**Eckpunkte zur Gestaltung der Übergangsphase der Corona-Pandemie:
Gezielte Diagnostik, gezielte Absonderung und gezielter Schutz, breite Kommunikation**

Nach zwei Jahren Corona-Pandemie eröffnen die breite Verfügbarkeit von Impfstoffen, vorwiegend mildere Krankheitsverläufe bei Infektionen mit der aktuell dominierenden Virusvariante Omikron und ein Basiswissen über Infektionsschutzmaßnahmen in weiten Teilen der Bevölkerung Perspektiven für einen Strategiewechsel. **Der „Pandemischen Phase“ folgt die Übergangsphase („Transition period“), in der bestehende Maßnahmen zunehmend zurückgeführt und schrittweise an diejenigen im Umgang mit anderen Infektionskrankheiten angepasst werden können**. Vertreterinnen und Vertreter der Länder haben dafür in einer Unterarbeitsgruppe der AOLG-AG Infektionsschutz Eckpunkte diskutiert. Sie können ein Beitrag sein zum „strukturierten Renormalisierungsprozess“, dessen Vorbereitung der Deutsche Ethikrat bereits in seiner Ad-Hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ im Frühjahr 2020 mittel- bis langfristig empfohlen hatte. Die Zeit dafür ist jetzt gekommen.

Entsprechend der im Nationalen Pandemieplan Teil I beschriebenen Ziele Protection (Schutz vulnerabler Gruppen) und Mitigation (Folgenminderung) geht es darum, **schwere Krankheitsverläufe zu verhindern und Krankheitsspitzen mit Überlastung der Versorgungsstrukturen zu vermeiden**. Dazu gehören das rechtzeitige Erkennen behandlungsbedürftiger Infektionen, deren bestmöglichen Therapie und der bestmögliche Schutz vulnerabler Gruppen, die aufgrund ihres Alters oder bestehender Vorerkrankungen ein hohes Risiko für schwere Krankheitsverläufe haben. **Darauf bauen die empfohlenen Maßnahmen auf:**
**Gezielte Diagnostik, gezielte Absonderung und gezielter Schutz , breite Kommunikation.**

**1. Weiterentwicklung der Surveillance und gezielte Diagnostik von SARS-CoV-2**

* Die tagesaktuelle Betrachtung reiner Fallzahlen verliert an Bedeutung. Augenmerk zunächst auf die Auslastung der Krankenhäuser und insbesondere der intensivmedizinischen Abteilungen.
* Weiterentwicklung der syndromischen und virologischen Surveillance akuter respiratorischer Erkrankungen, Ergänzung einer regionalisierten Betrachtung sowie ggf. bundesweites Panel zur systematischen Überwachung. Auf Laborebene Aufrechterhaltung der Genomanalyse.
* Gezielte Testung zur Diagnosesicherung, perspektivisch Abkehr von breit angelegten Testkonzepten für asymptomatische Personen, Antigenschnelltests primär in Eigenverantwortung.

**2. Gezielte Absonderung und gezielter Schutz**

* Weiterhin Absonderung infizierter Personen, weitere Vereinfachung von Zeiträumen, keine regehafte persönliche Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes in jedem Fall.

Quarantänepflicht für ungeimpfte und nicht genesene Haushaltsmitglieder, in allen anderen Fällen eigenverantwortliches Handeln. Zukünftig Ersatz Quarantänepflicht durch Tätigkeitsverbote nach § 31 IfSG bei Tätigkeit mit Gefährdung Dritter.

* Maskentragen bleibt eine wichtige und effektive Maßnahme des Primärschutzes.
* Aufhebung der 2G Plus- und 3G-Zugangsbeschränkungen im Zuge der schrittweisen Abkehr von großflächig angelegten ungezielten Testungen.

**3: Breite Kommunikation**

* Klarheit schaffen über die entscheidenden Infektionsschutzmaßnahmen, die beizubehalten sind („Was bleibt und hilft?“): Impfung, Infektionsschutzmaßnahmen/Risikoreduktion in Eigenverantwortung.
* Leicht verständliche Information im Rahmen einer bundesweiten Kampagne, die auf Änderungen vorbereitet und die Bevölkerung mitnimmt. Verständnis und Wissen sichern die Kooperationsbereitschaft.

**Die Handlungsfelder im Einzelnen**

**Handlungsfeld 1: Weiterentwicklung der Surveillance und gezielte Diagnostik**

Eine verlässliche Datenbasis ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Pandemiebewältigung und die rechtssichere Begründung von Maßnahmen. Die aktuelle Infektionslage mit höchsten Fallzahlen bringt jedoch das einzelfallbasierte Meldesystem an seine Grenzen und zugleich spiegeln die Meldezahlen die Situation nicht vollständig wieder, da zahlreiche Infektionen unbemerkt bleiben.

**Vor diesen Hintergrund verliert die tagesaktuelle Betrachtung reiner Fallzahlen an Bedeutung**. Die Erfassung jedes Einzelfalls ist bei sehr hohen Inzidenzen nicht möglich und für die Lagebewertung nicht notwendig. **Der Verlauf des Infektionsgeschehens muss jedoch weiterhin anhand verschiedener Indikatoren verfolgt werden**. Ziele dabei sind die Aufrechterhaltung der Lageeinschätzung mittels der Surveillancedaten sowie die Entlastung der Gesundheitsämter.

* **Vordergründig ist das Augenmerk auf die Auslastung der Krankenhäuser und insbesondere der intensivmedizinischen Abteilungen zu richten.** Die 7-Tage-Inzidenz bleibt zumindest kurzfristig ein Parameter, der eine internationale Vergleichbarkeit ermöglicht.
* **Ausbau etablierter Systeme:** Instrumente für die syndromische und virologische Surveillance akuter respiratorischer Erkrankungen, die über das gesetzliche Meldewesen hinausgehen und weniger von Teststrategien abhängen, sind bereits etabliert. Sie **müssen weiterentwickelt werden**, so dass sie ab Herbst 2022 eine belastbare Einschätzung der Krankheitslast mit SARS-CoV-2 in der Bevölkerung, der ambulanten Versorgung und der stationären Versorgung ermöglichen.
* **Mittelfristig Aufbau weiterer Systeme für eine regionalisierte Betrachtung:** Bei einer kleinteiligeren und repräsentativen Surveillance könnten bspw. Fallzahlen summiert und zusätzlich regelhaft Detailinformationen festgelegter Parameter für eine repräsentative Stichprobe übermittelt werden. Zu prüfen ist ein **bundesweites, vom Meldesystem unabhängiges Panel zur systematischen kontinuierlichen Überwachung der Infektionsdynamik von SARS-CoV-2** sowie anderen potentiell pandemischen Erregern zweckmäßig sein (z. B. aufbauend auf RKI-SOEP).
* Das BMG und das RKI werden gebeten, ein Konzept zur Umstellung der Surveillance zu erarbeiten.
* **Auf Laborebene muss die Genomanalyse von SARS-CoV-2 aufrechterhalten werden**, um die Erkennung und Ausbreitung neuer bzw. besorgniserregender Varianten (Variants of Concern, VoC) frühzeitig zu erfassen.

**Wieder gezielt testen:** Testungen haben oberste Priorität für Diagnosesicherung und rechtzeitige Therapieentscheidungen. Es geht insbesondere darum, symptomatische Infektionen zu bestätigen und Erkrankte zu erkennen, die Risiken für einen schweren Krankheitsverlauf haben und ggf. eine rasche Behandlung benötigen. Die Testung aus medizinischen Gründen sollte bei bestehender Symptomatik weitestgehend im Rahmen der bestehenden Regelversorgung erfolgen.

* **Perspektivisch sollten breit angelegte Testkonzepte außerhalb von Einrichtungen mit vulnerablen Personengruppen verlassen werden.** In diesen Einrichtungen sollten präventive Testungen, falls notwendig, durch bestehende Strukturen der Einrichtung erfolgen; ggf. auch als serielle Testung.
* **Durchführung von Testungen mit Antigenschnelltests weitestgehend in Form von Selbsttests in Eigenverantwortung** (ggf. zur kostenlosen Abgabe durch den Bund) und damit einhergehend Auflösung der Teststellen/-zentren-Infrastruktur und Aufhebung der Vergütung dafür.

**Handlungsfeld 2: Gezielte Absonderung und gezielter Schutz**

Im Übergang von einem pandemischen zu einem endemischen Geschehen sind die bisher mit großem Einsatz durch die Gesundheitsämter durchgeführten Containment-Maßnahmen bei Kontaktpersonen nicht mehr zielführend. Aufwand und erzielbare eindämmende Wirkung auf das Infektionsgeschehen stehen nicht mehr in einem sinnvollen Verhältnis. Vielmehr müssen sich die Maßnahmen der Gesundheitsämter auf die Eindämmung von Ausbrüchen im Kontext vulnerabler Gruppen konzentrieren.

* **Isolation: Nachweislich infizierte Personen müssen sich weiterhin absondern;** eine Kontaktaufnahme mit jeder Indexperson ist jedoch nicht mehr erforderlich*.* Die bereits geschaffenen einheitlichen Regelungen sind ein wichtiger Schritt und geben Klarheit. Das RKI wird gebeten, weitere **Vereinfachungen auf wenige einheitliche Zeiträume** wie beispielsweise in den USA – 5 Tage Isolation bzw. 5 Tage Quarantäne sowie 5 weitere Tage Maskentragen – zu prüfen.

**Quarantäne:** Keine Quarantänepflicht für vollständig geimpfte/geboosterte/genesene Kontaktpersonen. Für ungeimpfte bzw. nicht genesene **Haushaltsmitglieder infizierter Personen** in einem Übergangszeitraum **weiterhin Quarantänepflicht,** da sieeinem besonders hohen Ansteckungsrisiko unterliegen. **In allen anderen Fällen keine Kontaktpersonen-Nachverfolgung mehr,** sondern Aufruf zu eigenverantwortlichem Handeln mit freiwilliger Kontaktreduktion, sorgfältiger Beachtung der AHA + L-Regeln, Testung und Symptom-Monitoring nach Risikokontakt. **Zukünftig sollte die Quarantänepflicht durch Tätigkeitsverbote nach § 31 IfSG bei einer Tätigkeit mit Gefährdung Dritter ersetzt werden**.

* In Situationen, in denen viele Menschen in Innenräumen aufeinandertreffen (Veranstaltungen, ÖPNV, Einzelhandel) ist das Tragen von **Masken** (möglichst FFP2) auch weiterhin eine wichtige und effektive Maßnahme des Primärschutzes. Der Wegfall der Maskenpflicht in diesen Bereichen ist daher eher ein langfristiges Ziel mit Blick auf die postpandemische Phase.
* Im Zuge der schrittweisen Abkehr von großflächig angelegten ungezielten Testungen sollten **auch 2G Plus- und 3G-Zugangsbeschränkungen** für bestimmte Bereiche des öffentlichen Lebens (z.B. Einzelhandel, Kulturveranstaltungen, Sportveranstaltungen) **schnell aufgehoben** werden.

**Handlungsfeld 3: Breite Kommunikation**

Krisenkommunikation muss die Menschen informieren und es ihnen ermöglichen, Risiken für sich und andere einzuschätzen und die entsprechenden Schutzmaßnahmen umzusetzen. Gerade bei einer Umstellung der Strategie ist eine transparente und verständliche Kommunikation zentral, da sich das jetzt notwendige und sinnvolle Vorgehen in vielen Aspekten von dem bisher propagierten unterscheidet.

* **Klarheit schaffen über die entscheidenden Infektionsschutzmaßnahmen:** Im Fokus steht nicht die Frage: „Was müssen wir abschaffen?“, sondern vielmehr: **„Was bleibt und hilft?“**. Durch eine hohe Impfquote und eigenverantwortliches Handeln kann der Weg zur Normalität beginnen: **Impfen macht den Unterschied!** Die **Nutzung persönlicher Infektionsschutzmaßnahmen**, insbesondere des Maskentragens, liegt perspektivisch in der Eigenverantwortung entsprechend der persönlichen Risikoakzeptanz.
* **Infektionen dürfen zugelassen werden!** Kinder und geimpfte Menschen erkranken in der Regel nicht schwer. Die Belastung des Gesundheitssystems wird weiter beobachtet, um ggf. Maßnahmen wieder einzuführen, wenn Überlastung droht. Nicht verschwiegen werden darf dabei die Long COVID-Problematik, auch hier ist verstärkte Aufklärung notwendig.
* **Von einer direktiv-paternalistischen Betreuung der Einzelfälle hin zu eigenverantwortlichem individuellem Handeln:** Es gilt die Erwartungshaltung zu verändern, dass **Indexfälle und Kontaktpersonen** umgehend einen Anruf des Gesundheitsamtes erhalten. Es stehen ausreichend Informationsangebote bereit. Für vulnerable Gruppen sind Schutz und Betreuung sichergestellt.
* **Verständnis und Wissen sichern die Kooperationsbereitschaft der Bevölkerung:** **Es bedarf einer deutschlandweiten, breit angelegten Kampagne**, die leicht verständlich informiert, auf Änderungen vorbereitet und mitnimmt. Die Anpassung der Risikobewertung des RKI ist eine wichtige Voraussetzung, um einen Strategiewechsel einzuleiten.

Diese Maßnahmen sind mit Sicht auf Frühling 2022 zu verstehen; sie müssen in der jetzigen Hochinzidenzphase mit Vorsicht erfolgen. Falls das Infektionsgeschehen eine Wendung nehmen sollte, die den Anteil schwerer Krankheitsverläufe erneut überproportional steigen lässt, muss eine Rückfallebene bereitstehen, die strengere Infektionsschutzmaßnahmen kurzfristig wieder in Kraft setzt. Dafür ist eine flexible und konsistente Risikokommunikation erforderlich, die transparent die Botschaft enthält: Ein jeder, eine jede kann durch verantwortliches Verhalten dazu beitragen, dass weitergehende Infektionsschutzmaßnahmen nicht mehr benötigt werden.

**Teilnehmer der UAG Strategieplanung am 31.01.2022, 14 Uhr**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BE | Dr. Marlen Suckau-Hagel Dr. Daniel Sagebiel | Marlen.Suckau-Hagel@SenGPG.Berlin.de Daniel.sagebiel@lageso.berlin.de |
| BW | Dr. Isolde Piechotowski | isolde.piechotowski@sm.bwl.de  |
| BY | Dr. Martina EnkeDr. Karin KnollElzbieta Voigtländer | martina.enke@stmgp.bayern.de karin.knoll@stmgp.bayern.de Elzbieta.Voigtlaender@stmgp.bayern.de  |
| HH | Dr. Alexandra von Reiswitz | alexandra.vonreiswitz@soziales.hamburg.de  |
| NW | Dr. Sandra DybowskiDr. Julia Zeitler | Sandra.Dybowski@mags.nrw.de Julia.zeitler@mags.nrw.de  |
| SH | Dr. Anne Marcic | Anne.Marcic@sozmi.landsh.de  |
| SN | Dr. Michael Kurth | michael.kurth@sms.sachsen.de |
| TH | Dr. Jan Franke | jan.franke@tmasgff.thueringen.de  |
| RKI | Dr. Osamah Hamouda | HamoudaO@rki.de  |

Hinzu kommen bei der 2. Sitzung am 11.02.2022:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BB | Tina Schifelbein | infektionsschutz@msgiv.brandenburg.de |
| RP | Dr. Cornelia Höflich | Cornelia.Hoeflich@mwg.rlp.de |