  |
| 6.1.6    | Öffentlichkeitsarbeit.....   | 53  |
| 6.2      | Ausblick auf mögliche Novellierungen der Pandemieplanung der BRD .....   | 54  |
|          | <b>Kernsätze .....</b>   | <b>57</b>                                 |
|          | <b>Anhang 58</b>   |   |
|          | <b>Literaturverzeichnis.....</b>   | <b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b> |
|          | <b>Rechtsquellenverzeichnis .....</b>                                    | <b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b> |
|          | <b>Eidesstattliche Versicherung .....</b>                                | <b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b> |

## Abkürzungsverzeichnis

| <b>Abkürzung</b> | <b>Erläuterung</b>   |
|------------------|--|
| AOLG             | Abteilungsleiter der Obersten Landesgesundheitsbehörden  |
| BfArM            | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte  |
| BGA              | Bundesgesundheitsamt   |
| BMG              | Bundesministerium für Gesundheit   |
| BRD              | Bundesrepublik Deutschland   |
| BZgA             | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  |
| DDR              | Deutsche Demokratische Republik  |
| GG               | Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland   |
| GKV              | Gesetzliche Krankenversicherung  |
| GMK              | Gesundheitsministerkonferenz   |
| GöV              | Gesetz über die örtlichen Volksvertretungen in der Deutschen Demokratischen Republik                   |
| HA               | Hauptabteilung   |
| HV               | Hauptverwaltung  |
| IfSG             | Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen - Infektionsschutzgesetz |
| IfSGZuVO         | Infektionsschutzgesetz-Zuständigkeitsverordnung  |
| IGV              | Internationale Gesundheitsvorschriften   |
| MfG              | Ministerium für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik                                 |
| MRG              | Gesetz über den Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik                                      |
| NPP              | Nationaler Pandemieplan  |
| PEI              | Paul Ehrlich Institut  |
| RKI              | Robert Koch Institut   |
| SächsVerf        | Verfassung des Freistaates Sachsen   |
| VerfDDR          | Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik   |
| WHO              | Weltgesundheitsorganisation  |
| ÖGD              | Öffentlicher Gesundheitsdienst   |

# 1 Einleitung

„Ein Staat muss vorsorgen“<sup>1</sup>, so der Medizinhistorikers Florian Bruns von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Inwieweit die Deutsche Demokratische Republik (DDR) und die Bundesrepublik Deutschland (BRD) in den letzten 50 Jahren im Bereich der pandemischen Planung von dieser Vorsorgepflicht gebraucht gemacht haben, soll thematischer Inhalt dieser Arbeit sein.

Die DDR verabschiedete 1970 ihr „Führungsdokuments des Ministers für Gesundheitswesen zur Verhütung und Bekämpfung von Grippeepidemien“, welches im Rahmen der Arbeit mit dem Nationalen Pandemieplan aus dem Jahr 2005 vorgestellt und verglichen werden soll. Nach dem Einigungsvertrag von 1990 wurden alle staatlichen Strukturen aufgelöst und die Beschlüsse sowie alle anderen Dokumente in das Bundesarchiv gebracht. Somit geriet das Führungsdokument der DDR in Vergessenheit. Erst im Zuge der Sars-CoV-2 Pandemie im Jahr 2020 wurden Fragen um das Wissen und einer möglichen Anwendung des Planes wieder laut. Im Rahmen einer kleinen Anfrage an den Deutschen Bundestag haben verschiedene Abgeordnete und die Partei „Die LINKE“ diese Fragen gestellt. Also auch von Seiten der politischen Entscheidungsträger ist ein gewisses Interesse an dieser Thematik zu erkennen. Diese Arbeit soll beleuchten, inwieweit Auszüge des Führungsdokuments der DDR in einem künftigen Pandemieplan der Bundesregierung einfließen könnte.<sup>2</sup>

Um im Nachfolgenden die Maßnahmenplanung besser verstehen zu können, muss einleitend eine begriffliche Abgrenzung von Epidemie und Pandemie durchgeführt werden. Im Rahmen dieser Arbeit werden diese beiden Begriffe jedoch als Synonyme verwendet. Grundsätzlich wird von einem pandemischen Geschehen gesprochen, wenn sich Erkrankungskohorte nicht mehr räumlich begrenzen lassen und sich in wellenartigen Schüben weltweit ausbreiten. Eine Pandemie kann durch eine Vielzahl an Erregern ausgelöst werden. Nachfolgend wird sich aber nur auf die pandemische Bekämpfung von Influenzaerregern, den Viren, beschäftigt. Eine Influenzapandemie wird durch ein neuartiges Influenzavirus ausgelöst, welches einen schweren Krankheitsverlauf mit sich ziehen kann und sich leicht von Mensch zu Mensch übertragen lässt. Aufgrund der neuartigen Struktur des Virus ist der menschliche Körper dagegen nicht geschützt und es erkranken in einem kurzen Zeitraum eine Vielzahl von Menschen. Durch die hohe Anzahl an Erkrankten besteht bei einer Pandemie die Möglichkeit der Überlastung der jeweiligen Ge-

---

<sup>1</sup> Harmsen, *Es ging auch ohne WHO*, 2020

<sup>2</sup> Vgl. BT-Drucksache 19/24316

sundheitssysteme. Deswegen ist es von besonderer Wichtigkeit, im Ernstfall eine Leitlinie zu besitzen, die durch vorangegangene Planung bestimmte Maßnahmen praktisch von „selbst“ auslöst und folglich die Lage nicht weiter verschlechtert wird.<sup>3</sup>

Im einleitenden Teil dieser Arbeit soll sich grundlegend mit dem Aufbau der Verwaltungsstrukturen von DDR und BRD beschäftigt werden. Das Hauptaugenmerk ist dabei vor allem auf die am Infektionsschutz beteiligten Stellen gelegt, welchen im Rahmen einer Pandemie die Übernahme besonderer Aufgaben zuteil werden. Um das Ineinanderwirken der staatlichen Stellen in der DDR darstellen zu können, ist es eingangs von Nöten, grundlegende Aussagen zum Staatsaufbau der DDR zu treffen. Auch im dritten Kapitel, welches den Aufbau der Exekutiven der BRD näher beleuchtet, wird eine solche Kurvorbildung vorgenommen. Diese Arbeit dient keinesfalls einer abschließenden Darstellung beider Systeme, sondern soll lediglich eine Basis für die darauffolgende Vorstellung der Pandemieplanung und -umsetzung sein. Im Anschluss wird sowohl für die DDR als auch für die BRD eine Einführung im Umgang mit der Hongkong-Grippe (1968-1970) - der letzten großen Pandemie des 20. Jahrhunderts - vorgenommen, da dieser ausschlaggebende Punkt zur Erstellung des Führungsdokuments in der DDR war. Auch für die BRD wird der Umgang mit dieser Pandemie einleitend im fünften Kapitel vorgenommen. Im Anschluss darauf erfolgt die genaue Betrachtung und inhaltliche Vorstellung beider Pläne. Unabhängig voneinander werden alle im Ernstfall zu ergreifenden Maßnahmen vorgestellt und, soweit möglich, in eine zeitliche Abfolge gebracht. Der abschließende Teil der Arbeit soll klären inwieweit ein Vergleich der Pläne möglich ist und als sinnvoll erachtet werden kann, um im Anschluss die Frage klären zu können, ob und inwieweit Maßnahmen der DDR-Regierung in einem Novellierungsprozess der Pandemieplanung der BRD Einfluss nehmen können.

Im Rahmen dieser Arbeit werden keine wertenden Aussagen in Bezug auf die Bewältigungsmaßnahmen im Rahmen der SARS-CoV-2 Pandemie getroffen, da dies aufgrund fehlender Datenauswertungen nicht möglich ist. Vielmehr soll dargestellt werden, wie unterschiedlich der Umgang mit solchen Situationen im Kontext verschiedener politischer Systeme ist und inwieweit die historische Betrachtung und Bewertung solcher Geschehen in einer zukünftigen Planung Anwendung finden können.

---

<sup>3</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), *Was ist eine Pandemie?*, 2009

## 2 Der Staatsaufbau in der DDR

### 2.1 Der Staatsaufbau

In der Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik (VerfDDR) wurde die Staatsform statuiert - wortwörtlich hieß es im Art. 47 Abs. 2: „Die Souveränität des werktätigen Volkes, verwirklicht auf Grundlage des demokratischen Zentralismus, ist das tragende Prinzip des Staatsaufbaus.“ Dieser Passus war Grundlage für die zentralistische Leitung und den einheitlichen Aufbau des gesamten Gesellschafts-, Staats- und Wirtschaftssystems der DDR. Die Führung der gesamten staatlichen Tätigkeit wurde in die Hand der marxistisch-leninistischen Partei der Arbeiterklasse<sup>4</sup> gelegt. Dies bedeutete, dass sowohl der Staat als auch die Partei hierarchisch-zentralistisch aufgebaut wurden und die Beschlüsse der jeweils höheren Organe für die Unteren als verbindlich galten.<sup>5</sup>

Infolgedessen definierte sich die DDR als Einheitsstaat, welcher in Territorien gegliedert war. Die Bezirke, die größten politisch-territorialen Glieder, stellten eine wichtige Leitungsebene im Staatsaufbau dar. Innerhalb der Bezirke befanden sich Kreise, welche als Stadt- oder als Landkreis ausgestaltet sein konnten. Die Stadtkreise - u. a. Berlin, Leipzig, Halle und Erfurt, wurden aufgrund ihrer Größe nochmals in Stadtbezirke untergliedert. Als kreisfreie Städte waren sie den Landkreisen in ihren Rechten und Pflichten gleichgestellt. Unter den Landkreisen wurden kreisangehörige Städte und Gemeinden zusammengefasst.<sup>6</sup>

Der Grundsatz der Einheitlichkeit bezog sich auf den gesamten Aufbau des sozialistischen Staates. Eine trennscharfe Abgrenzung zwischen Verwaltungsapparat und Staatsmacht war nicht möglich, vielmehr konnte vom Konstrukt des Staatsapparates gesprochen werden. Folgende Organe waren unter diesem Begriff zu subsumieren: der Ministerrat, die Ministerien, andere zentrale Staatsorgane, die örtlichen Räte mit ihren Fachorganen, die Gerichte und die Staatsanwaltschaft sowie Schutz- und Sicherheitsorgane. Eng verbunden mit dem Apparat waren die volkseigenen Betriebe, die Kombinate, die Vereinigung volkseigene Betriebe und andere volkseigene Wirtschaftsorganisationen, Ferner konnten auch staatliche Einrichtungen unter diesen Begriff gefasst werden.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> Als Partei der Arbeiterklasse wurde in der DDR die Sozialistische Einheitspartei Deutschlands - kurz SED, bezeichnet, welche den Ausdruck der Macht der Arbeiterklasse darstellen sollte.

<sup>5</sup> Vgl. Institut für Theorie des Staates und des Rechts der Akademie der Wissenschaften der DDR (Hrsg.), *Marxistisch-leninistische Staats- und Rechtstheorie*, 1975, S. 195 f. u. 308

<sup>6</sup> Vgl. Akademie für Staats- und Rechtswissenschaften der DDR (Hrsg.), *Staatsrecht der DDR*, 1977, S. 255 u. 265-268

<sup>7</sup> Vgl. Akademie für Staats- und Rechtswissenschaften der DDR (Hrsg.), *Verwaltungsrecht*, 1979, S.27 f.

## 2.2 Aufbau des Verwaltungsapparates

Die staatliche Verwaltungstätigkeit umfasste die vollziehende und verfügende Tätigkeit der staatlichen Organe und galt als spezifische Form der staatlichen Leitung. Die Staatsarbeit umfasste nicht nur die klassischen Aufgaben des Verwaltens, sondern war vielmehr elementarer Bestandteil der Machtorganisation und Grundlage der sozialistischen Demokratie. Die vollziehende und verfügende Tätigkeit erstreckte sich über die operative, politisch-ideologische und organisatorische Arbeit des Staatsapparates, wobei den staatlichen Entscheidungen ein bedeutsames Gewicht zugesprochen wurde. Für die Gestaltung der Beziehung zur Bevölkerung war die Verwaltungstätigkeit besonders auf der Ebene der Städte und Gemeinden von großer Bedeutung. Die ausführenden Stellen konnten in zentrale und örtliche Staatsorgane untergliedert werden, deren Struktur sich aus dem demokratischen Zentralismus und der territorialen Gliederung der DDR ergab.<sup>8</sup>

Die Organe der Verwaltung bildeten ein verzweigtes, aber einheitliches System, welches eine bedingte Elastizität vorwies. Diese gestattete es, bestimmte Kompetenzen auf untere Organe zu übertragen, ohne dass die Eingriffsbefugnisse der höheren Organe Begrenzung erfuhren. Die höheren Organe führten folglich nicht nur die Rechts- sondern auch die Fachaufsicht über die ihnen unterstellten Organe. Dies bedeutete, dass die höheren Organe jederzeit ihr Ermessen über das der unteren Organe stellen konnten. Da dies als Ausnahme zu verstehen war, kann durchaus von einer eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung im Bereich der übertragenen Kompetenzen gesprochen werden. Vom klassischen Verständnis der kommunalen Selbstverwaltung kann jedoch nicht ausgegangen werden, da der Einheitsstaat dies ausdrücklich ablehnte. Der Art. 41 S.1 VerfDDR sprach hierbei im Rahmen der zentralen staatlichen Leitung und Planung von eigenverantwortlichen Gemeinschaften.<sup>9</sup>

## 2.3 Zuständigkeiten im Gesundheitsschutz der DDR

Das Gesundheitswesen, unter dem Gesichtspunkt des Gesundheitsschutzes, umfasste die Gesamtheit der Einrichtungen, die der medizinischen Betreuung der Bürger oder einer spezifischen Funktion der medizinischen Forschung der Hygiene bzw. Arbeitshygiene dienten. In Artikel 35 VerfDDR ist der Schutz der Gesundheit jedes Bürgers als

---

<sup>8</sup> Vgl. Weichelt, *Der sozialistische Staat*, 1972, S. 96 ff.; vgl. Akademie für Staats- und Rechtswissenschaften der DDR (Hrsg.), a.a.O. (Fn 7), S.32-34 u. 99

<sup>9</sup> Vgl. Püttner/Borchmann, *Handbuch der kommunalen Wissenschaft und Praxis*, 1982, S. 516-518

Grundrecht festgehalten wurden. Hauptverantwortlich für die Durchführung des Gesundheitsschutzes war der Ministerrat mit seinen Organen, insbesondere dem Ministerium für Gesundheitswesen, sowie den örtlichen Räten und dessen Fachorganen Gesundheits- und Sozialwesen. Den Räten und ihren Organen waren staatliche und betriebliche Gesundheitseinrichtungen unterstellt, denen die Aufgabe der medizinischen Betreuung der Bevölkerung zuteilwurde.<sup>10</sup>

### **2.3.1 Der Ministerrat**

Unter Führung der SED sollte der Ministerrat im Auftrag der Volkskammer als Spitze der vollziehenden und verfügenden Organe die einheitliche Verwirklichung der Staatspolitik leiten, die Erfüllung der übertragenen Aufgaben organisieren und die Durchführung dieser kontrollieren. Diese grundlegende Zuständigkeitszuweisung konnte dem § 1 des Gesetzes über den Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (MRG) entnommen werden.

Die Novellierung der Verfassung der DDR im 7. Oktober 1974 hatte zur Folge, dass eine Erweiterung der Zuständigkeiten und Konkretisierung der Zuständigkeiten des Ministerrats erfolgte, welche in den Art. 76 u. 77 VerfDDR statuiert wurden. Für die Betrachtung der beteiligten Stellen des Infektionsschutzes, konkreter mit der Erstellung des Führungsdokuments zur Verhütung und Bekämpfung von Grippeepidemien, hatte die Novellierung keine Auswirkungen als dass es darauf ankommen würde, dass die Verfassung in der Fassung vom 9. April 1968 als Rechtsgrundlage näher betrachtet werden müsste. Die Zuständigkeit des Ministerrats für das Gesundheitswesen wurde in die Fassung vom Oktober 1974 übernommen, wodurch eine Betrachtung der gültigen Fassung zum Zeitpunkt der Planerstellung 1970 nicht nötig ist. Die Hauptveränderung stellte der neugefasste Art. 76 VerfDDR dar. Auf Grund dessen wurde der Ministerrat ab Oktober 1974 in einer Doppelfunktion tätig, indem er als Organ der Volkskammer und gleichzeitig als Regierung der DDR agierte.<sup>11</sup>

Des Weiteren ist festzuhalten, dass schon 1972 in der Neufassung des Ministerratsgesetzes eine staatsrechtliche Präzisierung der Funktion erfolgte. Auch hier muss die zum Zeitpunkt der Planerstellung gültige Fassung keiner näheren Betrachtung unterzogen

---

<sup>10</sup> Vgl. Akademie für Staats- und Rechtswissenschaften der DDR (Hrsg.), a.a.O. (Fn 7), S. 466

<sup>11</sup> Vgl. Akademie für Staats- und Rechtswissenschaften der DDR (Hrsg.), a.a.O. (Fn 6), S. 102 ff.

werden, da die Kompetenzzuweisung des Verfassungsrechts analog zum MRG erfolgte.<sup>12</sup>

§ 7 Abs.2 MRG war zu entnehmen, dass er „die planmäßige Entwicklung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung, ihrer medizinischen und sozialen Betreuung [leitete].“ Im Rahmen des Gesundheitsschutzes traf er notwendige zentrale staatliche Entscheidungen und nahm aus dem Bereich der Aufgabenerfüllung resultierende Berichte entgegen und sorgte im Anschluss dafür, dass diese Erkenntnisse in den Fünfjahrplan und den jährlichen Volkswirtschaftsplänen aufgenommen wurden.<sup>13</sup>

### **2.3.2 Das Ministerium für Gesundheitswesen**

Als Organ des Ministerrates fiel die Leitung und Planung des Gesundheitswesens in den Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Gesundheitswesen (MfG). In sein Aufgabengebiet fiel unter anderem die Hygiene einschließlich des Infektionsschutzes. Die einzelnen Aufgaben sowie seine Rechte und Pflichten wurden im Statut des MfG festgehalten. Abänderungen erfuhr das Statut 1969 und 1975, in welchen die Aufgaben und die Organisationsstruktur des MfG nur weiter konkretisiert wurden. Folglich fand als Grundlage für den Aufbau des Ministeriums die neuste Fassung des Status vom 25.9.1975 Anwendung. Der strukturelle Aufbau des MfG war dem § 15 Abs. 1 des Statuts zu entnehmen. Es untergliederte sich in die Hauptverwaltung (HV), die Hauptabteilungen (HA) den Abteilungen und den Sektoren.<sup>14</sup>

Der Minister hatte die Tätigkeit der ihm unterstellten Organe und Einrichtungen zu koordinieren und kontrollieren und führte das Ministerium nach dem Prinzip der Einzelleitung bei kollektiver Beratung der Grundfragen. Dies bedeutete, dass er für die gesamte Tätigkeit des Ministeriums gegenüber der Volkskammer und dem Ministerrat die persönliche Verantwortung trug.<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> Vgl. Akademie für Staats- und Rechtswissenschaften der DDR (Hrsg.), a.a.O. (Fn 6), S. 353

<sup>13</sup> Vgl. Akademie für Staats- und Rechtswissenschaften der DDR (Hrsg.), a.a.O. (Fn 7), S. 469

<sup>14</sup> Vgl. Lapp, *Der Ministerrat der DDR*, 1982, S. 224

<sup>15</sup> Vgl. Akademie für Staats- und Rechtswissenschaften der DDR (Hrsg.), *DDR. Gesellschaft Staat Bürger*, 1974, S. 159; vgl. Akademie für Staats- und Rechtswissenschaften der DDR (Hrsg.), a.a.O. (Fn 7), S. 127 f.

### 2.3.3 Die örtlichen Volksvertretungen und ihre Räte

Die verfassungsrechtliche Grundlage für die örtlichen Volksvertretungen und ihre Organe bildeten die Art. 81 bis 85 VerfDDR. Aufgrund Art. 85 VerfDDR erging 1973 das Gesetz über die örtlichen Volksvertretungen in der Deutschen Demokratischen Republik (GöV), welches erstmalig alle Aufgaben, Rechte und Pflichten aus vorangegangenen Rechtsvorschriften und Verordnungen in einem Gesetzestext vereinte. Diese Novellierung hatte keinen Einfluss auf die Rechte und Pflichten im Rahmen des Gesundheitsschutzes, da diese auch schon bei den örtlichen Organen zum Zeitpunkt der Planerstellung in diesem Rahmen gegeben waren. Um eine Vereinfachung in der Struktur Erläuterung zu gewährleisten wird nachfolgend das GöV in der zuletzt ergangenen Fassung vom 04. Juli 1985 zitiert.

Auf Grundlage der Beschlüsse der SED, der Gesetze und anderen zentralen Vorschriften verwirklichten die örtlichen Volksvertretungen und ihre Räte die Gesundheitspolitik des sozialistischen Staates in ihrem Territorium. Sie sollten sie unter anderem die Leistungen des Gesundheitswesens zur Verhütung, Erkennung, Behandlung und Nachsorge von Krankheiten erweitern und die hygienische Gestaltung der Arbeits- und Lebensbedingungen sichern. Für die Aufgabenerfüllung auf der Bezirks- und Kreisebene waren die Fachabteilungen für Gesundheits- und Sozialwesen zuständig.<sup>16</sup>

Die wichtigsten Organe der örtlichen Volksvertretungen bildeten die Räte, welche nach den territorialen Einordnungen bezeichnet wurden: der Rat des Bezirks, der Rat des Kreises, auf der untersten Ebene vertreten war der Rat der Stadt, des Stadtbezirks und der Gemeinde, in Berlin (Ost) außerdem den Magistrat und den Rat des Stadtbezirks. Gemäß dem § 37 GöV war der Rat des Bezirkes für die Verwirklichung der staatlichen Gesundheitspolitik und die planmäßige Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung zuständig. Die Zuständigkeiten für den Rat des Kreises lagen vor allem in der ambulanten und stationären medizinischen Grundbetreuung. Nach § 55 Abs. 1, 4 GöV lag seine Verantwortung ferner auch in der Organisation der operativen Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Epidemien und Massenerkrankungen. Die Räte der kreisangehörigen Städte und Gemeinden sollten entsprechend ihrer territorialen Erfordernisse Einfluss auf die medizinische Betreuung der Bürger nehmen und Maßnahmen zur Gewährleistung von Ordnung, Sauberkeit und Hygiene nehmen.

---

<sup>16</sup> Vgl. Akademie für Staats- und Rechtswissenschaften der DDR (Hrsg.), a.a.O. (Fn 7), S. 470

#### 2.3.4 Die Hygieneinspektion der DDR

Für die Aufgaben zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes war die staatliche Hygieneinspektion verantwortlich. Das Wirken wurde in der Durchsetzung der Rechtsvorschriften sowie ihrer anleitenden, beratenden, unterstützenden und kontrollierenden Tätigkeit in alle gesellschaftlichen Bereichen deutlich. Sie wurde zentral als Staatliche Hygieneinspektion des Ministeriums für Gesundheitswesen und örtlich als Bezirks-, Kreis- und Stadtbezirksinspektion tätig. Auf örtlicher Ebene waren sie dem Mitglied des zuständigen Rates für Gesundheits- und Sozialwesen (Bezirks-, Kreis- oder Stadtbezirksarzt) sowie dem Leiter der übergeordneten Hygieneinspektion unterstellt.<sup>17</sup>

Ein Teil der Aufgaben fiel in den Bereich der Hygiene (Gesamtheit der Maßnahmen des Gesundheitsschutzes) von übertragbaren Krankheiten, insbesondere durch die Festlegung von Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung dieser und der Anleitung zur Durchführung epidemischer Maßnahmen. Die Verhütung und Bekämpfung bei übertragbaren Krankheiten setzte voraus, dass ein koordiniertes Zusammenwirken von allen Beteiligten stattfand und auch die Bürger wurden in den Infektionsschutz einbezogen. Den Hygieneinspektionen stand es zu, notwendige Maßnahmen als verwaltungsrechtliche Einzelentscheidungen zu treffen, welche bis zur Anwendung staatlicher Zwangsmaßnahmen reichten. Pflichten, die sich aus den Einzelfallanordnungen ergaben, konnten bei Verstoß ordnungsstrafrechtlich geahndet werden.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Vgl. §§ 2, 3 u. 6 der Verordnung über die staatliche Hygieneinspektion

<sup>18</sup> Vgl. Akademie für Staats- und Rechtswissenschaften der DDR (Hrsg.), a.a.O. (Fn 7), S. 486 ff.

### **3 Aufbau der Exekutivgewalt der BRD**

Um nachfolgend Aussagen über die Exekutivgewalt der Bundesrepublik (BRD) treffen zu können, soll einleitend ein kurzer Einstieg in Staatsorganisation vorgenommen werden. Art. 20 Abs. 1, 2 GG definiert die Bundesrepublik Deutschland als demokratischen und sozialen Bundesstaat, bei welchem alle Staatsgewalt vom Volk ausgeht. Die Staatsgewalt wird durch besondere Organe der Gesetzgebung (Legislative), der vollziehenden Gewalt (Exekutive) und der Rechtsprechung (Judikative) ausgeübt. Dennoch wird dadurch keine klare Trennung, sondern ein Zusammenwirken im Sinne gegenseitiger Machtkontrolle verstanden. Als Beispiel kann unter anderem genannt werden, dass durch die Art. 76 ff. GG die Gesetzgebungskompetenz dem Parlament vorbehalten ist, doch auch der Bundesregierung die Möglichkeit der Einbringung von Gesetzinitiativen nach Art. 76 Abs. 1 GG eingeräumt wird.<sup>19</sup>

Die Bundesrepublik ist ein Bundesstaat, welcher in 16 Gliederstaaten unterteilt ist. Dies bedeutet, dass die Bundesrepublik ein föderaler Staat ist, in welchem die Staatsaufgaben zwischen dem Gesamtstaat (Bundesrepublik Deutschland) und den Einzelstaaten (den Bundesländern) aufgeteilt sind. Die Ausübung der Staatsgewalt ist durch das Grundgesetz (GG) zwischen Bund und Ländern aufgeteilt. Folglich besitzen sowohl die Länder als auch der Bund besitzen eine eigene Staatsgewalt. Art. 30 GG statuiert, dass die grundsätzliche Zuständigkeit bei den Ländern liegt. Der Bund kann in den Bereichen Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung nur dann tätig werden, wenn sie in der Verfassung verankert wurden. Die Kommunen (Gemeinden, Städte und Landkreise) können im Rahmen der Staatsorganisation der Länder als „dritte Ebene“ des Staatsaufbaus gesehen werden. In Art. 28 Abs. 2 GG wurde das verfassungsrechtliche Garant der Selbstverwaltung der Kommunen gegeben, wonach die Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln sind.<sup>20</sup>

#### **3.1 Struktureller Aufbau der Exekutiven**

Die exekutive, die vollziehende, Gewalt setzt sich in Deutschland aus zwei Teilen zusammen. Zum einen wird die Regierung mit staatslenkender Funktion als Exekutive bezeichnet und zum anderen auch die Verwaltung, welche überwiegend mit vollziehenden Tätigkeiten betraut ist. Im Rahmen dieser Arbeit ist es jedoch nicht nötig, die Regierung

---

<sup>19</sup> Vgl. Degenhart, *Staatsrecht I Staatsorganisationsrecht* (Kindle Edition), 2019, Rd.-Nr. 13

<sup>20</sup> Vgl. *ibid.*, Rd.-Nr. 7

näher zu betrachten, da die ausführenden Tätigkeiten im Rahmen des Infektionsschutzes und der Pandemiebekämpfung vom Verwaltungsapparat übernommen werden.

Grundsätzlich ist Art. 30 GG auch für die Zuständigkeiten der Verwaltung maßgeblich. Das bedeutet, dass die Verwaltung der Länder den Bundesorganen nicht hierarchisch nachgeordnet ist, sondern selbstständig gegenübersteht. Gem. Art. 83 GG führen die Länder aber auch die Gesetze des Bundes aus, sofern in der Verfassung keine abweichende Regelung getroffen wurden. Im Rahmen der Bundesauftragsverwaltung (Art. 85 GG) oder aufgrund von Einzelweisungen gem. Art. 84 Abs. 5 GG werden die Länder jedoch für den Bund tätig. Unter dem organisatorischen Gesichtspunkt kann die Verwaltung grundsätzlich in Bundes- und Landesverwaltung differenziert werden. Eine Betrachtung der EU-Ebene entfällt aufgrund des vorwiegenden mittelbaren Vollzug des EU-Rechts durch Bundes- bzw. Landesbehörden.

Die bundeseigene Verwaltung, für welche besondere Kompetenzzuweisungen in der Verfassung statuiert sein müssen, kann in die unmittelbare und mittelbare Bundesverwaltung untergliedert werden. Im Rahmen der bundesunmittelbaren Verwaltung wird die Bundesrepublik unmittelbar durch Behörden des Bundes tätig. Hingegen bei der mittelbaren Bundesverwaltung selbstständige, juristisch Personen (Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen) des öffentlichen Rechts der Republik die Aufgabenerfüllung übernehmen.<sup>21</sup>

Der organisatorische Aufbau der Landesverwaltungen ist abhängig von den Festlegungen in den jeweiligen Landesgesetzen. Aufgrund des örtlichen Bezugs wird im Anschluss nur der Aufbau des Verwaltungsapparates des Freistaats Sachsen vorgenommen. Im 7. Abschnitt der Sächsischen Verfassung (SächsVerf) werden Regelungen zur Verwaltung innerhalb des Freistaates getroffen. Doch schon in Art. 59 Abs. 1 S.1, 2 SächsVerf wird festgehalten, dass die Staatsregierung (Ministerpräsident und Staatsminister) an der Spitze der vollziehenden Gewalt steht und die Leitung der Landesverwaltung innehat. Auch in der Landesverwaltung wird zwischen der mittelbaren (durch Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen) erfüllte Kompetenzen und der unmittelbaren Landesverwaltung unterschieden. Die unmittelbare Landesverwaltung untergliedert sich nochmals in die Bereiche der allgemeinen Verwaltung und dem Bereich der Sonderverwaltung. Der Teilbereich der allgemeinen Verwaltung weist einen dreistufigen Aufbau auf. An oberster Stelle steht der Ministerpräsident und die Ministerien des Freistaates, auf mittlerer Ebene ist die Landesdirektion Sachsen angesiedelt, welche als Mittelbehörde Fachaufgaben

---

<sup>21</sup> Vgl. Degenhart a.a.O. (Fn 19), Rd.-Nr. 530 f.

koordiniert und bündelt, sowie den Ausgleich widerstreitender Interessen sicherstellt. Die unterste Ebene bilden die kommunalen Behörden. Dazu zählen die Kreisfreien Städte und Landratsämter, welchen die Ämter der kreisangehörigen Städte und Gemeinden nachgeordnet sind. Den Kreisfreien Städten ist keine kleinere Verwaltungseinheit untergliedert.<sup>22</sup>

## **3.2 Zuständigkeiten in der Durchführung des Infektionsschutzes der BRD**

### **3.2.1 Einschlägige Rechtsgrundlagen**

Gem. des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ist sowohl der Infektionsschutz als auch die Seuchenbekämpfung unter den Wortlaut „Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten“ zu subsumieren, wodurch dieser Aufgabenkomplex in den Bereich der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes fällt. Von welcher mit Erlass des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen - Infektionsschutzgesetz (IfSG) Gebrauch gemacht wurde, wodurch den Ländern nach Art. 72 Abs. 1 GG keine Regelungsbefugnis über dieses Gesetz hinaus zusteht. Das IfSG bildet die Basis auf der alle weiteren Rechtsvorschriften erlassen wurden. Auf Grund des § 15 Abs. 3 S. 2, § 17 Abs. 4 S. 2 u. Abs. 5 S. 2, § 20 Abs. 7 S. 2, § 32 S. 2, § 41 Abs. 2 S. 2 sowie § 54 S. 1 IfSG ist es den Ländern möglich, eigene Verordnungen im Bereich des Infektionsschutzes zu verabschieden. In Sachsen ist dazu die Infektionsschutzgesetz-Zuständigkeitsverordnung (IfSGZuVO) erlassen worden, in welcher Regelungen zur Zuständigkeit, der Kostenerstattung von Impfungen und anderen prophylaktischen Maßnahmen getroffen wurden.

Im NPP werden neben dem IfSG noch weitere Rechtsvorschriften bezeichnet, die im Ernstfall die rechtlichen Grundlagen zum verwaltungsmäßigen Im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit der WHO kommen die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) zur Anwendung. Auf nationaler Ebene sind in folgenden Verordnungen bzw. Verwaltungsvorschriften weiterführende Regelungen zur Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten getroffen worden:

- Verordnung über die Meldepflicht bei Aviärer Influenza beim Menschen
- Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Koordinierung des Infektionsschutzes in epidemisch bedeutsamen Fällen
- Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften

---

<sup>22</sup> Vgl. Landesdirektion Sachsen (Hrsg.), *Verwaltungsstruktur*, 2019

- Gesetz zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften

Weiter ist das BMG ermächtigt, folgende Rechtsvorschriften gem. § 15 Abs. 1, 2 IfSG sowie nach § 20 Abs. 4, 6 IfSG zu erlassen.<sup>23</sup>

### 3.2.2 Gremien und Institutionen der pandemischen Lagebewältigung

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) umfasst alle Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung in der Bundesrepublik. Auf Bundesebene zählen unter anderem das Bundesgesundheitsministerium (BGM), das Bundesgesundheitsamt (BGA) sowie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Robert-Koch-Institut (RKI) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Die Gesundheitsministerin sowie die Landesämter bzw. -institute bilden die Länderebene des ÖGD. Auf kommunaler Ebene finden sich die Gesundheitsämter als unterste Behörden des ÖGD wieder. In Sachsen sind gem. § 1 IfSG-ZuVO die Landkreise und Kreisfreien Städte die zuständigen Behörden im Sinne des Infektionsschutzgesetzes. Diese fachliche und personelle Eingliederung in die Landratsämter ist in der Mehrheit der Bundesländer wiederzufinden. Der ÖGD nimmt eine Bandbreite von Aufgaben wahr, welche das Ziel des Erhalts und der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit verfolgen und durch ein komplexes Geflecht aus bundes- und landesrechtlichen Bestimmungen geregelt sind. Der Infektionsschutz stellt jedoch nur eine Teilaufgabe der Gesundheitsämter im Bereich des Gesundheitsschutzes dar, weitere Aufgaben sind die Hygiene (u. a. Trinkwasser- oder Krankenhaushygiene), Umweltmedizin oder Schuleingangs- und andere Reihenuntersuchungen. Neben den genannten Aufgaben des Gesundheitsschutzes/Prävention gehört auch der Bereich der Gesundheitsförderung in die Zuständigkeit der Gesundheitsämter.<sup>24</sup>

Im Falle des Eintretens einer pandemischen Situation werden den zuständigen Stellen - in Abhängigkeit von der konkreten Gefahrenlage sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene entsprechende Krisenmanagementstrukturen zugewiesen, welche nachfolgend einer kurzen Erläuterung unterzogen werden. Im Pandemiefall beruft das BMG als federführendes Bundesministerium seinen Krisenstab ein. Aufgrund der nationalen sowie internationalen Einbindung (Gremien der EU, der WHO und der Globalen Initiative für Gesundheitssicherheit) ist der Krisenstab die zentrale Informationsbündelungsstelle und auch Kern der Entwicklung von Bewältigungsstrategien. Fachliche Beratung erfährt der Krisenstab unter anderem durch das RKI, dem PEI sowie dem Bundesinstitut für

---

<sup>23</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), *Nationaler Pandemieplan Teil I*, 2017, S. 9

<sup>24</sup> Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung*, 2020

Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Gemäß § 4 Abs. 1 IfSG ist das RKI „die nationale Behörde zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten sowie zur frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen.“ Als zentrale Forschungs- und Referenzeinrichtung für Infektionskrankheiten werden im RKI epidemiologischen Daten im Rahmen eines Pandemiegeschehens erhoben und analysiert sowie Maßnahmen des Infektionsschutzes und diagnostische Verfahren erforscht. Gleichzeitig berät das RKI die Bundesländer fachlich, indem Unterstützung bei der fachlichen Koordination von Ermittlungen und Maßnahmen gegeben wird. Zusätzlich moderiert das RKI den ständigen Informationsfluss zwischen dem ÖGD in Deutschland und den Akteuren auf internationaler Ebene. Das RKI wiederum wird von einem „Expertenbeirat Influenza“ wissenschaftlich während einer Influenzapandemie beraten. Das PEI ist als Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel für die Beratung im Bereich der Impfstoffbeschaffung und -anwendung sowie der Bewertung möglicher Nebenwirkungen verantwortlich. Die Nutzen-Risikobewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten wird vom BfArM durchgeführt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist für die Realisierung bundesweiter Kommunikationsmaßnahmen gegenüber der Bevölkerung verantwortlich. In Abhängigkeit der Schwere des Verlaufs der Pandemie besteht die Möglichkeit zur Bildung eines gemeinsamen Krisenstabes von Bundesinnenministerium und dem BMG. Dieser soll bei der Bewältigung einer national bedeutsamen Gefahren- und Schadenslage, sofern eine Betroffenheit der Inneren Sicherheit und des Gesundheitswesens abzusehen ist, gebildet werden.<sup>25</sup>

Auf Länderebene übernimmt die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) die Entscheidungsfindung der Länder im Hinblick auf eine antipandemische Maßnahmenenergreifung durch einen fachlichen und politischen Meinungs austausch. Die Vorbereitungen für die Entscheidungen der GMK werden von den Gesundheitsministern der Länder und den Abteilungsleitern der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) übernommen. Die AOLG hat zur Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten - der Pandemieplanung - eine Arbeitsgruppe Infektionsschutz eingerichtet, welche im Pandemiefall mit dem RKI und weiteren Institutionen konkrete Maßnahmen im Bereich des Infektionsschutzes abstimmt.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Vgl. RKI (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), S. 10 f.

<sup>26</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), S. 11

## 4 Das Führungsdokument der DDR

Das 20. Jahrhundert war geprägt von mehreren schweren Grippe-Pandemien wie beispielsweise der Spanischen Grippe (1918-1920) oder der Asiatischen Grippe (1957/1958). Als letzte große Pandemie war die Hongkong-Grippe (1968-1970) zu verzeichnen, welche weltweit 1-2 Mio. Todesopfer forderte und auch Ende des Jahres 1968 die DDR erreichte. Sie stellte das Schlüsselereignis zur Erstellung eines Pandemieplans dar.<sup>27</sup>

Aus Gründen der thematischen Begrenzung der Arbeit wird im nachfolgenden vor allem auf Maßnahmen zur Bekämpfung der Hongkong-Grippe eingegangen, welche, wie eingangs bereits angesprochen, der Auslöser für die Erstellung des Führungsdokuments des Ministers für Gesundheitswesen 1970 war. Das Dokument wurde vor dem Hintergrund der Verhütung und Bekämpfung von Grippeepidemien erstellt und sollte die während der Hongkong-Grippe durchgeführten Maßnahmen für zukünftige Geschehen institutionalisieren. Gleichzeitig fungierte es als Konkretisierung des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (GüK), welches 1965 in Kraft trat. Sowohl in der Fassung von 1965 als auch in der Neufassung von 1982 waren Schutzmaßnahmen definiert, welche im Einzelfall eine Weiterverbreitung von ansteckenden Krankheiten verhindern bzw. im Epidemiefall den Rückgang und das Erlöschen der Krankheit herbeiführen sollten. Folglich kann das GüK als Pendant zum in der BRD geltenden Infektionsschutzgesetz gesehen werden.

Trotz der begrifflichen Unterscheidung von Epidemie und Pandemie kann nach heutigem Verständnis von einem Pandemieplan gesprochen werden, da diese Differenzierung nicht ausschlaggebend für die inhaltlichen Parallelen zwischen dem Führungsdokument der DDR und den aktuell bestehenden Pandemieplänen von Bund und Ländern ist. Ferner definierte das Führungsdokument auf politischer Ebene Jahrzehnte bevor ähnliche strategische Pläne erstellt wurden, die Begriffe von Epidemie bzw. Pandemie. Es lässt sich also festhalten, dass die DDR auf dem Gebiet der Seuchenbekämpfung mit Schwerpunkt Epidemiebekämpfung mit futuristischen Beispiel für alle nachfolgenden Pläne vorangeschritten ist.

---

<sup>27</sup> Vgl. Rengeling, *Vom geduldigen Ausharren zur allumfassenden Prävention*, 2017, S. 158 f.

#### 4.1 Vorangegangenes Geschehen und Maßnahmen der DDR-Regierung

Schon vor Ausbruch der Hongkong-Grippe 1968 hatte das MfG an Überlegungen für „Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung einer Grippeepidemie“<sup>28</sup> gearbeitet. Aus einem Entwurf für besagte Richtlinie ging hervor, dass vergangene pandemische Geschehnisse -exemplarisch sei hier die Asiatische-Grippe zu nennen - eine große Rolle bei der Ausarbeitung spielten, es also vor allem zur Einbeziehung von Erfahrungswerten bei der Planerstellung gekommen ist. Unter anderem wurde festgehalten, dass durch abweichende Varianten des Erregers möglicherweise ein besonders hohes Risiko für Kinder und ältere Menschen bestände und die Lahmlegung des öffentlichen Lebens im Seuchenfall starke ökonomischen und gesellschaftlichen Konsequenzen mit sich ziehen würde. Aufgrund dieses Risikos wurde schon 1967 für den Ernstfall festgehalten, dass jede entgegenwirkende Maßnahme bei drohender Pandemiegefahr durchzusetzen sei. Es fanden Diskussionen zum Thema Impfen im Allgemeinen und der konkreten Durchführung einer Massenimpfung der gesamten Bevölkerung statt. Es ist jedoch anzumerken, dass es ab 1953 in der DDR eine gesetzliche Impfpflicht für bestimmte Krankheiten (unter anderem Pocken und Tuberkulose) gegeben hat. Diese wurde in den folgenden Jahrzehnten auf andere Krankheiten ausgeweitet. In diesem Zusammenhang kam es also nicht zu einem grundsätzlichen Disput zur Einführung einer Impfpflicht - diese bestand ja schon - sondern vielmehr über die Aufnahme der Gripeschutzimpfung in den gesetzlichen Pflichtkatalog um einem pandemischen Geschehen entgegenzuwirken.<sup>29</sup>

Im Januar 1969 war die Hongkong-Grippe Pandemie erstmals Gegenstand einer Beratung des Ministerrates. Zu einer Verhandlung und der zeitnahen Einleitung von Maßnahmen kam es jedoch nicht. Es erfolgte lediglich eine Einschätzung des Gesundheitsministers, dass die epidemiologische Situation weitgehend unkritisch sei, da der Erkrankungshöchststand schon im November 1968 mit 220 Erkrankten auf 100.000 Einwohnern erreicht worden war. In der ersten Januarwoche 1969 wurden 185 Infektionen auf 100.000 Einwohner gezählt. Außerdem hob Max Sefrin<sup>30</sup> positiv die Zusammenarbeit verschiedener DDR-Institute hervor, welchen die Bereitstellung eines wirksamen Impfstoffes für 600.000 Menschen innerhalb von drei Monaten gelungen war. Weiter berichtete er, dass die Maßnahmen zur Bekämpfung auf der Ebene der Bezirke durch eine

---

<sup>28</sup> Vgl. Rengeling, a.a.O. (Fn 27), S.220 f.

<sup>29</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), *Führungsdokument des Ministers für Gesundheitswesen zur Verhütung und Bekämpfung von Grippeepidemien, 1970*, S. 3 ff.

<sup>30</sup> Max Sefrin war im Zeitraum von 1958–1971 Gesundheitsminister und stellvertretender Vorsitzender des Ministerrates der DDR.

Handreichung mit dem Titel „Der Plan der Maßnahmen zur Bekämpfung der Grippeepidemie“ konkretisiert auszuarbeiten seien.<sup>31</sup>

Im Februar 1969 wurde eine allgemeine Meldepflicht zur Grippe unter besonderer Berücksichtigung des neuen Virus erlassen. Aus der Ausweisung des MfG ging hervor, dass die vorangeschrittene Ausbreitung der A<sub>2</sub>-Hongkong-Variante eine sorgfältige epidemiologische Analyse der Erkrankungen an respiratorischen Infekten erfordert. Ärzte der örtlichen Hygieneinspektionen wurden dazu aufgefordert, fieberhafte Erkrankungen nach dem Alter, in folgende Kohorte einzuteilen und ein einem wöchentlichen Turnus bekanntzugeben:

- Anzahl der Erkrankten unter 3 Jahren
- Anzahl der Erkrankten zwischen 3 und 6 Jahren
- Anzahl der Erkrankten zwischen 6 und 18 Jahren
- Anzahl der Erkrankten zwischen 18 und 60 Jahren
- sowie die Anzahl der Erkrankten über 60 Jahren

Diese Aufschlüsselung bildete die Grundlage zur validen Datenerhebung der Influenzaerkrankten in der DDR.<sup>32</sup>

Im März 1969 konnte ein Anstieg der Erkrankungsrate verzeichnet werden, der zum bisherige Höhepunkt der Grippe Epidemie führte. Der Ministerrat sah sich in seiner Sitzung am 19. März 1969 gezwungen, weitere Weisungen zur Unterrichtung der Öffentlichkeit über Hygienemaßnahmen zu erlassen und den Druck zur Durchsetzung dieser in der Bezirksebene zu erhöhen. So wurden die Bezirksärzte von diesem Zeitpunkt an vom Vorsitzenden der Zentralen Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten - dem Minister für Gesundheitswesen - persönlich für die Geschehensverfolgung und die Maßnahmen zur Bekämpfung verantwortlich gemacht.<sup>33</sup>

Da im Frühjahr 1969 die erste Grippewelle zu Ende ging, flachte das Interesse an der weiterführenden Erarbeitung eines Epidemieplans ab und das Gesundheitswesen befasst sich bis zum Ausbruch der nächsten Welle mit anderen neuartigen Krankheitserregern. Als Anfang 1970 erneut die Hongkong-Grippe aufflammte, wurden bewegungsfreiheitseinschränkende - sozusagen quarantäneähnliche - Maßnahmen erlassen, um einen erneuten Ausbruch bestmöglich einzudämmen. In diesem Zuge wurde auch eine Informationskampagne zur Öffentlichkeitsbelehrung über Hygiene und allgemeines Seu-

---

<sup>31</sup> Vgl. Rengeling a.a.O. (Fn 27), S. 222

<sup>32</sup> Vgl. *ibid.*

<sup>33</sup> Vgl. *ibid.* S.223

chengeschehen diskutiert. Durch die Aufklärung der Themen Hygiene und Seuchenbekämpfung sollte eine umfassende Sensibilisierung der Bevölkerung zur Thematik ermöglicht werden. So setzte das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden Informationsfilme mit den Titeln „Mensch-Mikrobe-Virus“, „Nimm Rücksicht und das Taschentuch“ oder „Dem Täter auf der Spur“ zur Hygieneerziehung ein. Letztere sollte vor allem dem Werben für die Schutzimpfung dienen, da davon auszugehen war, dass eine hohe Rate an Geimpften zu einer Abschwächung der Ausbreitung führen könnte.<sup>34</sup>

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Hongkong-Grippe-Pandemie von den staatlichen Organen der DDR ernstgenommen wurde. Aufgrund der erhobenen Daten und den nachgewiesenen Positivbefunden war von seitens der Regierung von einer erheblichen epidemischen Belastung auszugehen. Es ist außerdem festzuhalten, dass sich epidemische Bekämpfung innerhalb der DDR extrem vom Vorgehen der BRD unterschied. Als Hauptursache ist hierfür der zentralistische Staatsaufbau zu nennen, da die Grippebekämpfung zentral unter Leitung des MfG stattgefunden hat. Unter anderem wurden Informationen von nachgeordneten Organen nicht erbeten, sondern eingefordert. Des Weiteren waren alle beteiligten Stellen bis hin zum Deutschen Hygiene-Museum zur Kooperation verpflichtet. In den föderalen Strukturen der BRD war das aufgrund der Verfassung und der daraus resultierenden Gesetze nicht möglich.<sup>35</sup>

## 4.2 Die Erstellung des Führungsdokuments

Aufgrund des einleitend erläuterten demokratischen Zentralismus konnte direkt nach Ende der Pandemie das Führungsdokument<sup>36</sup> verabschiedet werden. Eine Kopie dieses Dokuments ist dem Anhang zu entnehmen. Es trat mit Wirkung vom 19. November 1970 in Kraft und wurde durch den Minister für Gesundheitswesen, welcher gleichzeitig auch der Vorsitzende der Zentralen Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten war, bestätigt. Hauptinhalt war ein 3-Stufen-Plan, welcher als Fundament zur Bekämpfung von Seuchen in der DDR dienen sollte. Er sah für zukünftige Geschehnisse drei verschiedene Reaktionsstufen vor und legte die jeweils zu ergreifenden Maßnahmen bis in die unterste Verwaltungsebene fest. Dieses Dokument sollte die Leitungsbeziehungen

---

<sup>34</sup> Vgl. Rengeling, a.a.O. (Fn 27), S. 224 u. 227 f.

<sup>35</sup> Vgl. Rengeling, a.a.O. (Fn 27), S. 229

<sup>36</sup> Als „Führungsdokument“ wird nachfolgend aus Gründen des vereinfachten Leseflusses das „Führungsdokument des Ministers für Gesundheitswesen zur Verhütung und Bekämpfung von Grippeepidemien“ bezeichnet.

und die Arbeitsweise der Zentralen Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten und ihres Operativstabes regeln und die Maßnahmendurchführung zur Verhütung und Bekämpfung von Grippeepidemien gewährleisten.<sup>37</sup>

Auf Weisung des Vorsitzenden der Zentralen Kommission zur Verhütung und Bekämpfung epidemischer Erkrankungen erfolgte im Ministerrat die Bildung der Zentralen Arbeitsgruppe Grippebekämpfung. Sie leitete im Zeitraum vom 4. Februar bis 31. März 1970 die ersten Schritte in Richtung Planerstellung ein. Der Arbeitsgruppe gehörten Vertreter der DDR-Ministerien, der Staatlichen Hygieneinspektion und der Industrie an. Der Arbeitsstab dieser Arbeitsgruppe wurde unter anderem durch die Organisation der Informationsbearbeitung und der Sicherstellung der Zusammenarbeit verschiedener Organe des Gesundheitswesens tätig. Die vorrangige Tätigkeit der Arbeitsgruppe bestand jedoch vor allem in der Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Betreuung der Bevölkerung und der Arzneimittelversorgung im Rahmen der Grippebekämpfung. In den Sitzungen, welche in sehr kurzen Abständen abgehalten wurden, kam es immer wieder zur Neueinschätzung der aktuellen Lage und der Veränderung der zu ergreifenden Maßnahmen. Der Arbeitsstab selbst wurde gegenüber den nachgeordneten Behörden und Stellen der Staatlichen Hygiene weisungsbefugt tätig. So wurden Leitungsstrukturen mit umfangreichen Kompetenzen geschaffen, die temporär für die Zeit der Epidemie galten. In seinem Abschlussbericht forderte der Arbeitsstab eine weitere Zentralisierung der Grippebekämpfung auf organisatorischer Ebene. Außerdem sollten die Ergebnisse und Erfahrungen der Zentralen Arbeitsgruppe Grippebekämpfung in die Erstellung des Führungsdokuments einfließen, welches von den Abteilungen II, III und VI des Gesundheitsministeriums erarbeitet werden.<sup>38</sup>

Die eigentliche Entwicklung des Führungsdokuments erfolgte in mehreren Schritten, erste Entwürfe waren schon vor den Empfehlungen des Arbeitsstabs erstellt worden. In diesem Dokument sollte ein komplexes System zur Koordination der staatlichen Führungstätigkeit zur vorausschauenden Analyse und Information, der Vorbeugung und Bekämpfung von Grippe bzw. grippeähnlichen Erkrankungen sowie den daraus resultierenden Konsequenzen für Forschung und Entwicklung abbilden.

---

<sup>37</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.) a.a.O (Fn 29), S. 1

<sup>38</sup> Vgl. Rengeling, a.a.O. (Fn 27), S. 229 f.

## **4.3 Institutionen mit antiepidemischer Aufgabenzuständigkeit**

### **4.3.1 Die Zentrale Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten**

Auf Grundlage des Führungsdokuments wurde die Zentrale Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten die zentrale Leitungsstelle der Epidemiebewältigung tätig. Die ständige Kommission wurde durch den Gesundheitsminister geleitet. Ihre Hauptaufgabe bestand darin, schnellstmöglich alle verfügbaren Ressourcen zur Seuchenverhütung und -bekämpfung zu mobilisieren, um eine rasche Eindämmung der Infektionskrankheit gewährleisten zu können. Die Kommission wurde bis in die Städte- und Gemeindeebene gebildet, die Entscheidungsbefugnis lag aber zentral bei der Ständigen Kommission der DDR-Regierung. durch die Durchdringung aller Ebenen des Staatsaufbaus sollte von vornherein alle betroffenen gesellschaftlichen Bereiche zusammenführen, um eine abschließende Betrachtung vor Beschlussfassung zu gewährleisten.<sup>39</sup>

Die Zentrale Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten sollte in der Basis-situation im November eines jeden Jahres zusammenkommen, um eine allgemeine Einschätzung zur Situation abgeben zu können und Neuerungen im Bereich der Seuchenbekämpfung zu fassen. Das bedeutete, dass sich die „ständige Aufgabenerfüllung“ der Kommission in dieser Stufe auf ein jährliches Treffen beschränkte. Die Hauptverantwortung und Auslastung der Ressourcen erfolgte erst den beiden Aufbaustufen des Plans, diesbezüglich folgen in den Unterkapiteln 4.4.3 und 4.4.4 nähere Erläuterungen.<sup>40</sup>

### **4.3.2 Der Operativstab der Zentralen Kommission**

Der Zentralen Kommission wurde entsprechend der Weisung des Ministers für Gesundheitswesen ein Operativstab entsendet, welcher für die ständige Aufgabenerfüllung zuständig war. Diese Tätigkeit nahm er aber erst ab der dritten Stufe, der Epidemischen Situation, ständig war. Bei entsprechender Aufgabenfülle konnte dies auch schon in der zweiten Stufe erfolgen. In der ersten Stufe nahm der Operativstab, wie die Kommission selbst, nur an dem jährlichen Treffen zur allgemeinen Situationseinschätzung teil. Man kam zu der Einschätzung, dass der Operativstab noch nicht ständig tätig sein musste, da es keine Notwendigkeit in der dauerhaften Ausarbeitung von antiepidemischen Maßnahmen gab. Zu den Hauptaufgaben des Operativstabes gehörten in erster Linie die

---

<sup>39</sup> Vgl. Witte, *Die Grippepandemie 1968-1970*, in: DMW 136/Nr. 51/52, 2011, S. 2664-2668

<sup>40</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, a.a.O. (Fn 29), S. 4

Vorbereitung und Durchsetzung der Beschlüsse der Zentralen Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten sowie der Vorbereitung der Entscheidungen des Vorsitzenden der Kommission.<sup>41</sup>

Der Operativstab bestand aus dem Leiter der Staatlichen Hygieneinspektion, welcher als Leiter des Stabes fungierte, seinem erstem Stellvertreter - dem Stellvertreter des Leiters der Hauptabteilung II des MfG - und seinem zweiten Stellvertreter - dem Stellvertreter des Leiters der Hauptabteilung VI des MfG. Als weitere Mitarbeiter sind der Leiter der Inspektion Seuchenschutz der Staatlichen Hygieneinspektion, leitende Mitarbeiter der Abteilung I des MfG, eine Sekretärin<sup>42</sup> und technischer Mitarbeitern der Strukturelemente aufzuführen. Die genaue Anzahl der Mitglieder anhand des im Anhang 2 enthaltenen Führungsdokuments kann nicht mehr festgestellt werden. Es ist aber davon auszugehen, dass sich die Anzahl auf 10 bis 12 Personen belief. Den Leitern der Strukturelemente Hauptabteilung II, VI und der Abteilung I des MfG war es aufgrund dieser Zusammensetzung möglich, die Aufgabenwahrnehmung durch ihre leitenden Mitarbeiter in den Operativstab zu delegieren. Dafür standen den leitenden Mitarbeitern entsprechende Arbeitsgruppen aus ihrem Strukturelement zur Verfügung, welche zur unmittelbaren Durchführung der Aufgaben verpflichtet werden konnten. In der Epidemischen Phase - der dritten Stufe, wurde seine Zusammensetzung entsprechend erweitert. Ihm wurden zusätzliche Mitarbeiter der Strukturelemente Hauptabteilung II und VI - soweit erforderlich auch der Abteilung I, des MfG, der Staatlichen Hygieneinspektion sowie technisch-organisatorische Mitarbeiter unterstellt. Außerdem wurde dem Operativstab für die Fahrbereitschaft ein Dienstwagen des Ministeriums für Gesundheitswesen zugesichert.<sup>43</sup>

### **4.3.3 Das Zentrallaboratorium für Respiratorische Viren**

Auch dem Zentrallaboratorium für Respiratorische Viren wurde aufgrund des Führungsdokuments ein großer Teil der Seuchenbekämpfung zuteil. Im Juli 1964 wurde es unter Leitung des Ministers Max Sefrin gegründet und fungierte bis zum Einigungsvertrag als „Grippezentrum der DDR“. Im Jahr 1973 wurde das Institut für Angewandte Virologie gegründet, das auch als „WHO-Influenzazentrum der DDR“ fungierte und das Zentrallaboratorium in seiner Wirkung im Epidemieplan von 1970 ablöste.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, a.a.O. (Fn 29), S. 4 f. u. 9

<sup>42</sup> Der Wortlaut „Sekretärin“ ist so der Quelle entnommen worden.

<sup>43</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, a.a.O. (Fn 29), S. 5 u. 9

<sup>44</sup> Vgl. Witte, a.a.O. (Fn 40), S. 2664-2668

## **4.4 Aufbau und inhaltliche Bestimmungen des Führungsdokuments**

### **4.4.1 Charakteristik der Situationsstufen**

Eingangs wurde im Führungsdokument eine einführende Charakteristik der drei epidemiologischen Situationsstufen vorgenommen. Dies stellte die erste politisch festgelegte Definition von Epidemie und Pandemie dar, Jahrzehnte bevor WHO und BRD sich auf eine Definition der beiden Begriffe festlegten.

Die Basissituation, auch Interepidemische Stufe, beschrieb ein Geschehen, in welchem der Krankstand an Grippe- und grippeähnlichen Erkrankungen dem jahrzeitlichen Durchschnitt entsprachen und lediglich Einzelerkrankungen bzw. Erkrankungen kleiner Gruppe verzeichnet werden konnten. War ein Anstieg der wöchentlichen Neuerkrankungen um ein Dreifaches des Tiefstwertes der Stufe I mit lokalen Häufungen von Erkrankungen zu verzeichnen, konnte gemäß der Definition der Präepidemische Stufe, der sogenannten Vorstufe einer möglichen Epidemie, ausgegangen werden. Zusätzlich musste eine neue Erregervariante international oder national zirkulieren und Anzeichen einer epidemischen Situation in einem Nachbarland erkennbar sein. Die dritte Stufe, die Epidemische Situation, lag vor, wenn der Anstieg der Erkrankungshäufigkeit sich auf mehr als das Vierfache der Stufe 1 belief. Entscheidend bei dieser Definition war die Sprunghaftigkeit des Anstiegs der Erkrankungen, nicht zwingend die Gesamtzahl der bestätigten Fälle.<sup>45</sup>

### **4.4.2 Die Interepidemische Situation**

Die Interepidemischen Situation, welche auch als Basissituation bezeichnet wurde, war der Ausgangspunkt einer möglichen epidemischen Entwicklung und die erste Stufe des Führungsdokuments. Es lässt sich festhalten, dass in dieser Stufe weder das tägliche Leben noch die Wirtschaft durch einen neu auftretenden Grippeerreger Beeinträchtigungen erfahren haben. Dennoch sollte die Bevölkerung dauerhaft zu einer gesunden Lebensweise angespornt werden. Durch Öffentlichkeitsarbeit wollte man die Bevölkerung zu einer erhöhten persönlichen und allgemeinen Hygiene bewegen sowie den Drang nach einer gesunden und ausgewogenen Ernährung und dem regelmäßigen Treiben von Sport hervorrufen. Grund dafür war eine, aufgrund einer gesunden Lebensweise, Stärkung der natürlichen Abwehrkräfte, was im möglicherweise drohenden Epidemiefall für einen milderen Verlauf bei der breiten Masse der Bevölkerung sorgen sollte. So

---

<sup>45</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), a.a.O. (Fn 29), S. 2

konnte eine unnötige Belastung der medizinischen Versorgung im Ernstfall vermieden werden. Die Umsetzung dieses dauerhaften Aufgabenkomplexes wurden den Hauptabteilungen II und III des MfG in Zusammenarbeit mit der Staatlichen Hygieneinspektion und unter Einbeziehung des Nationalen Komitees für Gesundheitserziehung zuteil.<sup>46</sup>

Wie auch in den anderen beiden Stufen unterlag die Leitung aller Maßnahmen, wie bereits in Stufe I., dem Minister für Gesundheitswesen. Da, wie eingangs erläutert, in dieser Stufe keine Epidemie abzusehen war, wurde sich vor allem um eine kontinuierliche Erhebung von Daten zur frühzeitigen Erkennung von Veränderungen des gesundheitlichen Allgemeinzustandes der Bevölkerung im Land bemüht. Die nachfolgenden Parameter waren alle Pflichtbestand der Erhebung:

- die wöchentlichen Erkrankungszahlen und Sterbeziffern
- die AU-Statistik<sup>47</sup> aus der Verwaltung der Sozialversicherung
- virologisch-serologische Untersuchungsergebnisse
- Immunitätslage der Bevölkerung
- Informationen des Regionalen Zentrums für respiratorische Viren der WHO in Moskau zu Influenzaentwicklungen
- Mitteilungen und Fallinformation der Ministerien der befreundeten sozialistischen Länder
- Meldungen der internationalen Nachrichtendienste und der Massenmedien
- epidemiologische Berichte der WHO
- Meldungen des Weltgrippezentrums in London und der Virus-unit in Genf

Die Zusammenstellung und Auswertung dieser Daten erfolgte durch die Staatliche Hygieneinspektion unter Einbeziehung des Zentrallaboratoriums für Respiratorische Viren. Der Hauptabteilung VI des MfG wurde die Aufgabe zuteil, den Verbrauch der Grippearzneimittel zu analysieren. Der Staatlichen Hygieneinspektion wurde es nach der Auswertung der Daten zuteil, die Leitung des Ministeriums für Gesundheitswesen über die Entwicklung der epidemiologischen Situation sowohl konkret in der DDR als auch weltweit in turnusmäßigen Abständen mitzuteilen. Diese Informationen waren Grundlage für die Daten, welche der Partei- und Staatsführung zur Bewertung der allgemeinen Lage vom MfG weitergegeben wurden. In welchem Rhythmus diese Information an das Ministerium für Gesundheitswesen weitergeleitet wurden, kann nicht mehr festgestellt werden, da dazu keine näheren Angaben festgehalten wurden. Mit Sicherheit lässt sich festhalten,

---

<sup>46</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), a.a.O. (Fn 29), S. 3

<sup>47</sup> Die genaue Bezeichnung dieser Abkürzung ist nicht mehr zu finden, mit hoher Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass es sich um die „Arbeitsunfähigkeitsstatistik bei Arbeitnehmern“ handelte.

dass jede Änderung einen signifikanten Anstieg der Erhebungsdaten eine solche Information mit sich gezogen hätte.<sup>48</sup>

Des Weiteren sollte auch schon in der Basissituation die Sicherstellung der Entwicklung, Produktion und Bereitstellung von Grippeimpfstoffen sowie die Vorbereitung von spezifischen prophylaktischen Schutzmaßnahmen, wie zum Beispiel Grippeschutzimpfungen oder Ähnliches, gewährleistet werden. Dies geschah unter Verantwortung der Hauptabteilungen II, III, VI und der Abteilung I des MfG in Einbeziehung der Erzeugnisgruppe Sera und Impfstoffe, welche die staatliche Prüfstelle für die Zulassung von Arzneimitteln und Impfstoffen darstellten. Auch sollte eine dauerhafte Gewährleistung der Entwicklung von funktionsfähigen Systemen der Labordiagnostik und der Bereitstellung entsprechender Testantigene durch die Hauptabteilung III des MfG in Zusammenarbeit mit dem Zentrallabor und den jeweiligen Produzenten geschaffen werden.<sup>49</sup>

Die Hauptabteilung VI war explizit für die Gewährleistung der materiellen Sicherstellung zur medizinischen Betreuung der Bevölkerung durch die Deckung des Bedarfs an Arzneimitteln bzw. gleichgestellten Erzeugnissen und der Überwachung von Umsatz- und Bedarfsentwicklungen ebendieser zuständig. Die Umsatz- und Bedarfsentwicklungen wurden monatlich an die Leitung des Ministeriums für Gesundheitswesens weitergegeben. Außerdem fand ein ständiger Informationsaustausch zwischen den Hauptabteilungen II, III, VI sowie der Abteilung I über die derzeitige epidemische Situation und den zu erwartenden Entwicklungstendenzen der Umsatz- und Bedarfsentwicklung an Arzneimitteln statt.<sup>50</sup>

#### **4.4.3 Die Präepidemische Situation**

Die Information, dass sich die zweite Stufe eines epidemischen Geschehens eingestellt hat, wurde von der Staatlichen Hygieneinspektion bekanntgegeben. Auf Grundlage dessen kam es zur unverzüglichen Einberufung der Zentralen Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten durch den Kommissionsvorsitzenden. In dieser Phase war es dem Operativstab der Kommission möglich, seine Tätigkeit zeitweilig oder ständig aufzunehmen. Die Entscheidung darüber wurde vom Leiter des Operativstabes - dem gleichzeitigen Leiter der Staatlichen Hygieneinspektion, getroffen.<sup>51</sup>

---

<sup>48</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), a.a.O. (Fn 29), S. 2 ff.

<sup>49</sup> Vgl. *ibid.* S. 3

<sup>50</sup> Vgl. *ibid.* S. 4

<sup>51</sup> Vgl. *ibid.* S. 5

Im Anschluss an die Einberufung der Zentralen Kommission erfolgte die Information der Vorsitzenden der 15 Bezirkskommissionen zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten durch die Auslösung des „Systems der antiepidemischen Maßnahmen“ und der Anweisung zur Einberufung Kommissionen auf Bezirks- bzw. Kreisebene, sofern dies nicht schon im Vorfeld geschehen ist.<sup>52</sup>

Auch in dieser Phase wurde weiter an der kontinuierlichen Analyse der gegenwärtigen epidemischen Situation festgehalten. Zu den zu erhebenden Daten aus Stufe I, bei denen eine Verkürzung der Berichterstattungszeiträume entsprechend der Situation vorgenommen wurde, sollte zusätzlich zur Erhebung folgender Daten kommen:

- Repräsentativerhebungen zum Krankenstand einer Schule und eines Kindergartens eines jeden Kreises
- Repräsentativerhebungen zum spezifischen Grippekrankstand einer Schule und einem Schwerpunktbetrieb der 18 strukturpolitischen Schwerpunkte
- Repräsentativerhebungen zur Anzahl der ambulanten Behandlungen sowie die Anzahl der stationären Neuaufnahmen von Grippeerkrankungen in einer stationär-medizinischen Einrichtung
- Untersuchungsergebnisse aus verstärkter virologisch-serologischen Diagnostik
- Meldung über die Anzahl der hospitalisierten Grippeerkrankten nach Bezirkszugehörigkeit innerhalb der epidemiologischen Wochenberichterstattung

Die Erweiterung der Datenerhebung in dieser Phase fand im Bereich der Repräsentativen Krankenstandsermittlung statt, wodurch Rückschlüsse auf die epidemische Gesamtsituation im Land geschlossen werden sollten. Die stichprobenartigen Teilerhebungen wurden so vorgenommen, dass möglichst exakte Schlussfolgerungen getroffen werden konnten, indem ein verkleinertes aber wirklichkeitsgetreues Abbild der Gesamtheit dargestellt wurde.<sup>53</sup>

Die Präepidemische Phase diene vor allem der weitgehenden Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. So sollten die stationär- und ambulant-medizinische Betreuung im Rahmen der Tätigkeit der Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie die Vorbereitung von Maßnahmen zur stabsmäßigen Führung der Betreuung im Epidemiefall gewährleistet werden. Dies hatte unter Berücksichtigung folgender Aspekte zu geschehen:

---

<sup>52</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), a.a.O. (Fn 29), S. 6

<sup>53</sup> Vgl. *ibid.* S. 6

- der Gewährleistung des anteiligen Bedarfs an Hausbesuchen durch den möglichen Einsatz von Ärzten anderer Fachbereiche oder Medizinstudenten älteren Semesters
- der Sicherstellung des Kranktransports und des Hausbesuchsdienstes durch zusätzliche Transportmittel
- der Information der Ärzte über die epidemiologischen Entwicklungen, Erfahrungen in der Bekämpfung von Grippeepidemien und der Behandlung Erkrankter verbunden mit der Durchsetzung von Therapieempfehlungen und Kurzkrankschreibungen
- der Sicherstellung der stationär-medizinischen Betreuung durch entsprechender Erweiterung der Bettenkapazität auf Grundlage von Festlegungen in den Seuchenbekämpfungsplänen und der Gewährleistung der personellen Absicherung der stationären Betreuung<sup>54</sup>

Auch die materielle Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung wurde in die Festlegungen der Stufe II des Führungsdokuments eingeschlossen, vorrangig sollte dies durch die ständige Deckung der Arzneimittel oder gleichgestellter Erzeugnisse aus den Planbeständen erfolgen. Die Bildung der Arbeitsgruppe „materiell-technische Sicherstellung“, welche unter dem Operativstab der Zentralen Kommission tätig wurde, sollte mit Vertretern des Staatlichen Versorgungskontor für Pharmazie und Medizintechnik (SVPM), des Außenhandelsbetriebs intermed (AHB) und situationsabhängig Vertreter anderer Bereiche jene Sicherstellung gewährleisten. Das SVPM war grundlegend für die Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung der Einrichtungen des Gesundheits- und des Veterinärwesens mit einwandfreien und hochwertigen Arzneimitteln sowie Erzeugnissen der Medizin- und Krankenhaustechnik zuständig. Im Rahmen der Epidemiebewältigung wurde es zusätzlich mit Maßnahmen zur zentralen Steuerung des Warenflusses und der Erarbeitung von Einsatzplänen von Beständen und Reserven betraut. Ferner sollte das Informationssystem des pharmazeutischen Großhandels in dieser Phase täglich Operativinformationen zu Bestands- und Umsatzentwicklung von Grippe- und Grippemitteln veröffentlichen, um eine engmaschige Datenauswertung zu ermöglichen. Auch die Sicherstellung und Kontrolle der Durchführung spezifischer prophylaktischer Schutzmaßnahmen, wie Grippeschutzimpfung, war in diesem Maßnahmenpaket mit einbegriffen. In den Beratungen der Arbeitsgruppe „materiell-technische Sicherstellung“ sollten vor allem zu ergreifende Maßnahmen der folgenden Themenbereiche erörtert und ausgearbeitet werden:

---

<sup>54</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), a.a.O. (Fn 29), S. 7

- die Einführung einer besonderen Leitungskontrolle für die Produktion und Auslieferung von Grippearzneimitteln oder gleichgestellten Erzeugnissen
- eine rohstoffseitige, kapazitäts- und verpackungsmäßige Absicherung der Produktion
- die Konkretisierung des Rahmen-Maßnahmenplans zur kurzfristigen Umstellung der pharmazeutischen Produktion auf die ausschließliche Herstellung von Grippe- und Antiviralmitteln
- die Absicherung des Transports-, Arbeitskräfte-, Material- und Energiebedarfs der pharmazeutischen Industriebetriebe und Versorgungseinrichtungen, wie Depots und Apotheken, durch die örtlichen bzw. zentralen Staatsorgane
- die Einführung von täglichen Operativinformationen zum Produktions- und auslieferungsstand
- soweit die Notwendigkeit bestand auch eine analoge Festlegung von Maßnahmen für Produktionsbetriebe medizinischer Betriebe<sup>55</sup>

Weiter sollte die Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung der Bevölkerung über die situationsgerechten Verhaltensweisen auf allen Ebenen der Staatsmacht vorangetrieben werden, um die drohende Epidemie abwenden zu können. Gerade die örtlichen Volksvertretungen mit ihren Räten wurden dafür in die Verantwortung genommen, weil die Bindung zwischen Bevölkerung und der Staatsmacht dort am stärksten vermutet wurde. Außerdem sollte es in dieser Phase, sofern bereits ein Impfstoff vorhanden war, zum Anlauf einer großangelegten Impfkampagne kommen, die im besten Fall zu einer Herdenimmunsierung der Bevölkerung und damit zu einer Abwendung einer Epidemie im Land führen sollte.<sup>56</sup>

Die Kontrolle der Durchsetzung der eingeleiteten Maßnahmen erfolgte, wie bereits einleitend thematisiert, durch den Leiter der Staatlichen Hygieneinspektion, welcher gleichzeitig das Amt des Leiters der Zentralen Kommission der Bekämpfung epidemischer Krankheiten bekleidete. Dieser führte die Anleitung und Kontrolle der Aufgaben, welche durch die Leiter des Gesundheits- und Sozialwesens der örtlichen Organe der Staatsmacht und deren nachgeordneten Einrichtungen wahrgenommen wurden. Die Abstände der turnusmäßigen Berichterstattung an die Leitung des Ministeriums für Gesundheitswesen über die epidemiologische Entwicklung im Land, welche Grundlage für die Information von Partei- und Staatsführung war, sollten in der zweiten Phase eine

---

<sup>55</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), a.a.O. (Fn 29), S. 7 f.; vgl. Präambel der Anordnung über das Statut des Staatlichen Versorgungskontors für Pharmazie und Medizintechnik

<sup>56</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), a.a.O. (Fn 29), S. 7

Verkürzung erfahren. In den ständigen Informationsaustausch, welcher schon in der ersten Phase zwischen den Strukturelementen Hauptabteilung II, III, VI und der Abteilung I des MfG stattzufinden hatte, sollte in der Präepidemischen Phase auf die ständige Einbeziehung des Operativstabes der Zentralen Kommission erweitert werden.<sup>57</sup>

#### **4.4.4 Die Epidemische Situation**

In der dritten Stufe, bei welcher tatsächlich der Ausbruch einer Epidemie im Land bzw. einer weltweiten Pandemie vorlag, erfuhr die Arbeit der Zentralen Kommission und deren Operativstab zur Leitung und Koordinierung von antiepidemischen Maßnahmen nochmals eine Erweiterung, um diesen Ausnahmezustand bestmöglich einzudämmen und große Verluste in allen Bereichen zu vermeiden. Die Einleitung der Stufe III erfolgte auf Grundlage der Datenauswertung des Leiters des Operativstabes der Zentralen Kommission. Dieser kam zum Ergebnis, dass sich die Lage in der DDR im Hinblick auf die Epidemische Situation verschlechtert hatte. Die Zentrale Kommission legte folglich die Maßnahmen entsprechend des Kataloges der dritten Stufe selbst fest. Die zentrale Maßnahmenleitung oblag weiterhin dem Minister für Gesundheitswesen, welcher sich auf die Arbeit und Entscheidungsvorbereitung des Operativstabes stützte. Dem Vorsitzenden der Kommission oblag es außerdem, die Information zur Auslösung des Systems der antiepidemischen Maßnahmen und Anweisungen zur Aufnahme der ständigen Arbeit der Bezirks- und Kreiskommissionen und deren Operativstäbe an die Vorsitzenden der Bezirkskommissionen zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten weiterzugeben. Um eine effiziente Aufgabenerfüllung der zentralen Kommission zu ermöglichen, stand ihr das Recht zu Mitarbeiter anderer staatlicher Organe als zusätzliche Arbeitskräfte in ihren Kreis einzuberufen, sofern dies nicht schon in der Präepidemischen Phase Anwendung gefunden hatte. Auch der Operativstab erfuhr in dieser Phase eine Erweiterung seines Aufgabenbereichs. Zu seinen Hauptaufgaben zählten nun die Vorbereitung und Durchsetzung der Beschlüsse der Zentralen Kommission sowie den Entwurf der Entscheidungen des Vorsitzenden der Kommission.<sup>58</sup>

Zur kontinuierlichen Datenerhebung wurden die Informationen entsprechend der Stufen I und II unter einer Verkürzung der Berichtserstattungszeiträume auf die gegenwärtige Situation in Land herangezogen. Erweiterungen erfolgten durch die zusätzliche Erhebung von Untersuchungsergebnissen aus der Anzüchtung eines epidemiespezifischen

---

<sup>57</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), a.a.O. (Fn 29), S. 9

<sup>58</sup> Vgl. *ibid.* S. 9 f.

Erregertyps intensivierter virologisch-serologischer Diagnostik und der Situationsanalysen durch die Grippe-Expertengruppe.<sup>59</sup>

Im Bereich der stationär- und ambulant-medizinischen Betreuung der Bevölkerung wurde in der epidemischen Phase lediglich zu einer Verschärfung der in der Präepidemischen Phase gefassten Maßnahmen in folgenden Bereichen vorgenommen:

- der bedarfsgerechte Einsatz von Ärzten anderer Fachdisziplinen und Medizinstudenten älterer Semester zur Abdeckung der Hausbesuche von Erkrankten
- die Aufrechterhaltung der Krankentransporte und Hausbesuche durch andere Transportmittel wie zum Beispiel Taxiunternehmen
- die stetige Information der Ärzte über die epidemiologische Entwicklung, Bekämpfungserfahrungen und der Behandlung von Erkrankten unter Beachtung von Therapieempfehlungen und entsprechenden Kurzkrankschreibungen
- die grundsätzliche Absicherung der stationär-medizinischen Betreuung auf der Grundlage der Festlegungen der Seuchenbekämpfungspläne<sup>60</sup>

Auch die Gewährleistung der materiellen medizinischen Betreuung der Bevölkerung sollte weiterhin gesichert werden. Dies sollte durch die Erweiterung der weiter wirksamen Maßnahmen aus Stufe II in folgenden Bereichen gewährleistet werden:

- die Deckung des Bedarfs an Arzneimitteln bzw. gleichgestellten Erzeugnissen aus Beständen und Reserven
- die tägliche Operativinformation des Staatlichen Versorgungssektor für Pharmazie und Medizintechnik über die Bestands- und Umsatzentwicklung der Grippe-medikationen
- die tägliche Operativinformation der pharmazeutischen Industrie bzw. anderer Produktionsbetriebe über den Produktions- und Auslieferungsstatus der Arzneimittel zur Grippebekämpfung
- die zentrale Steuerung des Warenflusses im Grippemedikamentensortiments entsprechend der jeweils entstehenden Bedarfsschwerpunkte
- die operative Produktionssteuerung und soweit erforderlich die Umstellung auf eine gänzliche Schwerpunktproduktion von Grippearzneimitteln und weiterer festgelegter Erzeugnisse<sup>61</sup>

---

<sup>59</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), a.a.O. (Fn 29), S. 10

<sup>60</sup> Vgl. *ibid.* S. 11

<sup>61</sup> Vgl. *ibid.* S. 11 f.

In der dritten Stufe sollte es zu einer nochmaligen Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit zur Bevölkerungsaufklärung zu situationsgerechten Verhaltensweisen unter Einschaltung der Massenkommunikationsmedien kommen. War es in der zweiten Stufe schon zur Einleitung einer Impfkampagne gekommen, so sollte diese weitervorangetrieben und zum Abschluss gebracht werden. Wurde bis dato keine Impfkampagne vorbereitet, so geschah dies erstmalig in der dritten Phase und sollte dann aber auch genauso zum Abschluss gebracht werden.<sup>62</sup>

Weiterhin oblag dem Leiter der Staatlichen Hygieneinspektion die Kontrolle der Durchsetzung der eingeleiteten Maßnahmen sowie die Fach- und Rechtsaufsicht über die örtlichen Organe der Staatsmacht und deren nachgeordneten Einrichtungen, sofern diese Aufgaben im Bereich der Seuchenbekämpfung unter dem Gesichtspunkt der Epidemieverhütung und -bekämpfung wahrnahmen. Die Abstände der turnusmäßigen Berichterstattung an die Leitung des Ministeriums für Gesundheitswesen über die epidemiologische Entwicklung im Land, welche weiterhin Grundlage für die Information von Partei- und Staatsführung war, sollten nochmals entsprechend der epidemischen Lage in der DDR verkürzt werden. Auch der ständige Informationsaustausch zwischen dem Operativstab und den Strukturelementen Hauptabteilung II, III, VI und der Abteilung I des MfG hatte weiterhin stattzufinden.<sup>63</sup>

#### **4.4.5 Schlussbestimmungen und weitere Festlegungen**

In den Schlussbestimmungen wurde festgelegt, dass der Leiter des Operativstabes in eigener Verantwortung federführend für die jährliche Überarbeitung des Führungsdokuments zuständig war. Diese Aufgabe sollte durch die Hauptabteilungen II, III, VI und der Abteilung I des Ministeriums für Gesundheitswesen ausgeführt werden. Eine Ausfertigung des Führungsdokumentes erhielten der Minister für Gesundheitswesen, inklusive seiner Stellvertreter, der Staatssekretär des MfG, die Leiter der Hauptabteilung II, III, VI und der Abteilung I des MfG sowie der Leiter der Staatlichen Hygieneinspektion.<sup>64</sup>

Des Weiteren wurde im Führungsdokument festgehalten, dass eine Arbeitskarte mit allen an der Umsetzung des Planes beteiligten Stellen erstellt werden sollte, die erkenntlich machen sollte, in welchen territorialen Abständen die einzelnen Stellen zueinanderstanden. Außerdem wurden unter anderem Tabellen erstellt, in denen die Anschriften

---

<sup>62</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), a.a.O. (Fn 29), S. 11 f.

<sup>63</sup> Vgl. *ibid.* S. 12

<sup>64</sup> Vgl. *ibid.*

aller genannten Einrichtungen, die Leiter und deren Stellvertreter namentlich sowie die telefonische Erreichbarkeit derer zu finden waren. Nach heutigem Verständnis kann von einer analogen Datenbank gesprochen werden, in welcher alle Informationen zu den Einrichtungen, die an der Verhütung und Bekämpfung von Grippeepidemien Beteiligung erfuhren, festgehalten wurden. Ferner wurden in diesen Tabellen auch Kapazitätskennziffern der virologischen Abteilungen der Hygieneinstitute der Bezirke aufgenommen.<sup>65</sup>

Im letzten Abschnitt des Dokuments zur Verhütung von Grippeepidemien wurde festgelegt, in welchem Rahmen die Erstellung von Auskunftsunterlagen zu erfolgen hatte. Eine Übersicht über die Entwicklung der Grippe bzw. grippeähnlicher Erkrankungen im Vorjahresvergleich musste so zwingend aufgestellt werden. Im Ressort der Pharmaindustrie der DDR sollte eine überblickartige Darstellung der Bestands- und Umsatzentwicklungen der wichtigsten Grippearzneimittel im Großhandelsbereich sowie Störungsmeldungen über Produktions- und Auslieferungsrückstände bzw. Importschwierigkeiten erfolgen. Zur Gewährleistung der stationären und ambulanten medizinischen Betreuung sollte eine Aufstellung gemacht werden. Dies galt ebenfalls für den Bereich der Schutzimpfungen. Dort sollte eine Zusammenstellung folgender Daten erarbeitet werden:

- Übersicht zur Grippeimpfstoffproduktion
- Übersicht zur Bereitstellung von Impfstoffen im Allgemeinen
- Übersicht zu Reservehaltung von Impfstoffen
- Übersicht zum Durchimpfungsgrad der Bevölkerung<sup>66</sup>

Die Leiter der Hauptabteilungen II, III, VI und der Abteilung I des Ministeriums für Gesundheitswesen und der Leiter der Hauptabteilung III der Staatlichen Hygieneinspektion waren für die ständige Ergänzung und Aktualisierung der Arbeitskarten und Auskunftsunterlagen verantwortlich.<sup>67</sup>

---

<sup>65</sup> Vgl. Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), a.a.O. (Fn 29), S. 13

<sup>66</sup> Vgl. *ibid.*

<sup>67</sup> Vgl. *ibid.* S. 12

## 5 Betrachtung des Nationalen Pandemieplans

Die BRD hatte mit den gleichen pandemischen Geschehen wie die DDR zu kämpfen, mit dem Unterschied, dass sich der Umgang, vor allem mit der Hongkong-Grippe 1968-1970, deutlich vom Vorgehen des Nachbarn unterschied. Das Wirken der BRD im Bereich der pandemischen Geschehnisse war schon immer sehr stark an die Empfehlungen der WHO angelehnt. Bis zum Nationalen Pandemieplan (NPP) war es ein langer Weg, denn dieser wurde erstmals 2005 veröffentlicht. Zu Beginn dieses Kapitels soll ebenfalls ein kurzer historischer Abriss bezüglich des Umgangs der BRD mit der Hongkong-Grippe vorgenommen werden. Im Anschluss darauf erfolgt die Vorstellung des NPP.

### 5.1 Pandemieplanung in der BRD

#### 5.1.1 Umgang mit der Hongkong-Grippe 1968-1970

Wie einleitend bereits deutlich wurde, ging das getrennte Deutschland mit der Hongkong-Grippe 1968-1970 auf sehr unterschiedliche Weise um. Während diese weltweite Pandemie in der DDR als Zäsur im Umgang derartigen Geschehnissen zu sehen ist, verhielt sich die westdeutsche Politik schon während der Grippepandemie eher verhalten und zog auch keine weiterführenden Schlüsse aus ihr, um ein vergleichbares Dokument zu erstellen. In einer Debatte im Februar 1970 - bevor die Hongkong-Grippe die BRD erreichte - wurde die Bundesregierung zum Bestehen möglicher Gegenmaßnahmen befragt. Die Antwort auf diese Frage fiel vom Staatssekretär des Bundesministeriums für Gesundheitswesen Dr. von Manger-Koenig wie folgt aus:

„[...] mit dem Ausdruck Grippe wird fälschlich eine große Anzahl ursächlich völlig differenter Erkrankungen der oberen Atemwege bezeichnet, die von der Erkältung bis zur Lungenentzündung reichen und von denen nur der kleinste Teil wirklich Grippeerkrankungen sind. [...] Vorerst bleibt aber daher als vorbeugende Gesundheitspflege nur eine Stärkung der körpereigenen Abwehrkräfte durch alles das, was man unter dem Begriff ‚gesunde Lebensführung‘ zusammenfasst“<sup>68</sup>

Aufgrund dieser Aussage lässt sich festhalten, dass die Bundesregierung zu diesem Zeitpunkt bezweifelte, dass eine Pandemie im breiten Spektrum der Grippeerreger auf einen spezifischen Typ zurückgeführt werden könne. Auf die erneute Nachfrage nach weiteren Maßnahmen verwies der Staatssekretär auf die Weisung über die Bedeutung und den Schutz vor Infektionen, welche den obersten Gesundheitsbehörden der Länder

---

<sup>68</sup> Deutscher Bundestag (Hrsg.), *Plenarprotokoll 05/155*, 1968, S. 7935 (C)

erteilt worden war. Es ist allgemein zu verzeichnen, dass der Influenza zu diesem Zeitpunkt im Deutschen Bundestag wenig bis keine Aufmerksamkeit zuteil wurde.<sup>69</sup>

Dem Bundesgesundheitsamt (BGA) lagen gleichwohl durch andere Gesundheitsämter die nötigen Informationen vor, aus denen das Vorliegen einer Pandemie abgeleitet werden konnte. Aufgrund dessen wandte sich der Bundesminister für Gesundheitswesen am 25. September an die obersten Landesgesundheitsbehörden. Dort wurde unter Bezugnahme des US-Ministeriums für Gesundheit, Bildung und Wohlfahrt sowie der WHO festgestellt, dass der neuartige Grippestamm weltweit kursiere. Daraufhin habe der Minister die ASTA-Werke und die Behringwerke<sup>70</sup> beauftragt, diesen Stamm zu untersuchen und Ansätze für eine Impfstoffherstellung zu diskutieren.<sup>71</sup>

Weitere Aussagen oder Maßnahmen wurden seitens der Bundesregierung bis zur 194. Sitzung des Bundestages am 13. November 1968 nicht vorgenommen. Erneut wurde um eine Einschätzung zur Gefährlichkeit der Hongkong-Grippe erbeten. Dr. von Manger-Koenig verwies auf die aufmerksame Verfolgung über Auftreten und Ausbreitung des Erregers und teilte weiter mit, dass dies durch die leitenden Medizinbeamten der Länder erörtert worden sei und man von der Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation abweiche. Ein entsprechend schwerer Verlauf sei nur außerhalb von Europa festgestellt worden, folglich werde keine Gefahr für die Bundesrepublik gesehen.<sup>72</sup>

Im Dezember 1968 bemühte sich der Ministerialdirigent des niedersächsischen Sozialministeriums um eine gemeinsame Beratung zwischen dem BGA und anderen Instituten, um die Diskrepanzen der Impfstoffreservehaltung zu diskutieren. Aufgrund einer Erkrankung des Ministerialdirigenten konnte diese Beratung aber erst im Juni 1969 stattfinden. Die Anwesenden kamen zu dem Ergebnis, dass viele Länder von der Hongkong-Grippe betroffen seien, aber in der BRD trotz erhöhter Krankheitszahlen nicht von einer Epidemie gesprochen werden könne. Weiter wurde von der Durchführung von Massenimpfungen, wie sie die DDR anstrebte, abgeraten, da es aufgrund der kurzen Zeit nicht möglich sei, genug Impfdosen bereitzustellen. Die Impfungen sollten besser für Schlüsselberufsgruppen, wie medizinisches Personal, Energie- und Wasserversorgung, Stadtreinigung und Polizei sowie Risikogruppen (chronisch Kranke und Personen über 65 Jahren) zu Verfügung gestellt werden.<sup>73</sup>

---

<sup>69</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), a.a.O. (Fn 68), S. 7935 (D)

<sup>70</sup> Beide Werke waren die führenden Pharmazieunternehmen zum Zeitpunkt der Verfassung des Briefes des Bundesministers für Gesundheitswesen.

<sup>71</sup> Vgl. Rengeling, a.a.O (Fn 27), S. 196

<sup>72</sup> Vgl. Deutscher Bundestag(Hrsg.), *Plenarprotokoll 05/194,1968*, S. 10453 (C) - 10453 (D)

<sup>73</sup> Vgl. Rengeling, a.a.O. (Fn 27), S. 196

Bezüglich der Bewertung der Hongkong-Grippe bestanden erhebliche Spannungen zwischen dem BGA und anderen Gesundheitsbehörden sowie einer Masse von Fachärzten, die forderten, dass diese Art der Influenza durchaus als schwere Grippe-Epidemie gewertet werden müsse, da unter anderem eine gesteigerte Sterblichkeitsrate bei Influenzaerkrankten vorläge. Auch an der Art der Datenerhebung und dem Meldesystem wurde Kritik geäußert. Falschmeldungen der Behörden würden aufgrund des Systems selbst verursacht und weniger durch die virologischen Labore, welche die Daten liefern. Diese Vorwürfe wurden alle zurückgewiesen und erneut wurde aufgeführt, dass eine klare Abgrenzung zu anderen Influenzaerkrankung nur schwer zu definieren sei. Die Kritik am Meldesystem wurde durch das Heranziehen verschiedener Quellen zur Bewährtheit abgewiesen. Weiter wurde argumentiert, dass eine Betrachtung der Sterblichkeitsstatistiken nicht ausreiche, um das Vorliegen einer Epidemie zu begründen.<sup>74</sup>

Das Influenza-Schnellinformationssystem, welches 1970 von der ärztlichen Fachöffentlichkeit in Kritik geriet, wurde bereits in Ansätzen während der Asiatischen Grippe 1957/1958 von der Abteilung Gesundheit des Bundesinnenministeriums aufgebaut. Aus diesem Ansatz heraus wurde es im Verlauf der 1960er Jahre vom BGA weiterentwickelt und kam zum Zeitpunkt der Hongkong-Grippe erstmalig zum Einsatz. Die Landesbehörden waren aufgefordert, wöchentlich per Fernschreiber oder Schnellbrief einen kurzen Bericht zur epidemiologischen Situation (Anzahl der Erkrankungen, den Todesfällen und den Alterskohorten der Erkrankten), den durchgeführten Maßnahmen sowie den virologischen und serologischen Befunden an das BGA zu übermitteln. Diese Daten wurden vom BGA im gegebenen Fall um weitere Quellen erweitert und für alle beteiligten Stellen zur Verfügung gestellt. Eine ganzjährige Aktivität war zu keinem Zeitpunkt gegeben, da es nur über den Winter, der „Hochsaison“ der Grippeerkrankungen, aufrechterhalten wurde. Diese Datenerhebung wurde im Verlauf der Hongkong-Grippe auch nicht grundlegend geändert. Nur der Zeitraum der Erhebung erstreckte sich zwischen 1967 und 1970 auf Oktober bis April des Folgejahres.<sup>75</sup>

Zum Jahresende 1969 trafen beim BGA mehrere Meldungen aus mehreren Bundesländern, unter anderem Bremen, Rheinland-Pfalz und Bayern, ein, in denen ein sprunghafter Anstieg an Grippe erkrankten Personen und vereinzelt epidemische Herde zu verzeichnen seien. Im Statusbericht vom 23. Dezember 1970 stellte das BGA zwar fest, dass es vereinzelt in der Bundesrepublik zu hohen Erkrankungsrate gekommen sei, sich

---

<sup>74</sup> Vgl. *ibid.* S. 199 f.

<sup>75</sup> Vgl. Rengeling, a.a.O. (Fn 27), S. 202

die bestätigte Zahl der Todesfälle aber nur auf 12 Personen belaufe. Aufgrund von vorsichtigen Schätzungen räumte das BGA ein, dass 20-30 Prozent der Grippeerkrankungen des Vorjahres auf die Hongkong-Grippe zurückzuführen waren. Die Wahrscheinlichkeit, bei einer Erkrankung zu versterben, wurde durch die erhobenen Daten zu verstorbenen Patienten, als äußerst gering eingeschätzt. Weiter kritisierte das BGA das mediale Ungleichgewicht zwischen der Berichterstattung und den tatsächlich bestätigten Fällen der Hongkong-Grippe. Aufgrund der unklaren Nomenklatur der Begriffe „Influenza“ bzw. „Grippe“ und der wahllosen Verwendung dieser käme es zu einer enormen Verunsicherung in der Bevölkerung. Im Januar 1970 kam das BGA zu dem Ergebnis, dass es zu einer weitgehenden Normalisierung in der BRD gekommen sei und nur noch kleine Influenza-Herde vorlägen. Im Abschlussbericht zum Influenza-Schnellinformationssystem der Saison 1969/1970 wurde abschließend konstatiert, dass sich die Anzahl der Erkrankungen auf einen saisonüblichen Durchschnitt beliefen.<sup>76</sup>

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich das BGA einer ungleichartigen Datenlage in den Jahren 1968-1970 stellen musste, bei der das Influenza-Schnellinformationssystem keine Abhilfe schaffen konnte. Als Grund dafür können die sehr unterschiedlichen Auffassungen der zuliefernden Behörden - zumeist aus der Länderebene - einer Influenzaerkrankung genannt werden, die Vorstellungen einer Erkrankung unterschieden sich zum Teil sehr stark von der klaren Definition des BGA. Laut BGA lagen nur dann Grippeerkrankungen vor, wenn Virusnachweise in entsprechender Häufigkeit erfolgten. Außerdem war nicht jede nachgewiesene Influenza gleich der Hongkong-Grippe zugeschrieben, nur wenn der serologische Befund eindeutig auf diesen Erregertyp verwies. Aus diesem Grund sah das BGA die Bundesrepublik nur im Zeitraum von Dezember 1969 bis Januar 1970 - also zwei Monate - von der Hongkong-Grippe betroffen. Folglich sah man sich auf Bundesebene nicht gezwungen, Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung zu veranlassen. Man saß die Pandemie faktisch gesehen aus.<sup>77</sup>

### **5.1.2 Erarbeitung des Nationalen Pandemieplans**

Der Nationale Pandemieplan wurde auf Grundlage des 1999 veröffentlichten Musterplans der WHO erstellt. Auch die Europäische Union legte 2004 einen Entwurf für einen gesamteuropäischen Rahmenplan zur Influenza-Pandemiebekämpfung vor. In der BRD

---

<sup>76</sup> Vgl. *ibid.* S. 210 f.

<sup>77</sup> Vgl. Rengeling, a.a.O. (Fn 27), S. 211 f.

kam es erstmals 2001 zu grundlegenden Überlegungen zur Pandemieplanung der Republik, welche von der „Bund-Länder-Arbeitsgruppe Seuchenschutz“ veröffentlicht wurden. Dies geschah auf Wunsch der 74. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die die Erarbeitung eines nationalen Pandemieplans in Abstimmung mit den Ländern und unter Beachtung der WHO-Empfehlungen forderte. Im Oktober 2001 wurde das Robert-Koch-Institut vom BMG beauftragt, eine Expertengruppe „Influenza-Pandemieplanung“ am RKI einzurichten, welche unter der Beachtung der föderalen Struktur der Bundesrepublik sowie den einzelnen Zuständigkeiten im Rahmen des Infektionsschutzes die Durchführung von Maßnahmen zum Infektions- und Katastrophenschutz einen Pandemieplan - den NPP - erarbeiten sollte.<sup>78</sup>

Seit der Veröffentlichung 2005 wurde die Pandemieplanung bei Bund und Ländern weiter vorangetrieben. Dazu wurde 2005 eine erweiterte Bund-Länder Arbeitsgruppe „Pandemieplanung“ mit Vertreter aus fünf Bundesländer gegründet, welche mit dem Beschluss vom 23. Februar 2006, der 79. Sondersitzung der GMK auf alle 16 Bundesländer der Republik ausgeweitet wurde. Im selben Jahr wurden die Pandemiepläne der einzelnen Bundesländer fertiggestellt und die „Influenzakkommission für den Pandemieplan“ einberufen, welche das RKI im Pandemiefall fachlich beraten sollte. Ebenfalls wurden 2006 zwei Planübungsbesprechungen der Interministeriellen Koordinierungsgruppe von Bund und Länder durchgeführt, in welchen Pandemieszenarien für die Bundesrepublik erprobt wurden. Nach der Publizierung der Überarbeitung des NPP 2007 wurde nochmals eine länder- und ressortübergreifende Übung mit dem Namen „LÜKEX<sub>07</sub>“geprobt. Dieser umfasste verschiedene Szenarien einer schweren Pandemie mit großen Einbrüchen des öffentlichen Lebens, der Wirtschaft und des Gesundheitswesens. Des Weiteren erfolgten weitere Überarbeitungen in den Jahren 2009, 2013 und schließlich die letzte Novellierung 2017.<sup>79</sup>

## 5.2 Der Nationale Pandemieplan

Im folgenden Kapitel wird die neuste Fassung des Plans näher betrachtet, da dieser zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit gültig war. Grundlegend lässt sich festhalten, dass der NPP in zwei Teile untergliedert werden kann, dem ersten Teil - Strukturen und Maßnahmen - und dem zweiten Teil - Wissenschaftliche Grundlagen. Nachfolgend wird der Nationale Pandemieplan Teil I vom 2. März 2017 näher betrachtet, welcher gemeinsam

---

<sup>78</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), S. 5 f.

<sup>79</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), S. 6

von Bund und Ländern verfasst wurde und sowohl die Planung als auch die im Ernstfall zu ergreifenden Maßnahmen, um einer nationalen Epidemie entgegenzuwirken, beinhaltet. Der Teil I ist also als Pendant zum 1970 erstellten Führungsdokument der DDR zu sehen. Die in Teil II festgeschriebenen wissenschaftlichen Grundlagen beinhalten vor allem Standards und Erkenntnisse zur Epidemiologie, welche im Rahmen dieser Arbeit keine nähere Beachtung aufgrund der inhaltlichen Begrenzung zuteil wird. Des Weiteren ist anzumerken, dass der NPP unter Beachtung der in den Ländern gültigen antiepidemischen Planungen entstanden ist, da diese die Grundlage für die regionalen Planungen der Kommunen und der Gesundheitsämter darstellt.<sup>80</sup>

### **5.2.1 Globale Phaseneinleitung der WHO**

Wie einleitend bereits festgehalten, orientiert sich der NPP besonders an den von der WHO veröffentlichten Pandemieplan „WHO Pandemic Influenza Risk Management - WHO Interim Guidance“ in welchem eine globale Phaseneinteilung einer Pandemie statuiert und in den Nationalen Plan der BRD übernommen wurde. Die Interepidemische Phase bildete die Phase zwischen den einzelnen Influenzapandemien. In der Alarm-Phase konnte ein neuartiges Influenzavirus identifiziert werden, welche humane Influenzaerkrankungen auslöst. Bezeichnend für die Phase ist eine erhöhte Wachsamkeit auf lokaler, nationaler und globaler Ebene. Sollte sich in dieser Risikobewertung zeigen, dass das Virus keine pandemische Entwicklung mit sich zieht, so können die Maßnahmen auf die Interepidemischen Phase reduziert werden. In der Pandemischen Phase hat sich das neuartige Virus weltweit ausgebreitet und global für Erkrankungen gesorgt. Die Übergangsphase beschreibt eine globale deeskalierende Risikoeinschätzung. Das heißt, dass sich die weltweite Ausbreitung des Virus entspannt hat. Dies hat zur Folge, dass die Verringerung der Maßnahmen eingeleitet wird und mit Aufbaumaßnahmen begonnen werden kann. Weiter wird jedoch angeführt, dass nicht nur das Feststellen eines internationalen Ernstfalls maßgeblich für das Ausrufen einer nationalen Pandemie ist, sondern das unabhängig von den globalen Phasen eine situationsangemessene Einschätzung des nationalen bzw. lokalen Risikos erfolgen muss.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> Vgl. *ibid.* S. 5

<sup>81</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), S. 6 f.

## **5.2.2 Formaler Aufbau des Nationalpandemieplans**

Der NPP ist in neun Kapitel unterteilt, die jeweils einen Themenschwerpunkt beinhalten, der dort einer näheren Betrachtung unterzogen ist. Das erste Kapitel dient der Festlegung von Zielen und Rahmenbedingungen, die mit dem Plan erreicht werden sollen. Auch wird eine historische Kurzbetrachtung der Pandemieplanung in der BRD vorgenommen. Der Themenbereich der Influenzadiagnostik, der Infektionshygienischen sowie der Surveillance<sup>82</sup> ist Schwerpunkt im zweiten, dritten und vierten Kapitel der Arbeit. Die Kapitel fünf bis sieben beschäftigen sich vor allem mit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung sowie dem Themenbereich Impfungen und der Versorgung mit antiviralen Arzneimitteln. Im letzten Abschnitt des NPP wird die Pandemieplanung in Unternehmen, Verwaltung und anderen nicht medizinischen Bereichen sowie in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit näher beschrieben.<sup>83</sup>

## **5.2.3 Materielle Bestimmungen des Nationalen Pandemieplan**

### **5.2.3.1 Zielstellungen**

Der NPP dient der konkreten Vorbereitung einer Pandemiebewältigungsstrategie auf Bund- und Länderebene. Aufgrund der föderalen Strukturen der BRD ist er auch die Grundlage für die Pandemiepläne der Länder sowie den Ausführungsplänen der Kommunen. In erster Linie soll der NPP der Reduktion der Morbidität und Mortalität der Bevölkerung der BRD durch die Sicherstellung der Versorgung Erkrankter dienen. Weiter sollen Maßnahmen zur Bewältigung von Engpässen und Ausfällen in der Produktion, Verteilung, Versorgung und dem Verkehr ergriffen werden, um die Aufrechterhaltung essenzieller, öffentlicher Dienstleistungen zu gewährleisten. Ferner soll die Öffentlichkeit durch den NPP über die potenziellen Gefahren einer Pandemie aufgeklärt werden und die Planung transparent machen. Als Adressaten spricht der Plan insbesondere die Verantwortlichen und die Behörden von Bund, Ländern und Kommunen an.<sup>84</sup>

Im Anschluss an diese allgemeine Einführung erfolgt eine Vorstellung aller beteiligten Strukturen, Gremien und Institutionen sowohl auf Bundesebene als auch auf Länderebene. Eine erneute Aufführung der beteiligten Gremien erfolgt nicht, da alle im NPP genannten Gremien, Strukturen und Institutionen im Kapitel 3.2.2 bereits beschrieben

---

<sup>82</sup> Der Begriff „Surveillance“ ist dem englischen entnommen und kann mit Überwachung bzw. Überwachungsmaßnahmen übersetzt werden.

<sup>83</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), S. 3 f.

<sup>84</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), S. 7 f.

wurden. Weiterhin ist im ersten Kapitel auch der Informationsaustausch auf europäischer und internationaler Ebene festgelegt. Gegenüber der WHO bestehen verschiedene Informationspflichten, insbesondere beim Auftreten von Influenzaerkrankungen, welche durch einen neuartigen Virustyp hervorgerufen wurden. Als rechtliche Quelle für diese Pflichten können unter anderem die Art. 6 Abs. 1 u. 2, Art. 9 Abs. 2, Art. 43 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) sowie § 12 Abs. IfSG genannt werden. Auf europäischer Ebene wird das internetbasierte Europäische Frühwarn- und Reaktionssystem, welches das RKI für Deutschland im Bereich der Infektionskrankheiten bedient, verwendet. Weiter werden in Sitzungen des Gesundheitssicherheitsausschusses, welcher aus Vertretern der EU-Mitgliedsstaaten, der europäischen Kommission und anderen relevanten Agenturen besteht, die antipandemische Maßnahmenkoordination sowie die Risiko- und Krisenkommunikation im europäischen Raum vorangetrieben.<sup>85</sup>

### **5.2.3.2 Überwachung und Maßnahmen zur Erkennung und Eindämmung**

Die fortlaufende Sammlung, Analyse und Bewertung von Gesundheitsdaten wird im NPP als Surveillance bezeichnet, was der Planung, Durchführung und Bewertung von anti-epidemischen Maßnahmen dienen soll, da für die Auswahl konkreter Maßnahmen bestimmte epidemiologische Parameter betrachtet werden müssen. Im § 7 Abs. 1 Nr. 25 IfSG ist festgehalten, dass der direkte Nachweis von Influenzaviren meldepflichtig ist und von den zuständigen Landesbehörden an das RKI übermittelt werden muss. Im Falle einer gesundheitlichen Lage im Land ist das RKI gemäß § 12 IfSG dazu verpflichtet, dies sowohl der WHO als auch der Kommission der Europäischen Union mitzuteilen. Die aus der Meldepflicht gewonnenen Daten dienen vor allem einzelfallbezogene Auswertung, eine Einschätzung zur bevölkerungsweiten Krankheitslast kann daraus nicht generiert werden. Für diese Meldedaten wurde vom RKI das Programm „SurvNet@RKI“ entwickelt, um alle relevanten Sachverhalte zu erfassen, zu verwalten und an das RKI zu übermitteln. Durch diese Software soll die Möglichkeit geschaffen werden, Daten auf Ebene des Bundes zu analysieren und zu veröffentlichen. Das Programm „SurvStat@RKI“ soll den Datenbestand aus dem „SurvNet@RKI“ als vereinfachten Datenbestand nach eigenem Bedarf in Tabellen und Grafiken darstellen. Im Zuge der SARS-Cov-2 Pandemie wurde mit dem „Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz“ (DEMIS) eine Weiterentwicklung geschaffen, dass das „SurvNet@RKI“ abgelöst

---

<sup>85</sup> Vgl. *ibid.* S. 12 f.

hat. DEMIS soll vor allem auf der Seite der Meldenden für eine Reduzierung des Arbeitsaufwands sorgen. Weitere Surveillance die hier zu nennen sind, wären das „Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza“ und das „GrippeWeb“. Beides kann aber ebenfalls als erweiterten Meldesystemen zu Influenzaerkrankungen gesehen werden. Weiter sollen Daten aus den Krankenhäusern und eine Mortalitätssurveillance eine Betrachtung der Gesamtsituation ermöglichen und eine konkrete Grundlage zur Maßnahmenenergreifung darstellen.<sup>86</sup>

Im Rahmen der klinischen Diagnostik muss entschieden werden, welche diagnostische Methode zu welchem Zeitpunkt eingesetzt werden soll. Im ersten Schritt ist das RKI dazu verpflichtet, beim Auftreten einer Pandemie schnellstmöglich eine klinische Falldefinition zu erstellen. Wichtig ist, dass die Diagnostik passend zum Verlauf der Pandemie veranlasst wird, das heißt, dass sie die jeweilige Strategie zur Bekämpfung widerspiegeln sollte. Ist die Diagnostik gezielt zum Einsatz gekommen, so ist es möglich, durch sie zu einer verbesserten Lageeinschätzung und daraus folgend eine konkrete Entscheidungshilfe bei der Maßnahmenauswahl darzustellen. Die Probenentnahme erfolgt in der Regel durch Abstriche oder Sekrete aus dem Nasenrachenraum sowie Bronchialsekret oder bronchoalveoläre Lavage. Als Testmethode werden Antigen-Nachweise sowie PCR und Real Time PCR genannt, wobei der diagnostische Nachweis durch PCR bzw. Real Time PCR empfohlen wird, da diese einen spezifischen Direktnachweis von Influenza bieten. Weiter wird festgehalten, dass diese Erregernachweise bei anhaltendem Pandemiegeschehen nur noch eine untergeordnete Rolle spielen sollen. Um die Sicherung der diagnostischen Nachweise auch im Pandemiefall sicherstellen zu können, soll ein Influenza-Labornetzwerk aufgebaut werden, das nach einem 4-Stufen-Prinzip die Koordinierung und Auswertung der Erregernachweise übernehmen soll. Die Kostenübernahme für die labordiagnostischen Untersuchungen sollen, soweit sie der Prophylaxe oder der Therapie des Patienten beitragen, von den Krankenkassen übernommen werden. Nur vom ÖGD veranlasste Untersuchungen mit reinem Erkenntnisgewinn sollen aus öffentlichen Mitteln finanziert werden.<sup>87</sup>

Bei der Ergreifung von infektionshygienischen Maßnahmen muss das Augenmerk daraufgelegt sein, dass der Verlauf einer Pandemie regional sehr unterschiedlich verlaufen kann und die Ergreifung daher flexibel auf die jeweilige Situation angepasst geschehen muss. Außerdem wird festgehalten, dass die Anpassung der Strategie ständig zu erfolgen hat und vom anfänglichen Eindämmen der Ausbreitung im Extremfall nur noch zum

---

<sup>86</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), S. 15-18

<sup>87</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), S. 19 ff.

Schutz von vulnerablen Gruppen und der Folgenminderung beschränken kann. Zu den infektionshygienischen Maßnahmen werden kontaktreduzierende Maßnahmen, Verhaltensmaßnahmen, Schutzkleidung, Desinfektionsmaßnahmen sowie - falls vorhanden - Impfungen und der Einsatz antiviraler Arzneimittel gezählt. Dem ÖGD wird in diesem Bereich die Aufgabe zugeteilt, eine Ermittlung von möglichen Ansteckungsverdächtigen bei Erkrankten Personen durchzuführen und die Infektionsketten durch geeignete Infektionsschutzmaßnahmen zu unterbrechen. Dem ÖGD steht als Ultima Ratio gemäß § 28 IfSG i. V. m. §§ 29-31 IfSG die Anordnung einer Isolierung von Erkrankten und Ansteckungsverdächtigen zur Verfügung. Dies ist nur zulässig, wenn so nachweislich die Ausbreitung der Erkrankung unterbrochen werden kann.<sup>88</sup>

### **5.2.3.3 Medizinische Versorgung und Impfungen**

Gemäß § 72 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) liegt die Zuständigkeit der Sicherstellung der ambulanten Versorgung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Um auch im Pandemiefall ambulante Betreuung zu gewährleisten, wurde von der Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege eine gemeinsame Empfehlung für das Risikomanagement in den Arztpraxen herausgegeben. In den Länderpandemieplänen soll in Abstimmung mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Organisationsform für den Ernstfall gefunden werden. Gleiches gilt für die stationäre Versorgung in Krankenhäusern und anderen Pflegeeinrichtungen. In den Krankenhausalarmplänen muss im Vorfeld eindeutige Festlegungen bezüglich der Organisation getroffen werden. Eine räumlich getrennte Aufnahme und Versorgung von Influenzapatienten, die Bereitstellung zusätzlicher Bettenkapazitäten, beispielsweise durch Verschiebung von geplanten Operationen, sind in diesen Plan aufzunehmen. Auch der erhöhte Personalbedarf und der Bedarf an persönlicher Schutzausrüstung der Beschäftigten sowie der ausreichende Bestand an Medikamenten ist zu berücksichtigen. Um diese Planungen zu erleichtern, wurden dem NPP im Anhang Planungshilfen für Krankenhäuser, Alten- und Altenpflegeheime sowie für den Rettungsdienst beigefügt.<sup>89</sup>

Im Schwerpunkt Impfungen wird festgelegt, dass die Länder ein Konzept für die Durchimpfung der Bevölkerung zu erstellen und im Pandemiefall umzusetzen haben, der nach Auskunft der Impfstoffhersteller im Fall einer Pandemie der Impfstoff nur an Regierungen

---

<sup>88</sup> Vgl. *ibid.* S. 23 ff.

<sup>89</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), 33 f.

abgegeben wird. Die Konzeptplanungen müssen unterschiedliche Szenarien berücksichtigen, da der tatsächliche Krankheitsstand der Bevölkerung nicht vorausgesagt werden kann, eine besonders hohe Flexibilität sollte das Konzept bei der Auslösung des Produktionsprozesses sowie der Menge, der Impfstoffart und der Anzahl der zu verabreichenden Dosen aufweisen. Ferner soll es auch als Verhandlungsgrundlage mit der pharmazeutischen Industrie dienen. Die Impfstoffbeschaffung erfolgt im Rahmen eines gemeinsamen Vergabeverfahrens auf EU-Ebene, wodurch den Mitgliedstaaten eine gemeinsame Vertragsaushandlung ermöglicht werden soll. Die praktische Umsetzung der Impfungen erfolgt durch die Ständige Impfkommission gemäß § 20 Abs. 2 IfSG unter Nutzung der vorhandenen Strukturen. Nach § 60 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 IfSG besteht ein Entschädigungsanspruch, wenn ein Impfschaden im Sinne des Gesetzes vorliegt und eine öffentliche Impfpfempfehlung vom Land ausgesprochen wurde. Dieser Amtshaftungsanspruch besteht neben einem möglichen Amtshaftungsanspruch nach § 63 Abs.2 IfSG.<sup>90</sup>

Als antivirale Arzneimittel sollen in erster Linie Neuraminidasehemmer eingesetzt werden, da diese Mittel die Mortalität und Morbidität in der Bevölkerung reduzieren, bis ein geeigneter Impfstoff zur Verfügung steht. Die Verteilungsstrategien dieser Medikamente werden von den Ländern in ihren jeweiligen Pandemieplänen festgehalten, doch für alle 16 Bundesländer wurde verbindlich festgehalten, dass die eingelagerten Arzneimittel im Ernstfall nur für therapeutische Zwecke verwendet werden und nicht für Prophylaktische. Die Kostenübernahme für die Verabreichung solcher Medikamente ist nicht abschließend geklärt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ein Großteil der Kosten durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden muss. Eine Bevorratungsstrategie für andere Medikamente oder medizinischen Bedarf ist nicht vorgesehen, gemäß § 52 Abs. 1 Arzneimittelgesetz sind die pharmazeutischen Unternehmer und Betreiber von Arzneimittelgroßhandlungen zu einer angemessenen und kontinuierlichen Bereitstellung der Arzneimittel verpflichtet.<sup>91</sup>

#### **5.2.3.4 Betriebliche Pandemieplanung**

Im vorletzten Kapitel sollen Anregungen zur betrieblichen Pandemieplanungen gegeben werden, um im Ernstfall die wirtschaftlichen Verluste auf ein Minimalmaß zu reduzieren.

---

<sup>90</sup> Vgl. *ibid.* S. 35 ff.

<sup>91</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), S. 40 ff.

Da es aufgrund einer pandemischen Situation zu einer veränderten Nachfrage von Produkten oder Ausfällen in der Produktion kommen kann. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die Aufrechterhaltung des staatlichen Gemeinwesens, den sog. Organisationen und Einrichtungen der „kritischen Infrastrukturen“. Zu diesem Sektor zählen die Versorgungsbetriebe von Energie, Informationstechnik, Telekommunikation, Transport, Verkehr, Wasser, Ernährung (einschließlich Landwirtschaft und Lebensmittelhandel) sowie dem Finanz- und Versicherungswesen. Im Bereich der öffentlichen Verwaltung soll vor allem der Zusammenbruch der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sowie Versorgungsengpässe durch die Überlastung des Gesundheitswesens vermieden werden.<sup>92</sup>

Um im privatwirtschaftlichen Unternehmen auf ein solches Ereignis vorbereitet zu sein, wird die Erstellung eines Betrieblichen Pandemieplans empfohlen. Dieser Plan umfasst organisatorische Maßnahmen sowie Maßnahmen des Arbeits- und Infektionsschutzes, die über den normalen Arbeitsschutz hinausgehen. Da die konkreten Maßnahmen von Unternehmen zu Unternehmen stark variieren können, muss der Betriebliche Pandemieplan an die Ziele des Unternehmens und den unternehmensspezifischen Gegebenheiten angepasst werden. Dem NPP ist für diesen Themenbereich eine „Checkliste zur Erstellung eines betrieblichen Pandemieplans“ angefügt worden, welcher dem Anhang 6 dieser Arbeit entnommen werden kann. Diese Liste soll eine Anleitung für die Erstellung eines Betrieblichen Pandemieplans geben und die Erarbeitung für das einzelne Unternehmen erleichtern.<sup>93</sup>

#### **5.2.3.5 Öffentlichkeitsarbeit**

Eine effektive Risiko- und Krisenkommunikation ist gemäß dem NPP ebenso ein wichtiger Bestandteil der Pandemiebewältigung. Aufgrund dessen sollen im Rahmen der Pandemieplanung auch Management- und Kommunikationspläne erstellt werden, die einen kontinuierlichen Informationsfluss gewährleisten. Dadurch soll eine grundsätzliche Akzeptanz für zu ergreifende Maßnahmen innerhalb der Bevölkerung geschaffen werden sowie das Befolgen von Hygieneregeln und die allgemeine Impfbereitschaft erhöht werden. Gerade die Impfbereitschaft und deren Erhöhung spielt im Rahmen einer tatsächlichen Pandemiebewältigung eine entscheidende Rolle, weswegen dies durch eine breite und groß angelegte Impfkampagne ermöglicht werden soll. Weiterhin soll aber auch den

---

<sup>92</sup> Vgl. *ibid.* S. 43

<sup>93</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), S. 43 f.

kritischen Stimmen Raum gegeben werden, um einen öffentlichen Disput zu gewährleisten. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die Bevölkerung durch die Öffentlichkeitsarbeit ein stabiles Vertrauen zum Öffentlichen Sektor im Bereich der Pandemieprävention und -bekämpfung erlangen soll, um im eintretenden Ernstfall die Glaubwürdigkeit der Institutionen und deren Informationen zu gewährleisten.<sup>94</sup>

Im Rahmen der Risiko- und Krisenkommunikation, die auf einen Dialog ausgerichtet sind, müssen die interne institutionelle Krisenkommunikation sowie die Informationsvermittlung an die Fachöffentlichkeit an die Allgemeinbevölkerung und an die Medien in Einklang gebracht werden. Die Koordinierung dieser Kommunikation erfolgt sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene auf Grundlage von abgestimmten Plänen unter der Einbeziehung aller beteiligten Institutionen. Das bedeutet, gerade für den europäischen Binnenraum, dass die Krisenkommunikation vor allem regional und länderübergreifend geschehen muss, um eine optimale Bewältigung der Pandemie zu gewährleisten. Weiter ist von enormer Wichtigkeit, dass die Verbreitung von divergenten oder widersprüchlichen Informationen dringend zu vermeiden ist, da dies im Ernstfall die Glaubwürdigkeit von Bund und Ländern stark beeinträchtigen kann. Die Informationsvermittlung der Allgemeinbevölkerung erfolgt in erster Linie durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), welche auf ihrer Internetseite Schriftstücke, Filme und weitere Materialien zu grundlegenden Fragen des Gesundheitsschutzes bereitstellen - auf Grundlage der Fachinformationen des RKI. Ferner kann die Bevölkerung auch dezentral durch die Pressestellen der obersten Landesgesundheitsbehörden bzw. der kommunalen Behörden informiert werden. Die Informationen an die Fachöffentlichkeit erfolgt primär durch das RKI. Die Medien werden entweder durch die zuständigen Bundesoberbehörden, wie BfArM, BZgA; PEI, RKI) oder den Pressenstellen der obersten Landesgesundheitsbehörden über den aktuellen Stand informiert.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> Vgl. *ibid.* S. 45

<sup>95</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), S. 46 f.

## 6 Vergleichsweise Betrachtung der Pandemieplanung

Jede Pandemie, welche durch einen neuartigen Erreger wie zum Beispiel dem Virus SARS-CoV-2 ausgelöst wird, ist von erheblichen Unsicherheiten geprägt. Angesichts der Neuartigkeit liegen keine Vakzine, Virostatika und epidemiologischen Daten zur Persistenz in der Bevölkerung vor. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass es sowohl im 20. Jahrhundert als auch in den letzten Jahrzehnten zu pandemischen Geschehnissen gekommen ist und aufgrund dessen eine Novellierung der Maßnahmenergreifung zu erwarten gewesen wäre. Wie aus den vorangegangenen Kapiteln zu entnehmen ist, war der Umgang - insbesondere die Bewältigung der Hongkong-Grippe - im geteilten Deutschland sehr verschieden.<sup>96</sup>

Nachdem im Einigungsvertrag 1990 die Deutsche Einheit beschlossen wurde, gerieten die Beschlüsse - auch das Führungsdokument zur Verhütung und Bekämpfung von Grippeepidemien - der DDR in Vergessenheit. Bis zur Veröffentlichung des NPP 2005 hielt sich die BRD vor allem an Veröffentlichungen und Richtlinien der WHO. Ob bei der Erstellung das Führungsdokument der DDR eine Rolle gespielt hat, lässt sich nicht feststellen. Im nachfolgenden Kapitel soll eine vergleichende Betrachtung beider Pläne vorgenommen werden, um abschließend feststellen zu können, ob Maßnahmen der DDR-Regierung überhaupt in einem novellierten Plan der BRD angewendet wurden. Aus Gründen der inhaltlichen Begrenzung wird folgend nur auf Unterschiede beider Planungen eingegangen. Im Anschluss soll die Frage nach anwendbaren Novellierungen in zukünftigen Pandemieplanungen der BRD beantwortet werden.

### 6.1 Unterschiede der Planungen

Einleitend lässt sich festhalten, dass sich schon der formale Aufbau beider Pläne deutlich voneinander unterscheidet. Während im Führungsdokument der DDR die Maßnahmen in einem 3-Stufen-Plan sortiert sind, ist der NPP nach den inhaltlichen Schwerpunkten gegliedert. Welche der beiden Gliederungsformen man bevorzugt, hat allein mit persönlichen Präferenzen zutun. Eine Aussagekraft zur Bewährtheit lässt sich nicht feststellen. Nachfolgend soll aber vor allem auf die Unterschiede im Entstehungsprozess und den inhaltlichen Unterschieden eingegangen werden, die - nicht wie anfänglich vermutet - keine schwerwiegenden Unterschiede darstellen.

---

<sup>96</sup> Vgl. Rengeling, *Die Corona-Pandemie 2020 – über eine allumfassende Prävention hinaus*, in: N.T.M. 28, 211–217 (2020), S. 211-217

### 6.1.1 Einfluss der politischen Machtstrukturen - historische Betrachtung

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass das 1970 erlassene Führungsdokument des Ministers für Gesundheitswesen als inhaltlicher Vorläufer zum „influenza preparedness plan“ der WHO (1999) und dem NPP der Bundesrepublik (2005) gesehen werden kann. Dies bezieht sich jedoch nicht auf den Ausarbeitungsprozess als solchen, da die fachliche Diskussion, welche einem solchen Dokument vorangestellt ist, in der DDR nur den Experten, die der Einheitspartei zugewandt waren, vorbehalten war. Ein öffentlicher Disput mit der Opposition oder Kritikern, der im besten Fall zur Verbesserung der schon vorhanden Vorschläge beiträgt, gab es in der DDR nicht. Nur deswegen war es überhaupt möglich, dass das Dokument am 19. November 1970 - ein halbes Jahr nach dem Enden der Hongkong-Grippe - in Kraft treten konnte. Dies bedeutet, dass der Plan zum Teil die im Land herrschenden ideologischen Vorstellungen von Macht und Machtausübung widerspiegelte. Die im Führungsdokument festgehaltenen Rahmenbedingungen, welche eine ungehinderte Überwachung der epidemischen Lage aufgrund der kontinuierlichen Datenerhebung gewährleisteten, können neben den prophylaktischen Impfungen als wesentliche Grundlage bei der praktischen Bekämpfung von Epidemien gesehen werden.<sup>97</sup>

In der BRD stand die föderale Verfassung schon zum Zeitpunkt der Hongkong-Grippe einem koordinierten Krisenmanagement im Sinne von konkret auszuführenden Maßnahmen entgegen. So wurden Impfstrategien und Überwachungsstrategien auf Bundesebene zwar diskutiert, fanden auf Landes- und Kommunalebene jedoch keine Anwendung. Dennoch waren die Entscheidungswege weniger stringent und boten mehr Zugriffsrechte für Änderungen, die aus öffentlichen Debatten hervorgegangen waren. Die Daten, die in den Jahren 1968-1970 zu respiratorischen Atemwegserkrankungen erhoben wurden, lassen rückwirkend keine Schlüsse mehr über die tatsächliche Erkrankungsrate der Bevölkerung der BRD zu, weswegen abschließende Aussagen zum Verhalten der Regierung nur schwer getroffen werden können. Die Daten, die der Regierung vorlagen, ließen die Schlüsse, welche getroffen wurden, als nachvollziehbar erscheinen. Dennoch stehen die erhobenen Daten der Länder dazu im Kontrast. Auch hier lässt sich nicht mehr feststellen, warum die Daten nicht als Bewertungsgrundlage zu Rate gezogen wurden.

Wie auf Seiten der DDR das Nichtstun der BRD-Regierung scharf kritisiert wurde, wurden auf Seiten der BRD alle alternativen Strategien mit dem Vorwurf, zu „sozialistisch“ zu sein, abgewiesen. Es lässt sich also festhalten, dass solche Pläne immer Ausdruck

---

<sup>97</sup> Vgl. Witte, a.a.O. (Fn 40), S. 2664-2668

der politisch herrschenden Meinung sind. Weiter stehen die zuständigen Stellen heute in der Pflicht, Maßnahmen nicht nur durchzuführen sondern diese vorangehend demokratisch zu legitimieren und der Öffentlichkeit zu kommunizieren.<sup>98</sup>

### **6.1.2 Zentralismus versus Föderalismus**

Der in der DDR herrschende demokratische Zentralismus machte es möglich, dass die Leitung von einer zentralen Stelle aus übernommen wurde und die höchsten Ämter in diesem Konstrukt durch ein und dieselbe Person, dem Minister für Gesundheitswesen, ausgeführt wurden. Aufgrund der föderalen Strukturen ist in der BRD eine zentrale Lenkung nicht möglich. Es stellt sich also die Frage, ob eine zentrale Leitung der Maßnahmen im Rahmen der Pandemieverbütung und -bewältigung durch eine eigens errichtete Stelle als sinnvoll erachtet werden könnte. Ein direkter Vergleich der Strukturen der Pandemiebekämpfung ist aufgrund dieser gegensätzlichen Strukturen und Zuständigkeiten ohne Weiteres nicht möglich, auch durch die über den NPP hinausgehenden Pandemiepläne der Länder.

Gerade die örtliche Begrenztheit der antipandemischen Maßnahmen kann zu Verwirrung und Unmut in Teilen der Bevölkerung führen. Die föderalen Strukturen, die dazu führen, dass sowohl der Bund als auch die Länder Maßnahmen beschließen und durchsetzen können, sind für manch einen nur schwer nachzuvollziehen. Doch gerade in diesem „Flickenteppich“ an Bestimmungen ist ein enormer Vorteil zu sehen, denn nur so ist es möglich, sehr scharfe Maßnahmen auf ein stark betroffenes Gebiet (in den meisten Fällen einzelne Landkreise) zu beschränken, ohne dass die Gesamtbevölkerung aufgrund eines Landkreises alle Maßnahmen in voller Schärfe hinzunehmen hat. Weiter ist es einfacher Ressourcen und Hilfskräfte in einem kleineren Gebiet zu verteilen, da die genaue Lage vor Ort besser eingeschätzt werden kann als in einem großen territorialen Gebiet.

Der Föderalismus ist im Großen und Ganzen bei der Anwendung der richtigen Maßnahmen Teil einer effektiven Pandemiebekämpfung. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass es nicht nur um die Debatte und politische Positionierung bei der Ausarbeitung solcher Maßnahmen gehen darf. Die Wichtigkeit und Richtigkeit politischer Debatten, auch in diesem Bereich, soll in keinem Fall widersprochen werden. Wichtig ist jedoch, dass in den beschlossenen Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene keine

---

<sup>98</sup> Vgl. Witte, a.a.O. (Fn 40), S. 2664-2668

Kontroversen zu finden sind, da dies die Glaubwürdigkeit der Institutionen gegenüber der Bevölkerung enorm schwächen könnte.

### 6.1.3 Praktische Anwendung

Ob die Maßnahmenumsetzung in der DDR nach dem Führungsdokument zu einem wirklichen Erfolg im Hinblick auf eine Verhütung bzw. tatsächliche Bekämpfung einer Grippepandemie geführt hätte, lässt sich aus heutiger Sicht nicht mehr feststellen, da das Dokument in diesem Rahmen bis 1990 nicht mehr zum Einsatz gekommen ist. Gerade die finanzielle Situation der Staatsregierung lässt Spekulationen offen, ob die Maßnahmen im festgehaltenen Umfang durchzuführen gewesen wären. Insbesondere bei der Bereitstellung und Erforschung von neuen Impfstoffen und antiviralen Medikamenten hätte mit finanziellen Engpässen gerechnet werden müssen.

Der NPP hat seit seiner Veröffentlichung 2005 durch aufgetretene Pandemien Novellierungen erfahren, das bedeutet, dass grundsätzlich von einer Anwendung des Planes ausgegangen werden kann. Dennoch bedeutet es nicht, dass der Plan ein Garant für eine gute Pandemiebekämpfung darstellt. Gerade im Hinblick auf die SARS-CoV-2-Pandemie, die dem Stand heute (Juli 2021) in Deutschland immer noch nicht überwunden wurde, kann über Bewältigung gestritten werden. Inwieweit die Maßnahmen der Regierungen Früchte getragen haben, lässt sich erst in ein paar Jahren feststellen. Anzumerken ist, dass die BRD als solche einem derartigen Geschehen wie der Corona-Pandemie noch nicht ausgesetzt war und somit keine Vergleichsdaten zur Maßnahmenenergreifung vorliegen. Strukturen, die bei der Schweinegrippe 2009/2010 noch ausreichten, waren nun mit der Aufgabenerfüllung vollkommen überfordert. In diesem Zusammenhang ist jedoch zu erwähnen, dass die Bundesregierung 2012 eine Risikoanalyse zum Bevölkerungsschutz mit dem Namen „Pandemie durch Virus Modi-SARS“<sup>99</sup> in Auftrag gegeben hat, in welchem der Ausbruch und Verlauf einer Grippepandemie beschrieben wird, welches nahezu dem bisherigen Verlauf der Corona-Pandemie wiedergibt. Die Eintrittswahrscheinlichkeit wurde als „bedingt wahrscheinlich“ eingestuft, was bedeutet, dass statistisch gesehen ein solches Ereignis einmal in einem Zeitraum von 100 bis 1.000 Jahren eintritt. Aufgrund dieser Klassifizierung wurde sich im Bevölkerungsschutz auf andere Bereiche konzentriert, deren Eintreten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu

---

<sup>99</sup> Deutscher Bundestag (Hrsg.), *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012*, 2012, S. 5

erwarten war. Niemand konnte voraussehen, dass eine solche Grippepandemie schon acht Jahre nach Veröffentlichung über Deutschland hereinbrechen würde.<sup>100</sup>

#### **6.1.4 Medizinische Betreuung und Fortschritt in der Forschung**

Aufgrund der vorangeschrittenen Privatisierung des Gesundheitssystems der BRD ist ein Vergleich mit dem System der DDR nur bedingt möglich, da die medizinische Versorgung in der DDR fast ausschließlich durch staatliche Institutionen vorgenommen wurden. Auch hatte der Aufgabenkomplex der vorbeugenden Medizin und der medizinischen Bewältigung von Katastrophen einen anderen Stellenwert in der politischen Umsetzung und Durchführung. Beispielhaft anzuführen wäre hier die praktische Ausrottung der Tuberkulose, die Umsetzung der Impfprogramme bei Kinderkrankheiten und der Aufbau der staatlichen Hygieneinspektion zu nennen. Keinesfalls soll den Institutionen der BRD ein Nichtstun bzw. Versagen in diesem Bereich unterstellt werden, vielmehr geht es darum, dass dieser Themenbereich in der DDR einen höheren Stellenwert im Agenda Setting besaß, was nur dafürspricht, dass das Vorantreiben einer antipandemischen Planung mit solcher Intensität verfolgt wurde.<sup>101</sup>

Ein weiterer Punkt, der einen direkten Vergleich der Pläne erheblich erschwert, ist der Zeitpunkt der Erstellung beider Pläne und dem Stand der medizinischen Forschung im Bereich der Grippeimpfstoffe und Virostatika. Im direkten Vergleich ist anzunehmen, dass heute mutmaßlich mehr antivirale Medikamente zur Verfügung stehen und auch die Kapazitäten zur Impfstoffforschung deutlich gewachsen sein dürften. Auch trägt die Globalisierung dazu bei, dass ein internationales Netz von Pandemieplänen und umfangreiche Surveillance-Systeme genutzt werden können, um eine weltweite Einschätzung der Lage zu gewährleisten.

Impfungen stellen heute, wie früher, eines der effektivsten Mittel zur Bekämpfung von Influenzapandemien dar. Aus diesem Grund wurde schon 1970 im Führungsdokument der DDR die Umsetzung einer weitreichenden Impfkampagne festgehalten. Dazu ist anzumerken, dass es durchaus denkbar gewesen wäre, die Impfpflicht auf eine Impfung gegen den pandemieauslösenden Erreger in den Katalog der Pflichtimpfungen aufzunehmen, wenn durch die Kampagne nicht das gewünschte Durchimpfungsniveau der Bevölkerung erreicht worden wäre. Auch der NPP legt fest, dass durch Impfungen die

---

<sup>100</sup> Deutscher Bundestag (Hrsg.), a.a.O. (Fn 100), S. 56-87

<sup>101</sup> Vgl. RT DE (Hrsg.), *Die Gesundheitspolitik der DDR im Rückblick: Interview mit Sozialmediziner Niemann - Teil 1*, 2020

pandemische Situation unter Kontrolle gebracht werden kann. Eine Impfpflicht, wie sie in der DDR vorlag, gibt es nicht. In der BRD soll das gewünschte Impfniveau der Bevölkerung vor allem durch gut geplante Impfkampagnen erfolgen. Im Gegensatz zur DDR sind im NPP die Haftungsansprüche bei einem Impfschaden konkret festgehalten.

### **6.1.5 Kostentragung der zu ergreifenden Maßnahmen**

Der größte Unterschied der Verhütungspläne liegt in der Frage der Kostentragung der zu ergreifenden Maßnahmen. Aufgrund der Planwirtschaft der DDR wurden Aspekte der Wirtschaftlichkeit nicht beachtet. Im gesamten Dokument ist an keiner Stelle von möglichen Kosten gesprochen worden. Das spricht grundsätzlich gegen eine effektive Handlungsgrundlage im Ernstfall. Es ist jedoch anzumerken, dass das Gesundheitssystem der DDR, wie bereits thematisiert, zu weiten Teilen staatlichen Strukturen unterlag, was darauf schließen lässt, dass die Kostenfrage insoweit nicht beantwortet werden muss, als dass es von Anfang an ersichtlich war, dass dies durch den Staat erfolgen sollte. Inwieweit eine solche Situation zur Belastung des DDR-Haushaltes geführt hätte, lässt sich nicht mehr feststellen.

Im NPP wird an zwei Stellen von einer direkten Kostentragung gesprochen. Die laboridiagnostischen Untersuchungen werden nur von der öffentlichen Hand übernommen, wenn die Untersuchung durch den ÖGD veranlasst wurde und dem reinen Erkenntnisgewinn dient. Im Bereich der antiviralen Arzneimittel zur Therapie der Influenza wird festgehalten, dass grundsätzlich die GKV die Kosten zu übernehmen haben, es im Pandemiefall aber zu einer Kostenerstattung von Bund und Ländern kommen soll. Über die Höhe dieser Rückerstattungen wird sich nicht konkret geäußert, sondern lediglich festgehalten, dass dies im Vorfeld zu klären sei. Darüber hinaus wurden keine weiteren Punkte der Kostentragung erfasst.<sup>102</sup>

### **6.1.6 Öffentlichkeitsarbeit**

Der mediale Umgang mit der Hongkong-Grippe (1968-1970) hätte gegensätzlicher nicht sein können. Während in der DDR weitreichende Informationsmaterialien zur erhöhten persönlichen und allgemeinen Hygiene zur Verfügung gestellt wurden, welche bis hin zu Aufklärungsfilmern für Kinder reichten, wurde die Influenza als „in der BRD nicht existent“

---

<sup>102</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), a.a.O. (Fn 23), S. 21 u. 40

abgetan und keine Gegenmaßnahmen eingeleitet. Aus diesem Grund kann ein Vergleich der Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen nicht stattfinden. Der Drang der DDR, die Öffentlichkeit zu einer erhöhten Hygiene zu erziehen, kann wieder mit den Vorreiterstatus im Bereich der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung begründet werden. Die Regierung der DDR hatte schlichtweg ein enormes Interesse am Erhalt des Status quo.

Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit äußert sich der NPP vor allem zu der Frage, von welchen Institutionen kommuniziert werden soll. Aussagen zu inhaltlichen Bestimmungen werden nicht getroffen. Doch an der eher „schwammigen“ medialen Berichterstattung der pandemischen Situationen - mit Ausnahme der anhaltenden SARS-CoV-2 Pandemie - hat sich auch im 21. Jahrhundert nicht viel geändert, wofür die Regierung mehrfach Kritik erhielt. Es ist nachzuvollziehen, dass eine allgemeine Panik in der Bevölkerung vermieden werden soll, dennoch hat die Öffentlichkeit das Recht zu erfahren, wie die Lage tatsächlich eingeschätzt wird.

## **6.2 Ausblick auf mögliche Novellierungen der Pandemieplanung der BRD**

So soll im abschließenden Kapitel dieser Arbeit festgestellt werden, inwieweit Auszüge bzw. Maßnahmenumsetzungen aus dem Führungsdokument der DDR in die zukünftige Pandemieplanung der BRD einfließen könnten. Um auch Einblick in die praktische Umsetzung der Maßnahmenbewältigung zu erhalten, sollte in diesem Rahmen ein schriftliches Interview mit dem Amtsarzt des ÖGD des Erzgebirgskreises geführt werden, welches nicht zum Abschluss gebracht werden konnte, da Seitens des ÖGD des Erzgebirgskreises keine Rückmeldung erfolgte. Thematischer Schwerpunkt sollte die Bewältigung der Sars-Cov-2 Pandemie aus Sicht der Verwaltung darstellen, weiter sollten mögliche Aussagen zu Veränderungen im Bereich der Pandemieplanung erörtert werden. Dennoch sollen nachfolgend nun mögliche Handlungsbedarfe aufgezeigt werden.

Der kontroverseste Punkt der Untersuchung stellt die Frage nach der Rückverstaatlichung des Gesundheitssystems dar, was immer wieder Gegenstand von diversen Diskussionen ist. Der Medizinhistoriker Florian Burns äußerte sich in einem Interview wie folgt dazu: „Vorsorge zu treffen, kostet Geld [...] Reserven zu bilden - beim Personal, bei Räumen und Material - entspricht aber nicht der kommerziellen Logik, die auch im Gesundheitswesen Einzug gehalten hat.“<sup>103</sup> Dies ist der Alltag des gegenwärtigen Gesund-

---

<sup>103</sup> Hager, „Erfahrungen aus der DDR sind nicht verjährt“, 2020

heitssystem der BRD. In der DDR hingegen wurde der Großteil der medizinischen Versorgung durch öffentliche Stellen gewährleistet. Die vorbeugende Medizin war verfassungsrechtlich in Art. 35 VerfDDR verankert. Einen vergleichbaren Passus im Grundgesetz gibt es nicht. Bei diesem Punkt soll es jedoch nicht um die Frage nach einer möglichen verfassungsrechtlichen Verankerung im GG gehen, sondern vielmehr um eine Diskussion, wie der Schutz der Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung durch die Änderung von Eigentumsverhältnissen wieder in die Aufgabenerfüllung von staatlichen Institutionen fällt. Sofern eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens nicht angestrebt wird, sollte Klinikkonzernen insoweit Grenzen gesetzt werden als dass die Erzielung von Gewinnen die medizinische Betreuung beeinträchtigt. Es sollten Überlegungen getroffen werden, die Reserven von Medikamenten oder anderem medizinischen Material beinhalten. Ferner sollte auch über eine Mindestanzahl an freien Klinikbetten diskutiert werden. Denn ohne politische Grenzsetzung wird sich kein Konzern dazu bereit erklären, diese Maßnahmen von selbst auszuführen.<sup>104</sup>

Ein weiterer Punkt, der im Zuge der Globalisierung und digitalen Vernetzung dringend einer Neuerung unterzogen werden sollte, ist der Komplex der Öffentlichkeitsarbeit im Allgemeinen und der Krisenkommunikation. Eine angemessene Risikokommunikation, welche verständlich für alle Informationen gibt ohne dabei Panik zu schüren, ist im Zeitalter der sozialen Medien alles andere als einfach durchzusetzen. Heute kann die Ausbreitung einer Pandemie in Echtzeit beobachtet werden. Auch eine vermeidliche Berichterstattung kann durch die sozialen Medien von einer einzelnen Person ohne Referenzen verbreitet werden. Aus diesem Grund sind Verschwörungstheorien wieder in aller Munde, Chatgruppen propagieren zum Teil volksverhetzende Inhalte und gegen all diese Informationsflut muss die Regierungen einen Weg finden, der breiten Masse der Bevölkerung das tatsächliche Ausmaß der Lage zu verdeutlichen. Doch gerade eine gut funktionierende Krisenkommunikation kann bei der Bewältigung einer Pandemie hilfreich sein. Aus diesem Grund sollten gerade in diesem Bereich Neuerungen stattfinden, die es Verschwörungstheoretikern und Volksverhetzer schwermachen, ihre Argumente zu begründen.

Im Zuge der SARS-CoV-2 Pandemie wurde die Diskussion zur Einführung einer Impfpflicht, wie sie es in DDR gab, wieder entfacht. Dazu sei gesagt, dass eine öffentlichkeitswirksame Impfkampagne und saubere Berichterstattungen in der Regel ausreichen, um das nötige Impfniveau in der Bevölkerung zu erreichen. Das Für und Wider

---

<sup>104</sup> Vgl. Harmsen, *Es ging auch ohne WHO: Der durchaus intelligente Pandemie-Plan der DDR*, 2020

einer Einführung der Impfpflicht sollte aber dennoch im Novellierungsprozess der Pandemieplanung einer Erörterung unterzogen werden.

Wichtig für eine überarbeitete Pandemieplanung ist, dass dies auf Grundlage von breiten Debatten der Fachöffentlichkeit geschieht und auch die historisch gewachsen und bewerteten Strukturen Anwendung finden. Nur aufgrund von umfangreich ausgewerteten „lessons learned“, also gemachten Erfahrungen, können Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pandemieplanung und des Krisenmanagements zu gesundheitlichen Schadenslagen im Allgemeinen gezogen werden. Die Arbeit hat gezeigt, dass die 1970 gefassten Maßnahmen der DDR ihrer Zeit voraus waren, doch aufgrund des strukturellen Aufbaus der BRD nur wenig bis keine Anwendung finden können. Dennoch sollten sie im Zuge einer Novellierung insoweit einbezogen werden, als dass sie als Anstoß eines fachlichen Disputs genutzt werden können. Abschließend lässt sich festhalten, dass sowohl die DDR als auch die BRD ihrer Vorsorgepflicht insoweit nachgekommen sind, als dass Pläne zur Verhütung und Bekämpfung von Grippepandemien erstellt wurden. Der historische Umgang mit pandemischen Geschehen war aufgrund der politischen Ideologie von großen Unterschieden geprägt. Wer in Bezug auf die Bewältigung der Hongkong-Grippe (1968-1970) die bessere Strategie besaß, kann aufgrund der unterschiedlichen Art und Ausführung der Datenerhebung nicht mehr festgestellt werden. Es sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass die Überlegungen der DDR-Regierung durchaus als mögliche Grundlage für ein Aufgreifen von Novellierungsstrategien genutzt werden kann.

## Kernsätze

- 1 Der Umgang mit vergangenen Grippeepidemien im geteilten Deutschland war von starken Kontrasten geprägt, dies ist unter anderem auch auf die unterschiedlichen ideologischen Vorstellungen der politischen Machtstrukturen in DDR und BRD zurückzuführen.
- 2 Das Führungsdokument des Ministers für Gesundheitswesen kann als inhaltlicher Vorläufer für den „influenza preparedness plan“ der WHO und den NPP angesehen werden.
- 3 Der Föderalismus kann im Rahmen der Pandemieplanung aufgrund einer der örtlichen Situation entsprechenden Maßnahmenergreifung zu einer guten Pandemiebewältigung beitragen.
- 4 Eine teilweise Rückverstaatlichung des Gesundheitswesens, insbesondere von Krankenhäuser, sollte im Rahmen einer Novellierung der Pandemieplanung in Betracht gezogen werden, um eine adäquate Bettenkapazität für den Ernstfall bereitstellen zu können.
- 5 Außerhalb einer Influenzapandemie sollte die Maßnahmenplanung vorangetrieben werden, um in einem drohenden Ernstfall auf eine angemessene Handlungsstrategie zurückgreifen zu können.

## **Anhang**

### **Führungsdokument des Ministers für Gesundheitswesen**

*gloach / Ort*

Ministerrat der  
Deutschen Demokratischen Republik  
Ministerium für Gesundheitswesen  
- Der Minister -

| Vertrauliche Dienstzache |          |      |           |
|--------------------------|----------|------|-----------|
| Wachst. in<br>Dienst     | Lfd. Nr. | Jahr | Ausf. Nr. |
| HA III                   | 50       | 70   | 52        |

F ü h r u n g s d o k u m e n t  
des Ministers für Gesundheitswesen zur Verhütung und  
Bekämpfung von Grippeepidemien

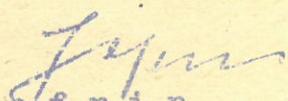
- 1 9 7 0 -

F ü h r u n g s d o k u m e n t  
des Ministers für Gesundheitswesen zur Verhütung und  
Bekämpfung von Grippeepidemien

Das Führungsdokument regelt die Leitungsbeziehungen und die Arbeitsweise der Zentralen Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten und ihres Operativstabes bei der Durchführung von Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Grippeepidemien.

Das Führungsdokument tritt mit Wirkung vom 19. November 1970 in Kraft.

Bestätigt:

  
S i f r i n  
Minister für Gesundheitswesen  
Vorsitzender der Zentralen Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten

## Inhaltsverzeichnis

|  |          |
|--|----------|
| 1. Festlegung und Charakteristik von Situationsstufen        | Seite 1  |
| 2. Leitung der antiepidemischen Maßnahmen                    | Seite 2  |
| 2.1. Leitung der antiepidemischen Maßnahmen in der Stufe I   | Seite 2  |
| 2.2. Leitung der antiepidemischen Maßnahmen in der Stufe II  | Seite 5  |
| 2.3. Leitung der antiepidemischen Maßnahmen in der Stufe III | Seite 9  |
| 3. Schlußbestimmungen  | Seite 12 |
| 4. Arbeitskarten   | Seite 13 |
| 5. Auskunftsunterlagen                                       | Seite 13 |

## 1. Festlegung und Charakteristik von Situationsstufen;

Für die Leitung der Verhütung und Bekämpfung der Grippe und der grippeähnlichen Erkrankungen werden für die antiepidemischen Maßnahmen entsprechend der jeweiligen epidemiologischen Situation 3 Stufen festgelegt.

Charakteristik der epidemiologischen Situationsstufen

### Stufe I

#### Interepidemische Stufe (Basissituation)

Kennzeichen:

- Der Krankenstand an Grippe und grippeähnlichen Erkrankungen entspricht dem jahreszeitlichen Durchschnitt.
- Vorliegen von Einzelerkrankungen und Erkrankungen kleiner Gruppen.

### Stufe II

#### Präepidemische Stufe (Vorstufe einer möglichen Epidemie)

Kennzeichen:

- Anstieg der wöchentlichen Neuerkrankungen auf das Dreifache gegenüber dem Tiefstwert der Stufe I bei lokalen Häufungen von Erkrankungen.
- Anzeichen einer epidemischen Situation in einem Nachbarland.
- Auftreten einer neuen Erregervariante.

### Stufe III

#### Epidemische Stufe (Ausbreitung einer Epidemie)

Kennzeichen:

- Sprunghafter Anstieg der Erkrankungshäufigkeit auf mehr als das Vierfache der Stufe I.

## 2. Leitung der antiepidemischen Maßnahmen

Die Leitung der Maßnahmen erfolgt in einem den Situationsstufen entsprechenden System.

### 2.1. Leitung der antiepidemischen Maßnahmen in der - Basissituation Stufe I - - - - -

Die Leitung der Maßnahmen erfolgt durch den Minister für Gesundheitswesen in unmittelbarer Verantwortung der Strukturelemente des Ministeriums für Gesundheitswesen.

Sie bestehen in der

#### 2.1.1. kontinuierlichen Analyse der epidemiologischen Situation durch Auswertung der

- wöchentlichen Erkrankungszahlen und Sterbeziffern
- AU-Statistik der Verwaltung der Sozialversicherung
- virologisch-serologischen Untersuchungsergebnisse
- Immunitätslage der Bevölkerung
- Information des Regionalen Zentrums für respiratorische Viren der WHO in Moskau
- Mitteilungen und Fallinformation der Ministerien der befreundeten sozialistischen Länder
- Meldungen der internationalen Nachrichtendienste und der Massenmedien
- epidemiologischen Berichte der WHO
- Meldungen des Weltgrippezentrums in London und der Virus unit in Genf.

verantwortlich: Staatliche Hygieneinspektion unter Einbeziehung des Zentrallaboratoriums für Respiratorische Viren - Grippe-Zentrum der DDR -

- des Verbrauchs von Arzneimitteln, insbesondere Grippe-  
mitteln.

verantwortlich: HA VI

2.1.2. Gestaltung eines Systems von Maßnahmen zur Durchsetzung der  
gesunden Lebensweise und Stärkung der natürlichen Abwehrkräfte

- Gestaltung gesundheitsfördernder Maßnahmen in allen Lebens-  
bereichen (regelmäßige sportliche Betätigung, täglicher  
Aufenthalt im Freien, ausreichender Schlaf usw.)
- Durchsetzung der persönlichen und allgemeinen Hygiene
- Durchsetzung einer Ernährung, die dem Vitaminbedarf ent-  
spricht
- Beseitigung erkrankungsbedingender Ursachen
- Öffentlichkeitsarbeit.

verantwortlich: HA II, HA III, Staatliche  
Hygieneinspektion

unter Einbeziehung des Nationalen Komitees  
für Gesundheitserziehung in der DDR

2.1.3. Sicherstellung der Entwicklung, Produktion und Bereitstellung  
von Grippeimpfstoffen sowie der Organisierung spezifischer pro-  
phylaktischer Schutzmaßnahmen (Gripeschutzimpfung u. a.).

verantwortlich: HA II, HA III, HA VI

unter Einbeziehung der Erzeugnisgruppe Sera  
und Impfstoffe

2.1.4. Sicherstellung der Entwicklung eines funktionstüchtigen System  
der Grippelabordiagnostik und der Bereitstellung entsprechende  
Testantigene.

verantwortlich: HA III in Zusammenarbeit  
mit dem Zentrallaboratorium  
für Respiratorische Viren und  
den Produzenten

2.1.5. Gewährleistung der materiellen Sicherstellung der medizinischen Betreuung der Bevölkerung durch

- Deckung des Bedarfs an Arzneimitteln und gleichgestellten Erzeugnissen aus den Planbeständen der Zirkulation

- Überwachung der Umsatz- und Bedarfsentwicklung für die Arzneimittel des Grippeassortiments.

verantwortlich: HA VI

2.1.6. Turnusmäßige Information an die Leitung des Ministeriums für Gesundheitswesen über die Entwicklung der epidemiologischen Situation als Grundlage für die Information von Partei- und Staatsführung.

verantwortlich: Staatliche Hygieneinspektion

2.1.7. Monatliche Information an die Leitung des Ministeriums für Gesundheitswesen über die Umsatz- und Bestandsentwicklung von Grippearzneimitteln.

verantwortlich: HA VI

2.1.8. Ständiger Informationsaustausch zwischen den Strukturelementen HA II, HA III und HA VI unter Einbeziehung der Abt. I über die epidemiologische Situation und die zu erwartende Entwicklungstendenz sowie die Umsatz- und Bedarfsentwicklung von Grippearzneimitteln.

verantwortlich: HA II, HA III, HA VI

2.1.9. Einberufung der Zentralen Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten und deren Operativstab Anfang November eines jeden Jahres, sofern nicht auf Grund des Vorliegens der Stufen II und III diese Gremien bereits ihre Tätigkeit aufgenommen haben. Der einberufene Operativstab arbeitet in dieser Situationsstufe noch nicht ständig.

verantwortlich: Leiter des Operativstabes  
der Zentralen Kommission

2.2. Leitung der antiepidemischen Maßnahmen in der - präepidemischen Situation - Stufe II - - - - -

In der präepidemischen Situation stützt sich der Minister bei der Leitung und Koordinierung der antiepidemischen Maßnahmen auf die Zentrale Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten und deren Operativstab.

Auf der Grundlage der Information der Staatlichen Hygieneinspektion über die Entwicklung einer präepidemischen Situation wird die Zentrale Kommission durch ihren Vorsitzenden einberufen. Der Operativstab nimmt seine Tätigkeit entsprechend der epidemiologischen Situation zeitweilig bzw. ständig auf, die Entscheidung darüber wird durch den Leiter des Operativstabes getroffen.

2.2.1. Zusammensetzung des Operativstabes:

der Operativstab erhält folgende Zusammensetzung:

Leiter:                    Leiter der Staatlichen Hygieneinspektion  
Erster Stellv.:       Stellv. des Leiters der HA II *Tracy*  
Zweiter Stellv.:       Stellv. des Leiters der HA VI  
Mitarbeiter:            Leiter der Inspektion Seuchenschutz der Staatlichen Hygieneinspektion  
                          Leitende Mitarbeiter der Abt. I  
                          Sekretärin und technische Mitarbeiter der Strukturelemente

Die Leiter der Strukturelemente HA II, HA VI und Abt. I haben das Recht, für die Wahrnehmung der Aufgaben zu ihrer Vertretung leitende Mitarbeiter aus ihren Strukturelementen in den Operativstab zu delegieren. Den verantwortlichen Mitarbeitern im Operativstab stehen entsprechende Arbeitsgruppen aus ihrem Verantwortungsbereich zur unmittelbaren Durchführung von Aufgaben zur Verfügung. Durch das BM wird die Raumfrage des Operativstabes geklärt.

2.2.2. Aufgaben des Operativstabes:

Die Aufgaben des Operativstabes bestehen vorwiegend in der Vorbereitung und Durchsetzung der Beschlüsse der Zentralen Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten und der Vorbereitung der Entscheidungen des Vorsitzenden der Zentralen Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten.

Die Leitung der Maßnahmen erfolgt durch den Minister für Gesundheitswesen gestützt auf die ständige Tätigkeit und Entscheidungsvorbereitung des Operativstabes.  
Sie bestehen in der:

- 2.2.3. Information durch den Vorsitzenden der Zentralen Kommission an die Vorsitzenden der Bezirkskommissionen zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten über die zentrale Auslösung des Systems der antiepidemischen Maßnahmen und Anweisung zur Einberufung der Bezirks- und Kreiskommissionen und deren Operativstäbe, soweit dies bereits noch nicht erfolgt ist.
- 2.2.4. Kontinuierliche Analyse der epidemiologischen Situation durch Auswertung der
- Information entsprechend der Stufe I unter Verkürzung der Berichterstattungszeiträume entsprechend der Situation
  - einzuführende Repräsentativerhebung des Krankenstandes in einer Schule und einem Kindergarten eines jeden Kreises
  - einzuführende Repräsentativerhebung über den spezifischen "Grippekrankenstand" in einer Schule und einem Schwerpunktbetrieb, die Anzahl der in der Berichtswoche durch eine größere poliklinische Einrichtung ambulant behandelten Grippekranken sowie die Anzahl der stationären Neuaufnahmen Grippeerkrankter in einer repräsentativen stationär-medizinischen Einrichtung in den 18 strukturpolitischen Schwerpunkten
  - Untersuchungsergebnisse aus der verstärkten virologisch-serologischen Diagnostik
  - innerhalb der epidemiologischen Wochenberichterstattung einzuführende Meldung über die Anzahl der in den Bezirken hospitalisierten Grippekranken.

- 2.2.5. Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung der Bevölkerung über situationsgerechte Verhaltensweisen.
- 2.2.6. Sicherstellung und Kontrolle der Durchführung spezifischer prophylaktischer Schutzmaßnahmen (Gripeschutzimpfung u. a.).
- 2.2.7. Sicherstellung der stationär- und ambulant-medizinischen Betreuung im Rahmen der Tätigkeit der Einrichtung des Gesundheitswesens und Vorbereitung von Maßnahmen zur stabsmäßigen Führung der medizinischen Betreuung im Epidemiefall unter Berücksichtigung der
- Vorbereitung der Gewährleistung des ansteigenden Bedarfs an Hausbesuchen durch Einsatz von Ärzten auch anderer Fachdisziplinen, erforderlichenfalls auch Medizinstudenten älterer Semester
  - Vorbereitung der Sicherstellung des Krankentransports und des Hausbesuchsdienstes durch zusätzliche Transportmittel, ggf. auch Taxi's
  - Information der Ärzte über die epidemiologische Entwicklung, Erfahrungen bei der Bekämpfung von Grippeepidemien und der Behandlung Erkrankter verbunden mit der Durchsetzung von Therapieempfehlungen und entsprechenden Kurzkrankschreibungen
  - Vorbereitung der Sicherstellung der stationär-medizinischen Betreuung unter entsprechender Erweiterung der Bettenkapazität auf der Grundlage der Festlegungen der Seuchenbekämpfungspläne und Gewährleistung der personellen Absicherung der stationären Betreuung.
- 2.2.8. Gewährleistung der materiellen Sicherstellung der medizinischen Betreuung der Bevölkerung durch
- Deckung des Bedarfs an Arzneimitteln und gleichgestellten Erzeugnissen aus den Planbeständen der Zirkulation

- Bildung einer Arbeitsgruppe "materiell-technische Sicherstellung" im Rahmen des Operativstabes, der Vertreter des SVPM, des AHB intermed, der pharmazeutischen Industrie und je nach der Situation Vertreter anderer Bereiche angehören

- Festlegung von Maßnahmen mit dem SVPM zur zentralen Steuerung des Warenflusses und Erarbeitung von Einsatzplänen der Bestände und Reserven

- Vorbereitung zur Erweiterung des Informationssystems des pharmazeutischen Großhandels auf tägliche Operativinformationen über die Bestands- und Umsatzentwicklung im Grippe-sortiment

- Beratungen mit der pharmazeutischen Industrie und Festlegung zu ergreifender Maßnahmen wie

Einführung einer besonderen Leitungskontrolle für die Produktion und Auslieferung von Grippearzneimitteln

rohstoffseitige, kapazitäts- und verpackungsmäßige Absicherung der Produktion

Präzisierung des Rahmen-Maßnahmeplanes zur kurzfristigen Umstellung der Produktion der pharmazeutischen Industrie auf die Herstellung von Grippearzneimitteln

Absicherung des Transports-, Arbeitskräfte-, Material- und Energiebedarfs der pharmazeutischen Industriebetriebe und Versorgungseinrichtungen (Versorgungsdppots und Apotheken) des Gesundheitswesens durch die örtlichen bzw. zentralen Staatsorgane

Einführung täglicher Operativinformationen über den Stand der Produktion und deren Auslieferung und .. soweit erforderlich - Festlegung analoger Maßnahmen mit den Produktionsbetrieben medizinischer Erzeugnisse.

- 2.2.9. Kontrolle der Durchsetzung der eingeleiteten Maßnahmen unter Anleitung und Kontrolle der Leiter des Gesundheits- und Sozialwesens der örtlichen Organe der Staatsmacht und deren nachgeordneten Einrichtungen zur Wahrnehmung der Aufgabenstellung in den Stufen II und III.
- 2.2.10. Turnusmäßige Information unter Verkürzung der Berichterstattungszeiträume an die Leitung des Ministeriums für Gesundheitswesen über die Entwicklung der epidemiologischen Situation als Grundlage für die Information von Partei- und Staatsführung.
- 2.2.11. Ständiger Informationsaustausch zwischen dem Operativstab und den Strukturelementen HA II, HA III und HA VI unter Einbeziehung der Abteilung I.

2.3. Leitung der antiepidemischen Maßnahmen in der - epidemischen Situation - Stufe III -----

In der epidemischen Situation stützt sich der Minister bei der Leitung und Koordinierung der antiepidemischen Maßnahmen auf die Zentrale Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten und deren Operativstab.

Auf der Grundlage der Information des Leiters des Operativstabes über die Entwicklung einer epidemischen Situation wird die Durchführung der antiepidemischen Maßnahmen entsprechend der Stufe III durch die Zentrale Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten festgelegt. Soweit nicht bereits in Stufe II veranlaßt, erfolgt die Erweiterung der Zentralen Kommission durch zusätzliche Berufung von Mitarbeitern weiterer staatlicher Organe (z. B. Ministerium für Chemische Industrie).

Der Operativstab nimmt seine ständige Tätigkeit auf.

2.3.1. Zusammensetzung des Operativstabes:

*Bezeichnet* Der Operativstab wird durch weitere Mitarbeiter der Strukturelemente HA II, Staatliche Hygieneinspektion, HA VI soweit erforderlich der Abt. I und technisch-organisatorische Mitarbei-

ter erweitert. Für den Operativstab wird durch die Fahrbereitschaft des Ministeriums für Gesundheitswesen zweckgebunden der Einsatz eines Kfz gesichert.

### 2.3.2. Aufgaben des Operativstabes:

Die Aufgaben des Operativstabes bestehen vorwiegend in der Vorbereitung und Durchsetzung der Beschlüsse der Zentralen Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten und der Vorbereitung der Entscheidungen des Vorsitzenden der Zentralen Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten. Die Leitung der Maßnahmen erfolgt durch den Minister für Gesundheitswesen gestützt auf die ständige Tätigkeit und Entscheidungsvorbereitung des Operativstabes.

Sie bestehen in der:

2.3.3. Information durch den Vorsitzenden der Zentralen Kommission zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten an die Vorsitzenden der Bezirkskommissionen zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten über die zentrale Auslösung des Systems der antiepidemischen Maßnahmen und Anweisung zur Aufnahme der ständigen Tätigkeit der Bezirks- und Kreiskommissionen und deren Operativstäbe, soweit dies noch nicht erfolgt ist.

2.3.4. Kontinuierliche Analyse der epidemiologischen Situation durch Auswertung der

- Informationen entsprechend den Stufen I und II unter Verkürzung der Berichterstattungszeiträume entsprechend der Situation
- Untersuchungsergebnisse aus der mit der Zielstellung der Anzüchtung des epidemiespezifischen Erregertyps intensivierter virologisch-serologischer Diagnostik
- der Situationsanalysen durch die Grippe-Expertengruppe.

2.3.5. Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung der Bevölkerung über situationsgerechte Verhaltensweisen unter Einschaltung der Massenkommunikationsmittel.

2.3.6. Beendigung der Grippe-Schutzimpfung.

2.3.7. Sicherstellung der stationär- und ambulant-medizinischen Betreuung der Bevölkerung durch:

- Einsatz von Ärzten anderer Fachdisziplinen und Medizinstudenten älterer Semester im Hausbesuchsdienst
- Sicherstellung des Krankentransports und des Hausbesuchsdienstes durch zusätzliche Transportmittel, ggf. auch Taxi's
- Information der Ärzte über die epidemiologische Entwicklung, Erfahrungen bei der Bekämpfung von Grippeepidemien und der Behandlung Erkrankter verbunden mit der Durchsetzung von Therapieempfehlungen und entsprechenden Kurzkrankschreibungen
- Absicherung der stationär-medizinischen Betreuung auf der Grundlage der Festlegungen der Seuchenbekämpfungspläne.

2.3.8. Gewährleistung der materiellen Sicherstellung der medizinischen Betreuung der Bevölkerung durch

- Deckung des Bedarfs an Arzneimitteln und gleichgestellten Erzeugnissen aus den Beständen und Reserven
- Tägliche Operativinformation des Staatlichen Versorgungskontors für Pharmazie und Medizintechnik über die Bestands- und Umsatzentwicklung im Grippeassortiment sowie weiterer festgelegter Erzeugnisse
- Tägliche Operativinformation der pharmazeutischen Industrie und ggf. anderer festgelegter Produktionsbetriebe über den Stand der Produktion und Auslieferung von Grippearzneimitteln sowie weiterer festgelegter Erzeugnisse
- Zentrale Steuerung des Warenflusses im Grippeassortiment entsprechend den Bedarfsschwerpunkten
- Operative Produktionssteuerung und - soweit erforderlich - Umstellung auf Schwerpunktproduktion von Grippearzneimitteln und weiterer festgelegter Erzeugnisse

- desweiteren sind die bereits in der Stufe II eingeleiteten bzw. konzipierten Maßnahmen wirksam.

- 2.3.9. Kontrolle der Durchsetzung der eingeleiteten Maßnahmen unter Anleitung und Kontrolle der Leiter des Gesundheits- und Sozialwesens der örtlichen Organe der Staatsmacht und deren nachgeordneten Einrichtungen zur Wahrnehmung der Aufgabenstellung der Stufe III.
- 2.3.10. Turnusmäßige Information unter Verkürzung der Berichterstattungszeiträume an die Leitung des Ministeriums für Gesundheitswesen über die Entwicklung der epidemiologischen Situation als Grundlage für die Information an Partei- und Staatsführung.
- 2.3.11. Ständiger Informationsaustausch zwischen dem Operativstab und den Strukturelementen HA II, HA III und HA VI unter Einbeziehung der Abt. I.

### 3. Schlußbestimmungen

- 3.1. Der Leiter des Operativstabes ist federführend unter Wahrnehmung der Eigenverantwortung durch die Strukturelemente HA II, HA III und HA VI und Einbeziehung der Abt. I für die jährliche Überarbeitung des Führungsdokumentes bis zum 1. 7. eines jeden Jahres verantwortlich.
- 3.2. Die Leiter der Strukturelemente HA II, HA III, HA III - Staatliche Hygieneinspektion - und HA VI sind für die ständige Ergänzung und Aktualisierung der Arbeitskarten und der Auskunftsunterlagen verantwortlich.
- 3.3. Das Führungsdokument erhalten:  
der Minister für Gesundheitswesen  
der Staatssekretär des Ministeriums für Gesundheitswesen  
die Stellvertreter des Ministers für Gesundheitswesen  
die Leiter der Hauptabteilungen II, III, VI und der Abt. I  
der Leiter der Staatlichen Hygieneinspektion

### Arbeitskarten

#### DDR-Karte (Wandkarte)

Legende über taktische Zeichen der:

Hygiene-Institute der Bezirke,  
Informationskliniken,  
virologisch-serologische Laboratorien und des ZL für Respirato-  
rische Viren,  
VVB Pharmazeutische Industrie,  
ausgewählte pharmazeutische Betriebe,  
Versorgungsdepots und des Staatlichen Versorgungskontors für  
Pharmazie und Medizintechnik,  
Bezirksapotheken und des DIAR,  
wichtige stationär- und ambulant-medizinische Einrichtungen.

Tabellen über:

- Anschriften der genannten Einrichtungen, die Namen der Leiter dieser Einrichtungen sowie deren Stellvertreter, Namen der Bezirksärzte und deren Stellvertreter, Angaben über deren telefonische Erreichbarkeit.
- Angaben über Kapazitätskennziffern der virologischen Abteilungen der Hygiene-Institute der Bezirke.

### Auskunftsunterlagen

- Übersicht über die Entwicklung der Grippe und der grippeähnlichen Erkrankungen im Vergleich zu den Vorjahren
- Übersichten zur Grippe-Impfstoffproduktion, zur Bereitstellung von Impfstoffen und zur Reservehaltung sowie zum Durchimpfungsgrad
- Übersichten zur Bestands- und Umsatzentwicklung der wichtigsten Arzneimittel des Grippeassortiments im Bereich des Großhandels sowie über Störungsmeldungen der pharmazeutischen Industrie über Produktions- bzw. Auslieferungsrückstände und des Außenhandels über Importschwierigkeiten bei Grippearzneimitteln
- Übersichten zur Gewährleistung der stationär- und ambulant-medizinischen Betreuung.

## Literaturverzeichnis

- Akademie für Staats- und Rechtswissenschaft der DDR** (Hrsg.): *DDR. Gesellschaft Staat Bürger*. 1. Auflage, Berlin, 1977
- Akademie für Staats- und Rechtswissenschaft der DDR** (Hrsg.): *Staatsrecht der DDR*. 1. Auflage, Berlin, 1974
- Akademie für Staats- und Rechtswissenschaft der DDR** (Hrsg.): *Verwaltungsrecht. Lehrbuch*. 1. Auflage, Berlin, 1979
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (Hrsg.): *Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung*. 2020, verfügbar unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung> [Zugriff am 25.06.2021]
- Degenhart, Christoph**: *Staatsrecht I. Staatsorganisationsrecht mit Bezügen zum Europarecht. Lehrbuch, Entscheidungen, Gesetzestexte (Kindle Edition)*. 35. Auflage, Heidelberg, 2019
- Deutscher Bundestag** (Hrsg.): *Kleine Anfrage der Abgeordneten Jan Korte, Sevim Dağdelen, Susanne Ferschl, Sylvia Gabelmann, Dr. André Hahn, Ulla Jelpke, Dr. Achim Kessler, Zaklin Nastic, Friedrich Straetmanns, Dr. Kirsten Tackmann, Harald Weinberg, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau) und der Fraktion DIE LINKE. Lehren aus den Pandemieplänen der Deutschen Demokratischen Republik*. Drucksache 19/24316, 16. November 2020
- Deutscher Bundestag** (Hrsg.): *Unterrichtung durch die Bundesregierung - Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012*. Drucksache 17/12051, 03. Januar 2013
- Deutscher Bundestag** (Hrsg.): *Plenarprotokoll 05/155 - 5. Wahlperiode 155. Sitzung. Bonn, den 13. Februar 1968, S. S. 7935 (C) - 7935 (D)*
- Deutscher Bundestag** (Hrsg.): *Plenarprotokoll 05/194 - 5. Wahlperiode 194. Sitzung. Bonn, den 13. November 1968, S. 10453 (C) - 10453 (D)*
- Hager, Nina**: *„Erfahrungen aus der DDR sind nicht verjährt“*, 2020, verfügbar unter: <https://www.unsere-zeit.de/erfahrungen-aus-der-ddr-sind-nicht-verjaehrt-131075/> [Zugriff am 27.06.2021]
- Harmsen, Torsten**: *Es ging auch ohne WHO: Der durchaus intelligente Pandemie-Plan der DDR*. 2020, verfügbar unter: <https://www.berliner-zeitung.de/zeitenwende/warum-die-ddr-lange-vor-der-bundesrepublik-und-der-who-einen-pandemieplan-hatte-li.81307> [Zugriff am 27.06.2021]
- Institut für Theorie des Staates und des Rechts der Akademie der Wissenschaften der DDR** (Hrsg.): *Marxistisch-leninistische Staats- und Rechtstheorie*. 2. Auflage, Berlin, 1975
- Lapp, Peter Joachim**: *Der Ministerrat der DDR. Aufgaben, Arbeitsweise und Struktur der anderen deutschen Regierung*, Opladen, 1982

**Landesdirektion Sachsen** (Hrsg.): *Verwaltungsstruktur*, 2019, verfügbar unter: [https://www.ids.sachsen.de/?ID=4120&art\\_param=373](https://www.ids.sachsen.de/?ID=4120&art_param=373) [Zugriff am 24.06.2021]

**Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik** (Hrsg.): Führungsdokument des Ministers für Gesundheitswesen zur Verhütung und Bekämpfung von Grippeepidemien, 1970, BArch DQ 1 (Ministerium für Gesundheitswesen)/1984

**Püttner, Günter; Borchmann, Micheal**: *Handbuch der kommunalen Wissenschaft und Praxis. Band 2 Kommunalverfassung*. 2. Auflage, Berlin, 1981

**Rengeling, David**: *Vom geduldigen Ausharren zur allumfassenden Prävention. Grippe-Pandemien im Spiegel von Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit*. 1. Auflage, Baden-Baden, 2017

**Rengeling, David**: Die Corona-Pandemie 2020 – über eine allumfassende Prävention hinaus. *N.T.M.* 2020 28, 07. Mai 2020, S. 211-217

**Robert Koch Institut** (Hrsg.): *Nationaler Pandemieplan Teil I - Strukturen und Maßnahmen*. 2017, verfügbar unter: [https://www.gmkonline.de/documents/pandemieplan\\_teil-i\\_1510042222\\_1585228735.pdf](https://www.gmkonline.de/documents/pandemieplan_teil-i_1510042222_1585228735.pdf) [Zugriff am 28.05.2021]

**Robert Koch Institut** (Hrsg.): *Was ist eine Pandemie?*, 2009, verfügbar unter: <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Pandemie/FAQ18.html> [Zugriff am 26.05.2021]

**Weichelt, Wolfgang**: *Der sozialistische Staat - Hauptinstrument der Arbeiterklasse zur Gestaltung der sozialistischen Gesellschaft*. 1. Auflage, Berlin, 1972

**Witte, Wolfgang**: Die Grippepandemie 1968-1970: Strategien der Krisenbewältigung im getrennten Deutschland. *DMW* 36/Nr. 51/52, 2011, S. 2664-2668

## Rechtsquellenverzeichnis

**Anordnung über das Statut des Staatlichen Versorgungskontors für Pharmazie und Medizintechnik** i. d. F. der Bekanntmachung vom 27. Dezember 1965 (GBl. DDR II Nr. 4, S. 15)

**Gesetz über den Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik** i. d. F. der Bekanntmachung vom 16. Oktober 1972 (GBl. DDR I S.253)

**Gesetz über die örtlichen Volksvertretungen in der Deutschen Demokratischen Republik** i. d. F. der Bekanntmachung vom 04. Juli 1985 (GBl. DDR I Nr. 18 S.213)

**Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland** i. d. F. der Bekanntmachung vom 23. Mai 1949 (BGBl. S. 1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 29. September 2020 (BGBl. I S. 2048)

**Infektionsschutzgesetz** i. d. F. der Bekanntmachung vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Mai 2021 (BGBl. I S. 1174)

**Infektionsschutzgesetz-Zuständigkeitsverordnung** i. d. F. der Bekanntmachung vom 9. Januar 2019 (SächsGVBl. S. 83), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 8. Juni 2021 (SächsGVBl. S. 594)

**Statut des Ministeriums für Gesundheitswesen** i. d. F. der Bekanntmachung vom 25. September 1975 (GBl. DDR I Nr. 40 S. 673)

**Verfassung der Deutschen Demokratie** i. d. F. der Bekanntmachung vom 07. Oktober 1974 (GBl. DDR I S. 425)

**Verfassung des Freistaates Sachsen** i. d. F. der Bekanntmachung vom 27. Mai 1992 (SächsGVBl. S. 243), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 11. Juli 2013 (SächsGVBl. S. 502)

**Verordnung über die Staatliche Hygieneinspektion** i. d. F. der Bekanntmachung vom 11. Dezember 1975 (GBl. DDR I Nr. 2 S. 17)

## **Eidesstattliche Versicherung**

*Ich versichere hiermit an Eides Statt, dass ich die vorgelegte Bachelorarbeit selbstständig verfasst, nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie alle Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen wurden, als solche kenntlich gemacht habe und die Bachelorarbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt wurde.*

*Die gedruckte und digitalisierte Version der Bachelorarbeit sind identisch.*

*Meißen, Datum*

*Unterschrift*