# Strategie-Anpassung an die Ausbreitung von SARS-CoV-2 in der Gesamtbevölkerung durch die Omikron-Variante (BA.1/BA.2): Grundsätze des Umgangs mit respiratorischen Erkrankungen mit Fokus auf COVID-19 im Frühjahr 2022

Hintergrund:

Nach dem Rückgang der durch die Delta-Variante verursachten Erkrankungswelle, sind die Infektionszahlen und 7-Tagesinzidenzen seit Anfang des Jahres mit der Ausbreitung der Omikron-Variante auf ein Vielfaches der Werte in den vorausgegangenen Wellen angestiegen. In den letzten Wochen hat die noch leichter übertragbare BA.2-Sublinie von Omikron die Sublinie BA.1 von Omikron abgelöst und dominiert inzwischen das Infektionsgeschehen. Basierend auf internationalen Beobachtungen und entsprechender Daten aus Deutschland, die zeigen, dass COVID-19 Erkrankungen durch Omikron deutlich seltener zu einer stationären Aufnahme bzw. intensivmedizinischer Behandlung führen, wurden trotz des steigenden Infektionsdrucks Maßnahmen zur Kontrolle der Ausbreitung gelockert. Durch die Kombination von vermehrten infektionsrelevanten Kontakten und die Entwicklung des Erregers von COVID-19 breitet sich die Infektion inzwischen kontinuierlich in der Gesamtbevölkerung aus. Hieraus folgt, dass bereits seit mehreren Wochen Maßnahmen des Kontaktpersonenmanagements nicht mehr mit der Entwicklung des Geschehens Schritt halten können. Für die folgenden Überlegungen wird davon ausgegangen, dass das höchste Risiko von akut erkrankten Personen ausgeht (d.h. nicht so sehr von asymptomatisch Infizierten und deutlich weniger mehrere Tage nach Symptombeginn) und dass grundsätzlich das Setting mit dem höchsten Risiko der Übertragung die Haushalte sind. Es sollte nicht mehr versucht werden, jede Übertragung zu verhindern, sondern es soll bei der Bevölkerung und bei ärztlichem Personal ein Verständnis dafür geschaffen werden, was jeder Einzelne im Erkrankungsfall dazu beitragen kann, das Risiko von Übertragungen zu reduzieren, wobei vor Allem die Gruppe der Personen geschützt werden soll, die ein Risiko für einen schweren Verlauf hat.

Wie bereits im Bericht zur Strategieanpassung vom 22.02.2022 vorgeschlagen, wird hier in größerer Detailtiefe ausgeführt, dass aus Sicht des RKI die durch das Gesundheitsamt initiierte systematische **Isolation** aller SARS-CoV-2-Infizierten, die **Quellfallidentifikation** sowie **Kontaktpersonennachverfolgung** durch das Gesundheitsamt, und schließlich die vom Gesundheitsamt angeordnete **Quarantäne** von Kontaktpersonen als Containment-Komponente der ControlCOVID-Strategie in dieser Phase der Pandemie durch eine konsequente umsichtige und rücksichtsvolle **Selbst-Isolation** von Personen mit akuten Atemwegserkrankungen, inclusive COVID-19-Erkrankter, ersetzt werden sollte. Im gleichen Haushalt lebende nicht erkrankte Kontaktpersonen sollten ebenfalls für die Dauer von 3-5 Tagen freiwillig den Kontakt mit Menschen mit einem erhöhten Risiko für schwere Erkrankungen (insbesondere hochaltrige und immungeschwächte Personen) konsequent vermeiden bzw. bei einem notwendigen Kontakt das Risiko einer unbemerkten Übertragung des Virus durch eine Kombination von zusätzlichen Schutzmaßnahmen minimieren. Für Bereiche mit einem besonders hohen Risiko für schwere Erkrankungen (z. B. Einrichtungen der Krankenversorgung und Altenpflege) gelten zusätzliche Empfehlungen.

Zielstellung:

(1) Abfederung der mit dem raschen Anstieg der Fallzahlen steigenden Belastung des Gesundheitssystems durch Reduktion der Wahrscheinlichkeit eines Kontakts von Erkrankten mit Personen, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben (durch freiwillige Selbst-Isolierung Erkrankter)

(2) Minimierung der Ausfallzeiten durch Wegfall der Quarantäne von asymptomatischen Kontaktpersonen (Wegfall der Quarantäneanordnung für Kontaktpersonen)

(3) Entlastung der Gesundheitsämter und Freisetzung von Kapazitäten für das lokale Management und die Eindämmung von Krankheitsausbrüchen (generell, also auch jenseits der COVID-19-Pandemie) dort, wo viele Menschen mit einem erhöhten Risiko für schwere Erkrankungen zusammenkommen, insbesondere Krankenhäuser und Altenpflegeheime (Wegfall der Absonderungsanordnungen).

Grundsätze:

1. RÜCKSICHTNAHME und EIGENVERANTWORTUNGder Bevölkerung
   * Personen mit Symptomen oder Nachweis einer akuten respiratorischen Erkrankung jeglicher Art sollten möglichst 3-5 Tage und bis zum deutlichen Nachlassen der Symptome freiwillig zu Hause bleiben, Kontakte reduzieren und grundsätzlich bei unvermeidlichen engen Kontakten außerhalb des eigenen Haushalts eine Maske tragen, um die Ansteckung anderer Menschen zu reduzieren. Insbesondere sollte in diesen 3-5 Tagen (und möglichst bis zur Symptomfreiheit) der Kontakt zu Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf vermieden werden. Dieses verantwortliche Verhalten hat auch über die Pandemie hinaus Gültigkeit. Personen mit erhöhtem Risiko für schweren Verlauf oder bei deutlicher Symptomverschlimmerung sollten zeitnah eine ärztliche Praxis aufgesuchen, dort sollte die Durchführung eines spezifischen Tests erwogen werden.
   * Da Haushalte das Infektionsumfeld mit dem höchsten Risiko einer Weiterverbreitung darstellen, sollten auch Haushaltskontaktpersonen, unabhängig vom Impf- oder Genesenenstatus, soweit möglich für 3-5 Tage ihre Kontakte reduzieren und sich selbst auf die Entwicklung einer Erkrankung hin beobachten. Sollten sie selbst erkranken, gilt auch für sie die empfohlene Zeit der freiwilligen Selbstabsonderung (3-5 Tage ab Symptombeginn) und ggf. Konsultation ärztlichen Rates (s.o.). Die mittelbare oder unmittelbare Vermeidung des Kontaktes zu Personen jeden Alters mit einem erhöhten Risiko für schwere Krankheitsverläufe ist bei SARS-CoV-2 und Influenza besonders wichtig.
   * Bei einer Warnung in der Corona-Warn-App (CWA) mit hohem Risiko („rote Kachel“) erhalten diese Personen eine Empfehlung, die der oben geschilderten entspricht(muss noch umgesetzt werden).
2. INFORMATIONSKAMPAGNE für die Bevölkerung
   * Personen, bei denen ein Test auf SARS-CoV-2, Influenza oder andere respiratorische Erreger durchgeführt wird (einschließlich in Testzentren und ärztlichen Praxen), sollten vorab ein Informationsblatt erhalten, das sehr knapp die wichtigsten Informationen darüber gibt, wie man sich verhalten sollte, wenn man an einem Atemwegsinfekt erkrankt ist (siehe (1) „EIGENVERANTWORTUNG“). Übersetzung in alle in Deutschland relevanten Sprachen sollten vorliegen.
   * Personen, die ein positives Testergebnis z.B. digital über die CWA oder andere Informationssyteme erhalten, sollen die gleichen Inhalte elektronisch erhalten.
   * Nutzung von Massenmedien i.S. von „VORSICHT vor Corona bedeutet RÜCKSICHT auf die Mitmenschen“
3. ÄRZTINNEN und ÄRZTE:
   * Patienten mit Atemwegsinfektionen sollen generell das obige Informationsblatt ausgehändigt bekommen und in ihren Räumlichkeiten entsprechende Informationsposter aushängen.
   * Ein möglicher Kontakt mit Personen mit erhöhtem Risiko für schweren Verlauf sollte auf dem Informationsblatt für die Patienten ankreuzbar sein und das Blatt dem ärztlichen Personal beim Gespräch vorliegen, so dass ggf. nachgefragt werden kann und eine Therapie bzw. Prophylaxe oder andere präventive Maßnahmen für gefährdete Kontaktpersonen besprochen werden können. Beispiel: Beim Zusammenleben mit einer Seniorin könnte im Falle eines positiven SARS-CoV-2- oder Influenza-Tests individuelle Maßnahmen zum Schutz der älteren Dame erwogen werden, sowie Verhaltensweisen besprochen werden (z.B. räumliche, zeitliche Trennung, evtl. das Tragen von Masken, Lüften, Händehygiene; bei Influenza evtl. Einsatz antiviraler Medikamente).
4. EINRICHTUNGEN MIT PERSONEN MIT ERHÖHTEM RISIKO FÜR SCHWEREN VERLAUF (z.B. Krankenhäuser, Altenpflegeheime):
   * siehe gesonderte Hinweise
   * das Gesundheitsamt unterstützt beim AUSBRUCHMANAGEMENT