**Entwurf einer Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz „Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik“**

1. **Vorwort**

Der Gesetzgeber hat in § 5 Absatz 9 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) festgelegt, dass das Bundesministerium für Gesundheit eine externe Evaluation zu den Auswirkungen der Regelungen in § 5 und in den Vorschriften des §§ 5a, 20a, 20b, 28 bis 32, 36 und 56 im Rahmen der Coronavirus SARS-CoV-2- Pandemie und zu der Frage der Reformbedürftigkeit beauftragt. Das Ergebnis der Evaluation wurde der Bundesregierung –entsprechend des gesetzlichen Auftrags – zum 30. Juni 2022 vorgelegt. Die unabhängigen Sachverständigen wurden jeweils zur Hälfte von der Bundesregierung und vom Deutschen Bundestag benannt. Die Evaluation ist interdisziplinär erfolgt und hat die Wirksamkeit der auf Grundlage der genannten Vorschriften getroffenen Maßnahmen insbesondere auf Basis epidemiologischer und medizinischer Erkenntnisse untersucht. Das Ergebnis der Evaluation der Sachverständigenkommission sowie die Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Ergebnis der Evaluation übermittelt die Bundesregierung dem Deutschen Bundestag bis zum 30. September 2022. Diesem gesetzlichen Auftrag kommt die Bundesregierung vorliegend nach.

Die Bundesregierung bedankt sich bei den Sachverständigen für ihre Bereitschaft an dem Bericht mitzuwirken, für ihr außerordentliches Engagement, die in dem Bericht übermittelte Expertise sowie für die hervorragende Zusammenarbeit.

Die Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 stellte nicht nur die Gesellschaft und die Bevölkerung im Hinblick auf die Ausbreitung eines Virus vor in einem solchen Ausmaß noch nie dagewesene Herausforderungen; die Bundesregierung, die Parlamentarierinnen und Parlamentarier sowie die jeweiligen politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene begegneten diesen Herausforderungen gleichermaßen. Fundierte wissenschaftliche Expertise ist für das Handeln der Bundesregierung daher zu jedem Zeitpunkt der Pandemie unerlässlich. Sie richtet ihre Entscheidungen danach aus.

Handlungsmaxime allen staatlichen Handelns, insbesondere aller Schutzmaßnahmen, die ab März 2020 ergriffen wurden, um die Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 zunächst zu verhindern und im Laufe der Pandemie zu verlangsamen bzw. einzudämmen, war und ist weiterhin der Schutz des Lebens und der Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere von vulnerablen Personengruppen, sowie die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit unseres Gesundheitssystems und der kritischen Infrastrukturen.

Besonderen Herausforderungen bzw. Einschränkungen unterlag die Bundesregierung bei ihren Maßnahmen insbesondere deshalb, da zu Anfang der Pandemie kaum bzw. wenige wissenschaftliche Erkenntnisse über das Coronavirus SARS-CoV-2 vorlagen und die Entstehung neuer Virusvarianten sowie ein dynamisches Infektionsgeschehen eine kontinuierliche Überprüfung, Nachsteuerung sowie Anpassung der Schutzmaßnahmen und damit einhergehend der Rechtslage erforderlich machten. Auf Grundlage dieser – teilweise weiterhin bestehenden – Unsicherheiten müssen staatliche Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger ihre Maßnahmen anpassen und ausrichten. Hierfür ist wissenschaftliche Expertise, wie sie die Sachverständigen im vorliegenden Evaluationsbericht oder der Corona-ExpertInnenrat der Bundesregierung der Bundesregierung bieten, unerlässlich.

Die Corona-Pandemie ist nicht vorbei. Obschon sich die Ausgangslage für den Umgang mit der COVID-19-Pandemie aufgrund der Verfügbarkeit hochwirksamer Impfstoffe und antiviraler Medikamente und ein schon relativ hoher Immunitätsgrad in der Bevölkerung durch Impfung oder Infektion verändert hat. Allein im Sommermonat Juli 2022 sind jedoch gemäß den Daten des Robert Koch-Institut 2.839 Menschen infolge einer COVID-19-Erkrankung ver­storben – das sind knapp 100 Todesfälle am Tag. Wissenschaftliche Expertinnen und Experten, wie die Verfasserinnen und Verfasser dieses Evaluationsberichts und des Corona-ExpertInnenrates der Bundesregierung, sowie die Erfahrungen der vergangenen zwei Jahre weisen darauf hin, dass eine Herbst-Welle bevorsteht. Hinzu kommen sonstige respiratorische Atemwegserkrankungen (u. a. Grippe und Respiratorische Synzytial-Virus-Infek­tionen, kurz RSV), die ebenfalls saisonal gehäuft auftreten, aber in den vergangenen beiden Jah­ren durch Schutzmaßnahmen weitgehend ausgeblieben sind. Zentrale Herausforderung im Hinblick auf den kommenden Herbst und Winter wird es daher bleiben, die verfügbaren (intensiv-)medizinischen Kapazitäten nicht zu überlasten, die kritische Infrastruktur personell aufrecht zu erhalten sowie insbesondere schwere Krankheitsverläufe von COVID-19 sowie Long COVID und Todesfälle zu vermeiden und so den Schutz von Gesundheit und Leben zu gewährleisten.

Der Evaluationsbericht ist eine wertvolle Arbeit, die nicht nur im Hinblick auf die Vorbereitung für künftige Pandemien („Lessons learned“) einen wichtigen Beitrag leistet, sondern die dabei hilft, das vergangene Pandemie-Management in der Rückschau zu bewerten. Er ist ein wichtiger Baustein und ergänzt die bisherige Arbeit der Bundesregierung. Seine Empfehlungen wurden bereits in weiten Teilen der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes zum 24. September 2022 berücksichtigt und umgesetzt.

Im Folgenden werden die wesentlichen Erkenntnisse der Sachverständigen zusammengefasst und von der Bundesregierung Stellung bezogen.

1. **Stellungnahme der Bundesregierung zu den im Bericht vorgebrachten Punkten**
2. **Grundlagen der Evaluation von Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung**

**Zusammenfassende Bewertung der Sachverständigenkommission (vgl. auch S.12; S.25-40)**

Der Sachverständigenausschuss moniert, dass im Gegensatz zum Vorgehen in einigen anderen Ländern in Deutschland eine fachübergreifende Begleitforschung während der Corona-Pandemie noch nicht erreicht worden sei. Es gebe immer noch kein nationales Forschungskonzept im Bereich Public Health. Solch eine fachübergreifende Begleitforschung sei aber zwingend nötig, um Entscheidungen des Krisenmanagements auf eine bessere Wissensgrundlage zu stellen. Denn die begleitende und retrospektive Beurteilung der Wirksamkeit staatlicher Maßnahmen zur Eindämmung und Bekämpfung von Pandemien sei eine zentrale Aufgabe der pandemiebegleitenden (Evaluations-)Forschung, die eine demokratische Kontrolle staatlichen Handelns ermögliche und daher zur Legitimation von staatlichen Maßnahmen beitrüge. Dies sei auch aufgrund der mit einer effektiven Pandemiebekämpfung oftmals verbundenen Freiheitseinschränkung und des Einsatzes erheblicher Finanzmittel von besonderer Bedeutung.

Kernelemente der praktischen Umsetzung eines zielführenden Evaluationskonzepts seien daher die Erfassung und Auswertung zentraler statistischer Begleitdaten („Monitoring“), eine Analyse der Qualität des staatlichen Handelns und quantitative maßgeschneiderte Analysen einzelner Maßnahmen sowie des Maßnahmenpakets in seiner Gesamtheit. Im Bereich der Epidemiologie, der Public Health Forschung und der klinischen Forschung gebe es daher noch großen Handlungsbedarf, um eine Grundlage für die Priorisierung und die abgestimmte Umsetzung nationaler oder regionaler Studien zu schaffen.

**Stellungnahme der Bundesregierung**

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung des Sachverständigenausschusses, dass eine zentrale Aufgabe eines jeden Krisenmanagements nicht nur das Ergreifen von als sinnvoll betrachteten Maßnahmen ist, sondern dass die begleitende Evaluation dieser Maßnahmen von vornherein Bestandteil des Handlungskonzeptes mit dem Ziel sein muss, unwirksame Maßnahmen einzustellen und ggf. durch alternative Maßnahmen zu ersetzen. Entsprechend hat die Bundesregierung mit der Evaluationskommission und dem Corona-ExpertInnenrat wissenschaftliche Gremien etabliert, die die Maßnahmen der Bundesregierung in der Rückschau bewertet haben bzw. auf Basis aktueller Erkenntnisse Hinweise geben, wie künftige Maßnahmen auszugestalten sind.

Darüber hinaus kommt der Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse eine hohe Bedeutung zu, damit im Rahmen eines lessons learned-Prozesses zur besseren Vorbereitung auf eine mögliche neue Pandemie Risikomanagement-Maßnahmen ergänzt, erweitert, angepasst oder auch neu entwickelt werden können.

Diese Empfehlungen finden sich auch im Nationalen Pandemieplan wieder, in dem die Surveillancekonzepte und -studien vorgestellt werden, welche kontinuierlich die Wirksamkeit der verschiedenen Maßnahmen auf die gesundheitliche Situation in der Bevölkerung überwachen. Darüber hinaus weist der Nationale Pandemieplan auf den Forschungsbedarf bezüglich der Wirksamkeit von Maßnahmen, insbesondere der Impfung und nicht-pharmakologischen Interventionen, hin. Dementsprechend führte das BMG gemeinsam mit dem RKI von Beginn der Pandemie auf der Grundlage von Dokumentation und Forschung Evaluationsprozesse durch.

Für die Bewertung der im Zuge der Corona-Pandemie ergriffenen Maßnahmen setzt sich eine Vielzahl an Studien, Monitoring- und Analysemaßnahmen zu einem Gesamtbild zusammen, an dessen Vervollständigung permanent gearbeitet wird. So wurden flankierend zur Pandemiebekämpfung beispielsweise Anstrengungen zur Qualitätssicherung von Surveillancedaten und –systemen unternommen, der kontinuierliche Austausch mit wichtigen Akteuren auf unterschiedlichen Verwaltungsebenen und in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems gesucht und im Rahmen von epidemiologischen und seroepidemiologischen Studien relevante Daten erhoben und ausgewertet.

Besonderes Augenmerk wurde und wird auf die Auswirkungen der unterschiedlichen Maßnahmen auf verschiedene Personengruppen wie Kinder, Familien sowie ältere Menschen und Bewohner und Bewohnerinnen sowie Beschäftigte in Pflegeheimen gelegt. Impfquoten, Impfeffektivität und der Erfolg der Impfkampagne insgesamt wurden und werden fortlaufend analysiert und bewertet. Befragungen zum Gesundheitsverhalten innerhalb der Bevölkerung sind ebenso Teil der Evaluationsbemühungen wie Untersuchungen zu sozioökonomischen Unterschieden bei der coronabezogenen Inzidenz und Mortalität.

Unterstützt wurden diese Evaluationsprozesse durch den kontinuierlichen Austausch mit den Landesstellen im Rahmen der wöchentlichen Epidemiologischen Lagekonferenz und virtuellen Treffen mit den Seuchenbeauftragten der Länder (Arbeitsgemeinschaft Infektionsschutz) sowie mit weiteren Akteuren/Kooperationspartnern im ÖGD (z.B. ÖGD-Feedbackgruppe) zur epidemiologischen Lage und Maßnahmen im ÖGD.

Grundsätzlich ist es auch unabhängig von der derzeitigen Corona-Pandemie wichtig und sinnvoll, Maßnahmen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu analysieren und zu evaluieren. Einen bedeutenden Baustein stellt hier der Ausbau der erregerübergreifenden syndromischen Sentinelsurveillance zur kontinuierlichen Messung der Krankheitslast und –schwere dar.

Einen wichtigen neuen Ansatz bildet außerdem der geplante Aufbau eines Panels (Personen und Haushalte, die sich bereit erklären, sich regelmäßig untersuchen und befragen zu lassen) mit aktuell projektiert ca. 100.000 Teilnehmern. Damit würde zukünftig eine weitere Datenbasis, die unterschiedliche Fragestellungen in vergleichbar kurzer Zeit beantworten kann, entstehen. Aufwendige und komplexe Einzelerhebungen sollen auf eine gemeinsame Plattform überführt werden.

In ihrer Gesamtheit sollen die geschilderten Evaluationsmaßnahmen und -ansätze den Schutz der Bevölkerung während der aktuellen Pandemie stärken sowie die grundsätzliche Reaktionsfähigkeit des Gesundheitswesens, insbesondere aber in Notfall- und Krisensituationen, verbessern.

1. **Datenmanagement**

**Zusammenfassende Bewertung der Sachverständigenkommission (vgl. S. 13/14; S. 41 -48)**

Die Pandemie und die damit verbundene Notwendigkeit schneller Entscheidungen habe verdeutlicht, wie wichtig die systematische Erfassung relevanter aktueller Daten, deren wissenschaftliche Analyse und politische Bewertung sei. Im Rahmen einer Pandemie müssten schnelle Entscheidungen auf Basis der verfügbaren Daten und Evidenzen getroffen werden. Die Meldedaten nach IfSG dienten der Beobachtung des Verlaufs der Pandemie, lieferten aber auch einzelfallbasierte Informationen, die unter anderem eine Kontaktpersonennachverfolgung (KPN) ermöglichten. Weitere Surveillance-Projekte zur Überwachung akuter Atemwegserkrankungen sollten die Epidemiologie, die Krankheitsschwere und die Krankheitslast in der Klinik sowie die Gesamt-Mortalität in einem digitalen Echtzeitlagebild erfassen und verfolgen. Neben den Melde- und Surveillance-Daten seien longitudinale repräsentative Zufallsstichproben zum aktuellen Infektionsgeschehen durchzuführen. Für die Zukunft sei ein flächendeckendes Surveillance-System eine Option, mit dem auf Basis definierter Vorgaben, Daten zur Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen erhoben und adäquat in Modellen abgebildet würden.

Für die erforderliche Digitalisierung des Gesundheitswesens seien die notwendigen infrastrukturellen Rahmenbedingungen zu schaffen, etwa die zügige Implementierung einer technisch angemessenen Telematik-Infrastruktur sowie die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA). Im Rahmen der föderalen Strukturen sei noch stärker auf eine Interoperabilität und Schnittstellen der verschiedenen Systeme zu achten, um Daten möglichst effizient zu sammeln und Aufgaben, wie die Infektionsketten-Nachverfolgung, zu automatisieren.

Zur Umsetzung des Nationalen Pandemieplans seien Indikatoren zu nutzen, die kurzfristig Auskunft über die Gefährdungslage von Risikogruppen gäben und frühzeitig auf eine Überlastung des Gesundheitswesens hinwiesen. Um den Zustand des Gesundheitssystems bewerten zu können, seien belastbare Krankenhausdaten wie auch ein einheitliches Erfassungssystem, einschließlich der Ressourcen wie verfügbare Betten, Personal oder Material, essentiell.

Für die sichere Bewertung der Impfeffektivität und -nebenwirkungen sei ein datengesichertes bundesweites Vorgehen, etwa durch die Einführung der ePA, eines nationalen Impfregisters oder einer Registrierung, Auswertung und gezielten Ansprache der Versicherten durch ihre jeweilige Krankenkasse notwendig.

**Stellungnahme der Bundesregierung zu 2.1. - Erhebung, Erfassung und Bereitstellung von Daten**

Die in dem Bericht des Sachverständigenausschusses aufgezeigten Herausforderungen sind der Bundesregierung bewusst. Ohne datenschutzkonforme Erhebung, Erfassung und Bereitstellung von Daten, ist keine sinnvolle Datennutzung möglich. Aktuell liegen Daten meist in nicht maschinenlesbarer Form vor und stehen nur bedingt oder mit erheblichem Zeitverzug zur Verfügung. Definitionen und Datensätze sind national und international oft uneinheitlich und daher schwer vergleichbar, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse erschwert. Hier besteht regulatorischer Nachsteuerungsbedarf. Wie im Koalitionsvertrag vereinbart, bringt die Bundesregierung deswegen ein Registergesetz und ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) zur besseren wissenschaftlichen Nutzung in Einklang mit der DSGVO auf den Weg und baut eine dezentrale Forschungsdateninfrastruktur auf.

In der Bewertung Sachverständigenkommission der zur Verfügung stehenden Daten wäre es wünschenswert gewesen, wenn bestimmte Initiativen, wie die LEOSS Kohorte (die Lean European Open Survey on SARS-CoV‑2 infected patients (LEOSS, [www.leoss.net](http://www.leoss.net))), die durch das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung als klinisches Register initiiert wurde, das eine Dokumentation von anonymen klinischen COVID19-Daten von Patientinnen und Patienten ermöglicht sowie das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM), ein Netzwerk aller Universitätskliniken in Deutschland im Kontext von der Behandlung und Forschung zu Covid19 (<https://www.netzwerk-universitaetsmedizin.de/>) in dem Bericht berücksichtigt worden wären. Der LEOSS-Datensatz wurde sehr schnell am Anfang der Pandemie aufgebaut und ist EU-weit verfügbar. Über NUM wurden diese Aktivitäten aufgegriffen und zwischenzeitliche diverse Kohorten zur Erforschung von COVID-19 aufgebaut und gute Grundlagen für die Forschung geschaffen. Bereits in der Vergangenheit wurden verschiedene signalgebende Indikatoren, wie die 7-Tageinzidenz der Neuinfektionen, der verfügbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten, die Anzahl der gegen die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) geimpften Personen sowie die RKI-Surveillancesysteme herangezogen, um eine Entscheidungsgrundlage für die Anordnung von notwendigen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) nach dem Infektionsschutzgesetz zu bilden.

Durch die Einrichtung eines Pandemie-Radars soll die Datenlage zudem erweitert und verbessert werden: Die bereits etablierten Surveillance-Instrumente wie die 7-Tage-Inzidenz und das DIVI-Intensivregister werden um neue Instrumente wie die Bettenbelegung auf Normal- und Intensivstation und die Abwassersurveillance erweitert.

Neben den oben genannten gesetzlichen Maßnahmen im Gesundheitssektor soll insbesondere mit dem Forschungsdatengesetz unter der Federführung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) sowie dem Datengesetz unter der Federführung des Bundesministeriums des Innern (BMI) ganz grundsätzlich die Datenverfügbarkeit in Deutschland erhöht werden. Dazu sollen eindeutige und einheitliche Regelungen zur sekundären Nutzung, Verwendung und Verknüpfung von Daten geschaffen werden; zudem sollen die Vorschläge aus dem kürzlich erschienen EU-Verordnungsentwurf zum Europäischen Gesundheitsdatenraum (European Health Data Space (EHDS)) und Data Governance Act (DGA) umgesetzt werden.

**Stellungnahme der Bundesregierung zu 2.2 – Datennutzung**

Es wird begrüßt, dass die Wichtigkeit von Datennutzung aufgezeigt wird. Dies ist ein wichtiger Kernaspekt und findet sich sowohl auf europäischer Ebene in Form des kürzlich erschienenen EU-Verordnungsentwurfs zum europäischen Gesundheitsdatenraum (European Health Data Space - EHDS) (s.o.) wieder, als auch national in dem im Koalitionsvertrag angekündigten Gesundheitsdatennutzungsgesetz (s.o. ebd.). Im Rahmen dieser Vorhaben soll im Gesundheitswesen ein vertrauenswürdiger Rahmen für die Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten insbesondere für Forschende, politische Entscheidungsträger und öffentliche Einrichtungen, sowohl national als auch grenzüberschreitend in der EU geschaffen werden. Dabei sollen Hindernisse abgebaut und Innovation beschleunigt werden. Der Zugang zu Gesundheitsdaten zum Zwecke ihrer Weiterverarbeitung soll dadurch erleichtert werden. Dies wird insbesondere zur Verbesserung der Versorgung, aber auch zur verbesserten Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen für Gesundheitstechnologien aus der EU führen.

Aus Sicht der Bundesregierung fehlen in den Ausführungen des Sachverständigenausschusses die Möglichkeiten der Datennutzung, vor allem in dem bereits in Aufbau befindlichen Einrichtungen, wie dem Forschungsdatenzentrum Gesundheit beim BfArM (Abrechnungsdaten aus der GKV), dem Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) und der Datenintegrationszentren der Medizininformatik-Initiative (MI-I). Diese Einrichtungen werden zu der erforderlichen Verknüpfung von Versorgungs- und Forschungsdaten auf nationaler und europäischer Ebene beitragen.

Weitere Verbesserungen werden durch die Nutzung neuer Technologien und vor allem die der KI-Anwendungen in der Public Health Forschung erreicht. Insbesondere ist das ebenfalls im Aufbau befindliche Zentrum für Künstliche Intelligenz in der Public Health Forschung am RKI (ZKI-PH) zu nennen, aber auch weitere pandemiebezogene Aktivitäten, die durch die Bundesregierung mit den KI-Mitteln des Bundes gefördert werden.

**Stellungnahme der Bundesregierung zu 2.3 - Datenschutz**

Die Analyse der Sachverständigenkommission setzt den Schwerpunkt auf die Probleme der Datenverarbeitung im Bereich der Forschung. Insbesondere wird kritisiert, dass der Föderalismus und die daraus resultierenden unterschiedlichen Landes-Datenschutzgesetze und Landes-Krankenhausgesetze sowie unterschiedliche Auslegungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) durch die Datenschutzaufsichtsbehörden das Datenmanagement und die Forschung in Deutschland ganz erheblich erschwerten. Konkrete Hinweise darauf, dass durch datenschutzrechtliche Vorgaben die Datenverarbeitung im Rahmen des Pandemiemanagements erschwert worden wären, finden sich in der Analyse indessen nicht. Das entspricht dem Kenntnisstand der Bundesregierung.

Die Abstimmungen mit Datenschutzbeauftragten und Datenschutzaufsichtsbehörden sind vor dem Hintergrund der Datensensibilität dringend erforderlich und notwendig. Sie haben indessen auch dazu geführt, dass sich der Beginn von Forschungsvorhaben zum Teil verzögert hat. Zudem wurden die Möglichkeiten des europäischen und nationalen Datenschutzrechts durch die Forschenden noch nicht vollumfänglich ausgeschöpft. So kam der im Rahmen der COVID19-Gesetzgebung eingeführte § 287a SGB V zur federführenden Datenschutzaufsicht in der Versorgungs- und Gesundheitsforschung noch nicht umfassend zur Anwendung. Stattdessen wurden meist noch Verfahren angewandt, die separate Abstimmungen mit unterschiedlichen Datenschutzaufsichtsbehörden erfordert haben. Dies lag einerseits am mangelnden Wissen über die Möglichkeit den § 287a SGB V zu nutzen und teils an den fehlenden Vorerfahrungen mit diesem Instrument.

Die Feststellung der Notwendigkeit zur Schaffung eines europäischen Gesundheitsdatenraums (EHDS) für einen effizienten Austausch und direkten Zugriff auf unterschiedliche Gesundheitsdaten vor allem in der Forschung wird geteilt und begrüßt. Dieser wird auch nationale Rechtsanpassungen erfordern, die in das in Vorbereitung befindliche Gesundheitsdatennutzungsgesetz einfließen werden.

**Stellungnahme der Bundesregierung zu 2.4 - Optimierungsbedarfe**

Die Bundesregierung nimmt im Hinblick auf die im Bericht aufgezeigten Optimierungsbedarfe, namentlich die Auswahl der Indikatoren, repräsentative Zufallsstichproben, Digitalisierung der KPN, Ressourcenauslastung in der Versorgung, aktuelles Lagebild zur Belastung des Gesundheitssystems, Impfregister, einheitliche Dateninfrastrukturen, die Datenqualität, kontrollierte Studien, Modellprojekte sowie Digitalisierung des Gesundheitswesens, zu folgenden übergeordneten Themen Stellung:

* **Betreffend die Telematikinfrastrukur (TI) und elektronische Patientenakte (ePA):**

Für die erforderliche Digitalisierung des Gesundheitswesens müssen die notwendigen infrastrukturellen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Als Basis dafür wurde die Telematikinfrastruktur (TI) geschaffen. Die TI ist in weiten Teilen bereits eingeführt. Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sind flächendeckend angeschlossen. Der Anschluss der Krankenhäuser hat begonnen. Der Anschluss weiterer Leistungserbringer wird sukzessive folgen. Ziel ist der flächendeckende Anschluss aller Leistungserbringer an die TI. Datenschutz und Datensicherheit haben im Rahmen der TI höchste Priorität.

Seit dem 1. Januar 2021 bieten die Krankenkassen ihren Versicherten auf Antrag eine elektronische Patientenakte (ePA) an. Diese Kernanwendung der TI ermöglicht Versicherten, umfassende medizinische Informationen einrichtungs- und sektorenübergreifend zur Unterstützung ihrer persönlichen medizinischen Behandlung bereitzustellen. Dabei wird eine angemessene Datensicherheit sichergestellt, die der hohen Sensibilität personenbezogener Gesundheitsdaten Rechnung trägt. Ab 2023 haben gesetzlich Versicherte zudem die Möglichkeit, in der ePA gespeicherte strukturierte Gesundheitsdaten für Forschungszwecke freizugeben.

In der ePA können auch Daten der Impfdokumentation nach § 22 IfSG (elektronische Impfdokumentation) gespeichert werden. Um die Einführung der ePA zu beschleunigen, ist im Koalitionsvertrag ein sog. Opt-Out-Verfahren vorgesehen, das derzeit in Vorbereitung ist.

* **Betreffend die Forderung nach mehr Interoperabilität**

Die Forderung für eine stärkere Berücksichtigung von Interoperabilität und Schnittstellen der verschiedenen Systeme wurde und wird in der laufenden Fortentwicklung der TI bereits konsequent mitberücksichtigt.

* **Betreffend die Bewertung zur Impfeffektivität und -nebenwirkungen**

Hinsichtlich der Überwachung der Arzneimittelsicherheit wird auf die bestehenden Regelungen zur Pharmakovigilanz nach Arzneimittelrecht und europäischem Recht verwiesen. Alle in Deutschland an das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) gemeldeten Verdachtsfälle von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) und Impfkomplikationen im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung gegen COVID-19 fließen in die europäische Datenbank zu Arzneimittelnebenwirkungen ein ([www.adrreports.eu/de/index.html](http://www.adrreports.eu/de/index.html)). Die detaillierte Auswertung und die wissenschaftliche Überprüfung aller verfügbaren Daten erlaubt es, belastbare Schlussfolgerungen über Nutzen und Risiken eines Arzneimittels zu ziehen. Das PEI arbeitet zudem eng mit den Zulassungsbehörden der Europäischen Union (EU), der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) und Behörden außerhalb der EU zusammen und bezieht in die Sicherheitsbewertung der COVID-19-Impfstoffe neben den Daten aus Deutschland auch internationale Meldungen über den Verdacht einer Nebenwirkung sowie Meldungen aus klinischen Studien ein. (<https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/arzneimittelsicherheit.html>).

Für die Zwecke der Impfsurveillance und der Pharmakovigilanz haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gemäß § 13 Absatz 5 Satz 1 IfSG und, soweit die Angaben bei ihnen vorliegen, die für die Durchführung von Impfleistungen eingerichteten Impfzentren, dem Robert Koch-Institut (RKI) und Paul-Ehrlich-Institut (PEI) in von diesen festgelegten Zeitabständen die in § 13 Absatz 5 Satz 1 IfSG genannten Angaben zu übermitteln. Perspektivisch werden auch die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) dazu beitragen können, die Datenbasis für die Pharmakovigilanz zu verbreitern. Die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die Leistungen gegenüber allen gesetzlich Krankenversicherten widerspiegeln, werden durch das RKI dazu genutzt, die im Rahmen des digitalen Impfquotenmonitorings übermittelten KBV-Daten sukzessive auszutauschen, um eine höhere Vollständigkeit der Impfdaten zu erreichen. Zum jetzigen Zeitpunkt kann das PEI die KV-Daten, die dem PEI nach § 13 Absatz 5 IfSG zum Zwecke der Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen (Pharmakovigilanz) zur Erweiterung der Datenlage übermittelt werden sollen, nicht nutzen. Die dafür benötigte Infrastruktur ist weiterhin im Aufbau.

* **Betreffend den Nutzen der Corona-Warn-App**

Auf Basis der erfolgten Evaluationen des RKI ist festzustellen, dass die CWA eine wichtige Rolle bei der Unterbrechung von Infektionsketten gespielt hat.

Die Evaluation zeigte, dass CWA-Nutzende im Falle geringer bis mittlerer Inzidenzen ihr Verhalten nach einer roten Warnung anpassen, um einer weiteren Ausbreitung des Virus entgegenzuwirken. Umfragen zufolge wurde unter dieser Annahme eine größere Zahl von Personen gewarnt, die zu diesem Zeitpunkt noch keine Kenntnis über ihre Infektion hatten und erst durch die Warnung entsprechende Maßnahmen wie Testungen ergriffen haben. (s. <https://www.coronawarn.app/de/science/2021-08-02-science-blog-3/>).

Die CWA warnt häufig auch außerhalb des familiären und beruflichen Umfelds. (<https://www.coronawarn.app/de/science/2021-06-15-science-blog-1/>).

Darüber hinaus werden Testergebnisse durch die CWA schnell zurückgemeldet: Basierend auf den Daten der CWA-Datenspende kann gezeigt werden, dass Testergebnisse im Mittel 20 Stunden nach Testregistrierung in die CWA übermittelt sind, die Hälfte innerhalb von 13 Stunden (Median) (<https://www.coronawarn.app/de/science/2022-03-03-science-blog-5/>). Die Daten zu den Testergebnissen wurden am 7. April 2022 aktualisiert. (https://www.coronawarn.app/de/analysis/).

* **Betreffend den Pakt ÖGD**

Der Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), dessen Zielsetzung u.a. die Digitalisierung der Gesundheitsämter ist, und sich bereits in Umsetzung befindet, findet in dem Bericht keine Erwähnung.

Zur Stärkung der Digitalisierung im Bereich des ÖGD stehen durch diesen bis zum Jahr 2026 insgesamt 800 Mio. EUR zur Verfügung. Bereits im Jahr 2021 wurden Finanzhilfen i. H. v. von 65 Mio. EUR an die Länder gezahlt, die bereits für Investitionen genutzt werden, die in erster Linie auf eine Stärkung des Infektionsschutzes im Rahmen des ÖGD abzielen.

Im Rahmen des Paktes für den ÖGD werden 555 Mio. EUR der insgesamt bis zum Jahr 2026 zur Verfügung gestellten 800 Mio. EUR für das Förderprogramm zur Digitalisierung des ÖGD genutzt. Die Gesundheitsämter können Anträge auf Fördermittel für Maßnahmen stellen, die den digitalen Reifegrad verbessern und einen Bezug zum Infektionsschutz aufweisen. Ein ausdrückliches Ziel des Förderprogramms ist es, landesspezifische Besonderheiten zu reduzieren und die Interoperabilität im ÖGD zu verbessern.

Weitere rund 170 Mio. EUR werden im Zuge des Paktes für den Aufbau und die Bereitstellung einheitlicher Systeme und Tools aufgewendet.

Im Zuge dessen wurde u. a. bereits ein Konzept zur mittelfristigen Reformierung des digitalen Infektionsschutzes entwickelt und befindet sich in der weiteren Ausarbeitung.

* **Betreffend DEMIS**

Eine Erfassung der Kapazitätsauslastung auf Normalstation über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) wird umgesetzt. Das BMG stellt den Krankenhäusern eine einfach zu nutzende Softwareanwendung zur Übermittlung von tagesaktuellen Daten zur Hospitalisierung zur Verfügung, die ab dem 17. September 2022 zu verwenden ist. Zusammen mit den tagesaktuellen Zahlen aus dem DIVI-Intensivregister steht dann ab Herbst 2022 ein Gesamtüberblick über die Kapazitätsauslastung in Krankenhäusern zur Verfügung.

**3. Risikokommunikation**

**Zusammenfassende Bewertung der Sachverständigenkommission (vgl. auch, S. 13/14; S. 49 - 60)**

Die Sachverständigenkommission merkt an, dass die Potenziale einer wirksamen Risikokommunikation, die die Aufgabe habe, die Öffentlichkeit zielgerichtet über die Größe und Eigenschaften des Risikos, über Entscheidungen und Maßnahmen zur Risikobewältigung aufzuklären und entscheidend für die wahrgenommene Legitimität und die Akzeptanz der zur Pandemiebekämpfung ergriffenen Maßnahmen sei, in Deutschland weitgehend ungenutzt geblieben seien. Die Kampagne habe es versäumt, in Zusammenarbeit mit lokalen Akteurinnen und Akteuren zielgruppenspezifische Botschaften zu vermitteln. Die in der Corona-Pandemie bevorzugten Kommunikationsprozesse seien überwiegend „top-down“ ausgestaltet gewesen.

**Stellungnahme der Bundesregierung zu 3.1- Bedeutung der Risikokommunikation**

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung der Sachverständigenkommission, dass die Bewältigung von gesundheitlichen Krisen nur gelingen kann, wenn die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger hinreichend stark ausgeprägt ist. Während einer gesundheitlichen Krise sind Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen zur Ausbildung und Förderung der Gesundheitskompetenz innerhalb der Bevölkerung unerlässlich. Die Bundesregierung setzte daher seit Beginn der Pandemie auf eine transparente, verständliche und differenzierte Informationsvermittlung zu allen Aspekten der COVID-19-Bekämpfung, insbesondere durch die Darstellung der Folgen und Risiken einer SARS-CoV-2-Infektion sowie der ergriffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie in Deutschland.

Dabei baute die Kommunikation auf dem jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand auf und passte sich stetig der herrschenden Pandemielage an. Basis der Kommunikation im Rahmen der Informations- und Aufklärungsarbeit zum Coronavirus SARS-CoV-2 und zur Corona-Schutzimpfung war und ist der Anspruch, die Bürgerinnen und Bürger jederzeit verständlich und zuverlässig zu informieren, das Regierungshandeln bzw. das Handeln der Entscheidungsträger transparent zu machen und ihr Vertrauen in die handelnden Institutionen zu stärken. Die im Bericht des Sachverständigenausschusses auf Seite 50 formulierten Grundsätze, namentlich die zielgruppenspezifische Vermittlung entscheidungsrelevanter Sachinformationen, die transparente Vermittlung von Fakten auf Augenhöhe sowie die Außenkommunikation von Unsicherheiten zum Wissensstand und die Einbeziehung kontroverser Meinungen als Teil des demokratischen Diskurses, die als Basis für die Leitlinien einer wirksamen Risikokommunikation formuliert sind, werden geteilt und bildeten bereits seit Beginn der Pandemie die Grundlage für die Informations- und Aufklärungsarbeit zum Coronavirus SARS-CoV-2 und zur Corona-Schutzimpfung.

**Stellungnahme der Bundesregierung zu 3.2- Leitlinien für eine wirksame Risikokommunikation**

Eine erfolgreiche Informations- und Aufklärungsarbeit in einer Krisensituation ist zudem nur möglich, wenn sie einem einheitlichen Leitbild folgt und die maßgeblichen Institutionen sehr eng zusammenarbeiten.

Die Bundesregierung hat sich daher bereits unmittelbar zu Beginn der Corona-Pandemie dazu entschlossen, die Informations- und Aufklärungsmaßnahmen zum Coronavirus SARS-CoV-2 und zur COVID-19-Pandemie unter der gemeinsamen Absenderschaft von Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Robert Koch-Institut (RKI) zu kommunizieren, anstatt auf behördenspezifische Aufklärungsmaßnahmen zu setzen. Die Kommunikation erfolgte und erfolgt weiterhin unter dem gemeinsam geschaffenen und getragenen übergeordneten Kampagnendach „Zusammen gegen Corona“ ([www.zusammengegencorona.de](http://www.zusammengegencorona.de)).

Insbesondere in der ersten Phase der Pandemie hat das BMG über eine Live-Berichterstattung die Bürgerinnen und Bürger direkt über den aktuellen Stand der Pandemie informiert; zudem traten der Bundesminister für Gesundheit und der Präsident des Robert-Koch-Instituts gemeinsam in Bundespresskonferenzen auf, um die Medien und die Bevölkerung zu informieren. Das BMG informiert weiterhin regelmäßig in der Bundespressekonferenz die Medien und die Bevölkerung über die aktuelle Lage. Darüber hinaus wurden und werden der Lage entsprechend Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler hinzugezogen. Bei diesen Terminen wurde auch transparent auf die Unsicherheit des Wissensstands hingewiesen. Es wurde und wird stets anhand des aktuellen Kenntnisstandes der Wissenschaft berichtet.

Des Weiteren wurde in themenaktuellen Townhall-Meetings mit Expertinnen und Experten die aktuelle Sachlage beleuchtet und im Zusammenspiel mit der Beantwortung von Fragen seitens Bürgerinnen und Bürgern für Aufklärung und Information gesorgt. Einen wichtigen Beitrag leistet zudem die gezielte Bürgerinnen- und Bürgerkommunikation, die durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BMG, durch die externe Telefonhotline und weitere externe Unterstützung geleistet wird. Seit Beginn der Pandemie wurde die externe Beratung der Bürgerinnen und Bürger massiv aufgestockt, die Kommunikationsangebote wurden erheblich ausgeweitet (Telefonhotline, Beratungszeiten etc).

Vor allem während der ersten verstärkten bundesweiten Schutzmaßnahmen im Frühjahr 2020 sind die Menschen in Deutschland den mit den Informations- und Aufklärungsmaßnahmen stetig kommunizierten Empfehlungen und Verhaltensregeln gefolgt und haben damit entscheidend dazu beigetragen, die Auswirkungen dieser pandemischen Situation beherrschbar zu halten. Auch danach galt es, bei der Bevölkerung weiterhin für die Einhaltung der Vermeidungsstrategien zu werben. Die Begriffe Abstand, Hygiene und Alltagsmaske (später: Alltag mit Maske) prägten die AHA-Formel, deren Bedeutung heute den Menschen in Deutschland geläufig ist. Die dynamische und lernende Kampagne ist konzipiert, um sich sehr schnell verändernden Herausforderungen anzupassen. Alle Informations- und Aufklärungsmaßnahmen der AHA-Kampagne waren darauf ausgerichtet, mit massenkommunikativen Medien (Print, TV und Hörfunk) sowie digitaler Kommunikation im Internet und in den sozialen Medien die Aufmerksamkeit der Bevölkerung für die Einhaltung der Vermeidungsstrategien beständig hoch zu halten.

* **Social-Media-Kommunikation**

Im Rahmen seiner Social Media Kommunikation zielt das BMG darauf ab, alle Menschen zu erreichen und zu adressieren. Dies ist umso wichtiger, als dass die Informationsbeschaffung zu gesundheitlichen Themen der Lebensalltag für die Mehrheit der Menschen in Deutschland ist. Nicht nur bei Menschen Ü-60, sondern auch und gerade der jüngere Teil der Bevölkerung ist ein wichtiger Multiplikator bei der Weitergabe und Verbreitung von gesicherten Informationen aus der Online-Kommunikation an den Freundeskreis und die Familie, vor allem im persönlichen Gespräch mit Risikogruppen. Allein im Jahr 2021 erzielten die Online-Kanäle des BMG rund 1,19 Mrd. Impressionen.

Die Social-Media-Kommunikation des BMG richtet sich wie folgt aus:

1. Tagesaktuelle Wissenschaftskommunikation mit renommierten Expertinnen und Experten aus den entsprechenden Fachbereichen (z. B. über das mit Bürgerinnen und Bürgern interaktive Format der „Town Hall Meetings“),

2. Debunking von Falschinformationen (Aufdeckung von Falschinformationen, Aufklärung über Narrative und das Erkennen von fragwürdigen Quellen),

3. zielgruppenspezifische Ausspielung von Inhalten (datengestützt und auf den passenden Plattformen) sowie

4. Community Management und Social Listening als Bottom-Up-Ansatz (mittels Reporting wurden und werden die dringenden und wichtigsten Fragen der Online-Nutzerinnen und -Nutzer identifiziert und in konkrete aufklärende Inhalte übersetzt).

Zur Etablierung der Social-Media-Kommunikation wurde das Digitale Lagezentrum (DiLa) direkt zu Beginn der Pandemie aufgebaut. Damit konnte das BMG über digitale Kanäle in einer dynamischen Lage schnell, zielgruppengenau und nah die wichtigsten Fragen der Bürgerinnen und Bürgern kommunizieren. Alle relevanten Akteure wurden dabei mit einbezogen: BMG-Fachreferate, BMG-Leitung, BZgaA, RKI, extern beauftragte Agenturen sowie externe Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Durch wöchentliche Reports wurden und werden Erkenntnisse daraus abgeleitet und auf dieser Grundlage die Kommunikationsstrategie stetig angepasst. Die erstellten Inhalte wurden und werden auf dieser Basis konzipiert und erstellt. Die Kommunikation basiert auf folgender grundsätzlicher Methodik: Aufmerksamkeit schaffen (z. B. passende Multiplikatorinnen- und Multiplikatorenauswahl, moderne Grafiken und Animationen, Interview- und Video-Formate mit Expertinnen und Experten), informieren (Nutzung von sachlich gesicherten Fakten), vertiefen/Call to Action (Weiterleitung zum Pandemie-Infohub zusammengegencorona.de).

Die Zielgruppenansprache durch die breite Kampagne und diverse Teilkampagnen lässt sich in drei Ebenen darstellen:

1. Breite Bevölkerung,

2. Personengruppen mit spezifischem Informationsbedürfnis (z. B. Risikogruppen, Gesundheitspersonal),

3. Personengruppen mit erhöhtem Aufklärungsbedarf (z. B. Fremdsprachige, Zweifler).

Für die passgenaue Zielgruppenansprache werden zunächst die digitalen Kanäle der jeweiligen Zielgruppe definiert. Die Zielgruppen werden dann u. a. nach demografischen Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildungsstand), Sprache, Wohnort (Geotargeting), Berufen oder Interessen/Lebenswelten (z. B. Eltern und Familien, Sportinteressierte, Studierende) definiert. Mit digitalem Marketing sprechen wir Zielgruppen dort an, wo sie kommunizieren und sich informieren. Dies ist in der aktuellen Situation, in der die Öffentlichkeit stark segmentiert ist und Miss-Informationen in Filterblasen – oftmals ohne Widerrede – zirkulieren können sowie im Hinblick auf den Informationsauftrag der Bundesregierung besonders wichtig.

* **Impfkampagne zur Coronavirus-Schutzimpfung**

Die Corona-Schutzimpfung wurde von den maßgeblichen Teilen der Wissenschaft bereits zu Beginn als sog. Game-Changer bezeichnet. Frühzeitig wurde mit dem Impfdashboard eine zentrale Internetseite eingerichtet, um den Fortschritt der Impfkampagne transparent, tagesaktuell und visuell ansprechend für Bürgerinnen und Bürger abzubilden.

Zeitgleich mit Zulassung des ersten Impfstoffes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 startete die Informations- und Aufklärungsarbeit zur Corona-Schutzimpfung mit der bundesweiten Kommunikationskampagne nach dem Motto: “Deutschland krempelt die #ÄrmelHoch“ für die Corona-Schutzimpfung.

Ziel der Informations- und Aufklärungsmaßnahmen zur Corona-Schutzimpfung war und ist es, die Bevölkerung verständlich und zuverlässig über das Impfen zu informieren, Vertrauen in die neu entwickelten Impfstoffe zu schaffen und insbesondere möglichst viele Menschen zu motivieren, sich impfen zu lassen. Um eine hohe Impfquote innerhalb der Bevölkerung zu erreichen, ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Bürgerinnen und Bürger der Corona-Schutzimpfung positiv gegenüberstehen. Die für dieses Ziel entstandenen kommunikativen Herausforderungen waren und sind vielfältig: Herausforderungen begegnete die Impfkampagne insbesondere vor dem Hintergrund, dass die zunächst nur beschränkt vorhandenen Impfstoffmengen eine Impf-Priorisierung und damit die Festlegung erforderlich machten, in welcher Reihenfolge gegen das Corona-Virus geimpft wird. Einerseits galt es, den Grundsatz „Die Schwächsten zuerst“ zu kommunizieren, gleichzeitig musste es, trotz der zu Beginn geringen Impfstoffmengen darum gehen, die Motivation „sich impfen zu lassen“, in der gesamten Bevölkerung zu stärken. Ebenso musste möglicher Skepsis gegenüber neuen Impfstoffen sowie gezielter Desinformation begegnet werden. Eine Aufgabe, die auch heute weiterhin besteht. Die Bundesregierung hat einen Prozess etabliert, um den verbreiteten Desinformationen zeitnah mit aktuellen Fakten und verlässlichen Informationen entgegen zu treten und sie zu widerlegen. Transparenz, die vor allem auch eine Aufklärung über auftretende Impfreaktionen oder Nebenwirkungen beinhaltet, ist dazu unabdingbar.

Nach wie vor ist die Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 ein zentrales Mittel zur Bekämpfung der Pandemie. Die Bundesregierung unternimmt daher weiterhin alle Anstrengungen, um im Rahmen der von der Bundesregierung geleiteten Kommunikationskampagne eine größtmögliche Reichweite unter den Impflingen zu erreichen. Dazu werden zielgerichtete Angebote für spezifische Gruppen gemacht. Die Kommunikationsmaßnahmen werden so ausgerichtet, dass auch die Menschen erreicht werden, die keinen oder nur kaum Zugang zu den Informationen über die traditionellen oder digitalen Medien der Massenkommunikation haben; es werden zudem sprachliche Hindernisse als Zugangshemmnis abgebaut. Daher wird auch die gesamte Kommunikation im Rahmen der Corona-Pandemie grundsätzlich mehrsprachig geführt. Informationsmaterialien waren in den ersten Monaten in bis zu 22 Fremdsprachen erhältlich. Aktuell stehen die Materialien in den fünf am häufigsten abgerufenen Sprachen (u.a. in englischer, arabischer, russischer und türkischer Sprache) zur Verfügung und sind darüber hinaus in leichter Sprache und in Gebärdensprache erhältlich. Alle Inhalte werden regelmäßig angeboten. Dabei arbeitet die Bundesregierung mit Expertinnen und Experten zusammen, um unter anderem gegebenenfalls bestehende besondere ethnische Aspekte zu berücksichtigen. Zusätzlich werden barrierefreie Beiträge und Videos auf den Webseiten und in den Sozialen Medien angeboten.

Wie die Ergebnisse der COSMO-Studie zeigen, sollte auch das Impfangebot vor Ort möglichst niedrigschwellig ausgestaltet sein (https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/summary/46/). Sich impfen zu lassen, sollte so einfach wie möglich sein. Mobile Impfteams, die den Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld, z. B. in ihren Wohnquartieren, in Innenstädten oder bei Freizeit- und Einkaufseinrichtungen die Möglichkeit eröffnen, sich impfen zu lassen, sind solche niedrigschwelligen Angebote. Es sind diese einfachen Gelegenheiten, die viele noch nicht geimpfte Menschen dazu bewegen können, sich impfen zu lassen. Mit der deutschlandweiten Aktionswoche #HierWirdGeimpft, die Bund und Länder gemeinsam durchgeführt haben, wurde dieses niedrigschwellige Angebot erstmals bundesweit realisiert.

Die Zusammenarbeit mit Einzelpersonen ist seit Beginn der digitalen Corona-Kommunikation ein zentraler Baustein. Im Rahmen der Kampagne “Ärmel hoch” zum Start der Corona-Schutzimpfung wurden prominente Gesichter, die verschiedene Zielgruppen ansprechen, wie Günther Jauch, Uschi Glas, Olivia Jones oder die Handball-Nationalmannschaft positiv portraitiert, um die Akzeptanz der Impfung in der Bevölkerung zu erhöhen. In einem weiteren Kommunikationsstrang wurden wöchentlich neue Personen aus verschiedenen Berufsgruppen (z. B. Pflege und Gesundheitspersonal) dargestellt, die die Bedeutung der Corona-Schutzimpfung in kurzen Statements vermitteln. Auch für die fremdsprachige Kommunikation wurde die Ansprache über Einzelpersonen aus den jeweiligen Communities gewählt.

Zudem entstand durch die sich rasch verbreitende Omikron-Variante eine weitere Herausforderung. Mit den Informations- und Aufklärungsmaßnahmen der Bundesregierung unter Slogan „Impfen hilft“ wurde diesen Herausforderungen wirksam begegnet: Es wurden gezielt die Bevölkerungskreise angesprochen, die aufgrund der Datenlage einen hohen Anteil von nicht geimpften Personen haben. Diese fanden und finden sich einerseits in den durch Studien identifizierten Bevölkerungsgruppen (Kinder und Jugendliche, Menschen über 60 Jahre, solche mit Migrationshintergrund oder bildungsferne Personen) und andererseits in bestimmten Regionen. Für eine zielgruppenspezifische Ansprache nutzte und nutzt die Kampagne diesen Slogan und somit auch die Botschaft „Impfen hilft“ vor allem für zielgruppenspezifische Medienrepertoires und realisiert damit die niedrigschwelligen Angebote, die von den einschlägigen wissenschaftlichen Studien empfohlen werden. Regional ausgesteuert und zielgruppenorientiert erreicht die #ImpfenHilft-Tour die Menschen unmittelbar in ihrem Lebensumfeld bzw. in ihren Milieus. Kombiniert mit einer gleichzeitig vor Ort vorhandenen Möglichkeit sich impfen zu lassen, wird den Menschen damit ein extrem niedrigschwelliges Angebot unterbreitet.

**Stellungnahme der Bundesregierung zur Risikokommunikation im Hinblick auf kommenden Herbst und Winter**

Corona bleibt eine reale Gefahr: Die wissenschaftlichen Erkenntnisse weisen darauf hin, dass im Herbst mit weiteren Wellen zu rechnen ist, auch weitere Virusvarianten schließt die Wissenschaft nicht aus. Hohe Fallzahlen und eine Belastung des Gesundheitssystems sind daher Szenarien, die auch im kommenden Herbst und Winter sehr wahrscheinlich sind. Die Bundesregierung bereitet die Bevölkerung bereits jetzt mit einer breitenwirksamen Kommunikation darauf vor.

Die Empfehlungen der Sachverständigenkommission wurden und werden zu großen Teilen bereits umgesetzt.

1. **Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie**

**Zusammenfassende Bewertung der Sachverständigenkommission (vgl. auch S. 14 – 16; S. 61-103)**

Zur Eindämmung der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2, zur Unterbrechung von Infektionsketten, zum Schutz der besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe sowie zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems wurden im Zuge der Corona-Pandemie eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, zu denen die Evaluationskommission anhand des Kriteriums der Wirksamkeit Stellung bezieht. Danach sei die Wirksamkeit eines Lockdowns in der frühen Phase der Kontaktnachverfolgung („Containment“) am effektivsten, verliere seinen Effekt aber wiederum schnell. Dies gelte auch für die Kontaktnachverfolgung, für welche zudem eine bessere Digitalisierung der Infektionserfassung mit bundesweit einheitlichen Systemen künftig unabdingbar sei. Der Effekt von 2G/3G-Maßnahmen sei bei den derzeitigen Varianten in den ersten Wochen nach der Boosterimpfung oder der Genesung hoch**.** In Anbetracht der leichten Übertragbarkeit von SARS-CoV-2 in der vorherrschenden Omikron-Variante bei Geimpften sowie der Impf- und Genesungsquote sei allerdings begleitend zu erforschen, wie gut eine Eindämmung über Testung funktionieren könne. Die genaue Wirksamkeit von Schulschließungen sei weiterhin offen. Da Kinder durch Schulschließungen indessen besonders betroffen seien, wird empfohlen, eine Expertenkommission die nicht-intendierten Auswirkungen der Schulschließung unter besonderer Berücksichtigung des Kindeswohles genauer evaluieren zu lassen. Das Tragen von Masken sei ein wirksames Instrument in der Pandemiebekämpfung. Künftig solle eine Maskenpflicht auf Innenräume und Orte mit einem höheren Infektionsrisiko beschränkt bleiben, da die Übertragung des Coronavirus im Innenbereich ungleich stärker sei als im Außenbereich.

Studien für Deutschland und weitere Länder belegten, dass die Pandemie erhebliche psychosoziale Auswirkungen insbesondere auf Frauen und jüngere Menschen hatte. Besonderes Augenmerk müsse zudem auf Kinder und Jugendliche mit dem Ziel der maximal möglichen Teilhabe und des Schutzes vor häuslicher Gewalt gerichtet werden. Darüber hinaus sei es wichtig, die sozial bedingte Ungleichheit als eigenständiges Thema der Pandemiepolitik zu etablieren; außerdem sei eine enge Kontrolle des Infektionsschutzes in der Arbeitswelt, insbesondere in Branchen bzw. Regionen mit hygienisch prekären Arbeitsplätzen erforderlich. Vor dem Hintergrund, dass viele Corona-bedingte Maßnahmen geschlechtsspezifische Auswirkungen hätten, seien künftige Pandemiemaßnahmen einem Gender Budgeting zu unterziehen, um staatliche Leistungen gerechter auf die Geschlechter zu verteilen.

Die von der Bundesregierung ergriffenen wirtschaftspolitischen Maßnahmen hätten einen wichtigen positiven Beitrag im Pandemiemanagement geleistet: Bund und Länder hätten frühzeitig auf die drohenden Konsequenzen reagiert und mit großen finanziellen Anstrengungen gegengesteuert. Ein großer Anstieg der Beschäftigungslosigkeit sei ausgeblieben, ebenso wie ein drastischer Einbruch der verfügbaren Einkommen oder ein massiver Anstieg der Unternehmensinsolvenzen.

**Stellungnahme der Bundesregierung zu 4.1– Infektionsprävention und Risikominderung in Kontaktsituationen**

* **Formen von Lockdowns und deren Folgen**

Kurz nach Auftreten von SARS-CoV-2 in Deutschland wurden Lockdown-Maßnahmen ergriffen mit dem Ziel, das Übertragungsrisiko in der Bevölkerung einzudämmen, um das Ausbruchsgeschehen einzudämmen, die Kapazitäten des Gesundheitswesens zu schonen und die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger zu schützen.

Die Bundesregierung schließt sich der Einschätzung des Sachverständigenausschusses an, dass die Auswirkungen eines Lockdowns differenziert zu bewerten sind, denn neben die intendierten Wirkungen des Infektionsschutzes treten die nicht-intendierten gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen sowie Defizite in der gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung, insbesondere bei länger andauerndem Lockdown. Zudem lässt die Adhärenz innerhalb der Bevölkerung mit der Dauer des Lockdowns nach. Während also ein früher, kurzer Lockdown ein äußerst wirksames Instrument darstellen kann, verliert ein längerer Lockdown zunehmend seinen Effekt.

Um künftig Lockdownmaßnahmen vermeiden zu können, verfolgt die Bundesregierung verschiedene Strategien:

Nach wie vor ist die Impfung zentrales Mittel zur Bewältigung der Pandemie. Die fortgesetzte und verstärkte Impfkampagne soll weiterhin die Impfquote erhöhen sowie Impflücken schließen. Zur Risikovorsorge hat die Bundesregierung unter anderem sichergestellt, dass ausreichend Originalimpfstoff gegen den ursprünglichen Stamm von SARS-CoV-2 im Herbst und Winter zur Verfügung stehen werden; gleichzeitig wurden auch die notwendigen Schritte zum zeitnahen Bezug von an die Omikron-Variante angepassten Impfstoffen für die Bundesrepublik Deutschland nach deren Zulassung in die Wege geleitet.

Die auf den Schutz besonders vulnerabler Personengruppen ausgerichtete Teststrategie soll dazu beitragen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und Infektionsketten zu unterbrechen. Flankierend dazu soll die weitere Bewerbung von AHA+L-Maßnahmen dazu beitragen, das Übertragungsrisiko in der Bevölkerung minimieren.

Die Bundesregierung richtet außerdem einen Pandemie-Radar ein. Dieser ermöglicht kurzfristige Reaktionen, die aufgrund eines dynamischen Pandemiegeschehens unerlässlich sind. Die bereits etablierten Surveillance-Instrumente wie die 7-Tage-Inzidenz und das DIVI-Intensivregister werden hierfür um neue Instrumente wie die Bettenbelegung und die Abwassersurveillance erweitert. Die verschiedenen signalgebenden Indikatoren des Pandemie-Radars können herangezogen werden, um eine Entscheidungsgrundlage für die Anordnung von notwendigen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) nach dem Infektionsschutzgesetz zu bilden.

Mit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes sind Ausgangs- oder Kontaktbeschränkungen im privaten oder öffentlichen Raum nach derzeitiger Rechtslage nicht mehr möglich.

* **Die Wirkung von 2G-/3G-Beschränkungen auf das Pandemiegeschehen**

Die Bundesregierung stimmt der Einschätzung der Sachverständigenkommission zu, dass eine umfängliche Bewertung der 2G-/3G-Regelungen als singuläre Maßnahme nicht möglich ist, da diese Regelungen stets mit weiteren übertragungshemmenden Maßnahmen, wie dem Tragen von Masken oder Abstandsregelungeneingesetzt wurden.

Dennoch lassen sich die Regelungen vor dem Hintergrund der plausiblen individuellen Risikoreduktion untereinander abstufen. Bei den in der Vergangenheit zur Anwendung gekommenen 3G-Veranstaltungen (also geimpft, genesen ODER getestet) ist zu bedenken, dass sowohl falsch-negativ Getestete als auch Geimpfte und Genesene die Infektion in eine Veranstaltung eintragen können. Die größten individuellen Risiken bei einer 3G-Veranstaltung bestehen für getestete (aber ungeimpfte) Personen, da diese nicht vor einer Erkrankung mit einem schweren Verlauf geschützt sind. Bei 2G-Veranstaltungen (geimpft oder genesen) ist eine Eintragung des Virus ebenso möglich, ein schwerer Krankheitsverlauf ist bei den Teilnehmenden aufgrund ihrer vorherigen Virus-Exposition (durch Impfung oder Infektion) jedoch nicht zu erwarten. Bei 2G+-Veranstaltungen (geimpft, genesen UND getestet) ist der risikoreduzierende Effekt am größten. Die vorausgehende (tagesaktuelle) Testung verringert das Risiko, dass Personen, die infektions-tüchtiges Virus unerkannt (asymptomatisch) ausscheiden, an einer Veranstaltung teilnehmen. Dennoch ist auch dieser Veranstaltungstyp nicht vollständig sicher: Falsch-negativ getestete Ge-impfte und Genesene können die Infektion nach wie vor in die Veranstaltung eintragen. Allerdings ist auch hier das Risiko, dass die Teilnehmenden schwer erkranken, durch Impfung und/oder Genesung verringert.

In den Wochen nach einer Booster-Impfung oder einer Infektion ist der individuelle Schutz vor einer Infektion am höchsten, dieser lässt jedoch mit der Zeit nach. Ausnahmen von etwaigen 2G- oder 3G-Regelungen wären für diese Personengruppe damit denkbar, allerdings nur für einen sehr begrenzten Zeitraum von maximal drei Monaten.

Angesichts der Tatsache, dass die Gruppe der immun-naiven Personen (Personen ohne SARS-CoV-2 Exposition) durch Impferfolge und das aktuelle Infektionsgeschehen stetig kleiner wird, ist eine erneute Einführung von 2G- oder 3G-Regelungen bei Auftreten immunevasiver, besorgniserregender Varianten, die vermehrt mit schweren Verläufen sowie Hospitalisierungen einhergehen, erneut zu diskutieren. Das zum 24. September 2022 neu in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz sieht die Möglichkeit vor, 3G-Zutrittsbeschränkungen durch Vorlage eines Impf-, Genesenen- oder Testnachweises als notwendige Schutzmaßnahme dann vorzusehen, wenn der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat.

* **Kontaktnachverfolgung, Quarantäne, Isolation und Tests**

Ein wesentlicher Baustein zur Eindämmung (Containment) von Pandemien ist die Kontaktpersonennachverfolgung (KPN), die in Deutschland vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt wird. Auch wenn nicht alle Erkrankungen und Kontakte zeitnah identifiziert werden konnten, bewirken diese Anstrengungen, dass die Ausbreitung des Virus in der Bevölkerung so stark wie möglich verlangsamt wird, um eine Erkrankungswelle hinauszuzögern und deren Dynamik abzuschwächen.

Die Empfehlungen des Bundes im Hinblick auf Absonderungsregelungen wurden im Laufe der Pandemie fortlaufend evaluiert und dem jeweiligen Infektionsgeschehen angepasst. Die Isolierungsdauer für nachweislich positiv getestete Personen wurde zuletzt am 2. Mai 2022 auf fünf Tage verkürzt, für enge Kontaktpersonen gilt seitdem die dringende Empfehlung, Kontakte zu reduzieren. Die Isolation von auf SARS-CoV-2 positiv getesteten Personen ist weiterhin unbedingt erforderlich, um das Übertragungsrisiko in der Bevölkerung zu minimieren und schweren Krankheitsverläufen vorzubeugen. Die Isolation von Infizierten und die empfohlene Quarantäne von ansteckungsverdächtigen Kontaktpersonen dient zudem dem Schutz vulnerabler Gruppen und der Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens. Bei milder bis moderater Erkrankung ist die Möglichkeit einer Ansteckung anderer nach mehr als fünf Tagen seit Beginn der Krankheitszeichen bei gleichzeitiger Symptomfreiheit erheblich reduziert. Bei schweren Erkrankungen und bei Vorliegen einer Immunschwäche können die Betroffenen auch noch deutlich länger ansteckend sein.

Die Bundesregierung schließt sich der Einschätzung des Sachverständigenausschusses an, dass KPN vor allem in der Frühphase der Pandemie wirksam ist. Hohe Fallzahlen können aber zu einer Überlastung der Gesundheitsämter und der Testkapazitäten führen und die Nachverfolgung erschweren. Der Sachverständigenrat hält dann eine Schutz-Strategie vulnerabler Gruppen (Protection) für effektiver. Auch die Bundesregierung legt bei der Anpassung der Absonderungsregeln grundsätzlich den Fokus auf den Schutz vulnerabler Gruppen.

Der Empfehlung des Sachverständigenrats die Digitalisierung der Infektionserfassung mit bundesweit einheitlichen Systemen zu verbessern, kommt die Bundesregierung fortlaufend nach. Mit dem Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) wird das existierende Meldesystem für Infektionskrankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert.

Die Testung ist und bleibt wesentlicher Bestandteil der Pandemie-Bekämpfungs-Strategie der Bundesregierung. Der durch die Testung ermittelte Nachweis dient der zeitnahen Erkennung und Behandlung von Infektionen und unterstützt die Unterbrechung von Infektionsketten. Zu Beginn der Pandemie hat die Bundesregierung deshalb zentral Antigen-Schnelltests zur Anwendung durch professionelles Personal beschafft. Aufgrund der Möglichkeit eines asymptomatischen COVID-19 Verlaufs wurde mit der Coronavirus-Testverordnung sehr früh in der Pandemie die Möglichkeit geschaffen, dass sich Bürgerinnen und Bürger kostenlos und anlasslos testen konnten. Der Vorteil von Antigen-Schnelltests bei der Bürgertestung ist die sehr schnelle Verfügbarkeit des Testergebnisses sowie die Möglichkeit, die Testung niederschwellig und dezentral durchzuführen.

Die Teststrategien und das Testverhalten haben sich entsprechend dem Pandemieverlauf, der Verfügbarkeit von Antigen-Schnell- und Selbsttests sowie auch der Verfügbarkeit von im Labor durchgeführten PCR-Tests kontinuierlich geändert, weswegen durch den Sachverständigenrat keine verlässliche Bewertung vorgenommen werden konnte.

Die Nationale Teststrategie stellt eine rechtlich nicht bindende, fachliche Orientierungshilfe zum Einsatz von Testkapazitäten im Rahmen der COVID-19-Pandemie dar und hat von Beginn der Pandemie an bestimmte Indikationen mit einer Priorität versehen:

1. Es besteht Symptomatik und/oder ein enger Kontakt und es besteht ein individuelles Risiko für einen schweren Verlauf.

2. Schutz vulnerabler Personen durch Testung enger Kontaktpersonen nach Exposition und in umschriebenen Settings, z.B. Testung asymptomatischer Personen bei Neuaufnahme in ein Krankenhaus oder Testung von Kontaktpersonen von Pflegebedürftigen.

3. Eindämmung von Ausbrüchen.

Die Nationale Teststrategie wird durch die vom Bundesministerium für Gesundheit erlassene Coronavirus-Testverordnung flankiert, die den Anspruch auf bestimmte Testungen regelt. Dazu gehören Testungen im Bereich der Prävention bei asymptomatischen Personen, u.a. die serielle Testung in Pflegeeinrichtungen bzw. auch bei symptomatischen Personen zur Bestätigung positiver Schnell- sowie Selbsttestergebnisse.

Im Übrigen werden SARS-CoV-2 Testungen symptomatischer Personen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vergütet, insofern der behandelnde Arzt im Rahmen der Krankenbehandlung eine Testung durchführt.

Sowohl die Teststrategie als auch entsprechend die Testverordnung wurden im Verlauf der Pandemie an die sich verändernde pandemische Situation kontinuierlich angepasst. Zuletzt hat eine Anpassung im Rahmen der Bürgertestung stattgefunden, die vorsieht, dass nur noch bestimmte Personengruppen Anspruch auf eine kostenlose Testung haben, um trotzdem insbesondere weiterhin auf den Schutz vulnerabler Gruppen zu fokussieren.

* **Schulschließungen**

Im Rahmen der Bemühungen, die Corona-Pandemie einzudämmen und Infektionsketten zu unterbrechen bzw. zu vermeiden, erfolgten bundesweit auch zeitlich befristete Schulschließungen. Die Schulschließungen erfolgten vor dem Hintergrund zunächst nur begrenzter Erkenntnisse über das Virus, eines dynamischen Infektionsgeschehens, und zu Zeiten, in denen Impfstoff noch nicht zur Verfügung stand bzw. die Impfkampagne gerade erst begonnen hatte. Durch die Schulschließungen sollte vor allem die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems aufrechterhalten werden, aber auch Gefahren für die Gesundheit und das Leben der Bevölkerung abgewendet werden.

Die Bundesregierung nimmt die mit Schulschließungen verbundenen Belastungen, auf die die Sachverständigenkommission hinweist, sehr ernst. Dazu gehören beispielsweise deutliche psychische Belastungen wie auch Bewegungsmangel und Gewichtszunahmen. Des Weiteren beeinträchtigten Schulschließungen den Lernerfolg und betrafen besonders stark Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien. Auch wurden Kinder und Jugendliche verstärkt Opfer oder Zeugen häuslicher Gewalt. Die Ergebnisse der dritten Befragungsrunde der COPSY-Studie, welche die Auswirkungen und Folgen der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland untersucht, wie auch die aktuellen Ergebnisse der KIDA-Studie des Robert Koch-Instituts, liefern hier ebenfalls wichtige Erkenntnisse. Sie zeigen auf, dass die durch die pandemiebedingten Einschränkungen entstandenen psychischen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen zwar leicht rückläufig, jedoch immer noch höher als vor der Pandemie sind.

Gleichzeitig hat die Bundesregierung alle Anstrengungen zu unternehmen, das Infektionsgeschehen so gering wie möglich zu halten, um den Schutz von Leben und Gesundheit der Bevölkerung sowie die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens und kritischer Infrastrukturen zu gewährleisten. Die Aufrechterhaltung des regulären Schulbetriebs und eines kontinuierlichen Betreuungs- und Bildungsangebots ohne ein höheres Infektions- und Erkrankungsrisiko für alle Beteiligten kann daher nur unter Aufrechterhaltung von infektionspräventiven Maßnahmen gelingen. Durch Kombination der verschiedenen Infektionsschutzmaßnahmen (Multikomponenten-Strategie) und konsequente Umsetzung und Kontrolle derselben können die Infektionsrisiken in Schulen deutlich reduziert werden.

Auch der Aufbau einer (Basis-)Immunität für alle Kinder im Sinne der COVID-19-Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) sowie das Schließen von Impflücken für alle weiteren Personen, in deren Obhut Kinder leben und betreut werden, ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. Dabei ist die Information über das Infektionsgeschehen und über die aktuellen Virus-Varianten ebenso wichtig wie die Impfkommunikation. Gestützt auf die vorhandenen Informationsmaterialien (u.a. Kinderfibel, Familienleitfaden und Infoblätter) arbeitet die Bundesregierung daran, die Impfquote in dieser wichtigen Zielgruppe weiter zu steigern.

Das Risiko für Infektionen ändert sich jedoch mit der eingetragenen Virenlast und ist daher im Hinblick auf das allgemeine Infektionsgeschehen und im Hinblick auf neue Virusvarianten regelmäßig neu zu bewerten.

Mit der Anpassung des IfSG können die Länder weitergehende Regelungen wie die verpflichtende Testung in Schulen erlassen. Wenn dies zur Aufrechterhaltung eines geregelten Präsenz-Unterrichtsbetriebs erforderlich ist, besteht auch die Möglichkeit einer Maskenpflicht für Beschäftigte und für Schülerinnen und Schüler ab dem fünften Schuljahr.

Zum derzeitigen Zeitpunkt sieht die Bundesregierung für den weiteren Verlauf der Pandemie, auch auf Grundlage der mit Schulschließungen verbundenen weitreichenden Folgen für Kinder und Jugendliche sowie bei gleichzeitigem Fortschreiten der Impfkampagne daher eher als sehr unwahrscheinlich an.

* **Minderung des Risikos in Kontaktsituationen durch Masken**

Über den Verlauf der Pandemie wurde der Einsatz von Masken stetig den aktuellen Geschehnissen angepasst – zu Beginn der Pandemie galt in vielen Bundesländern eine allgemeine Tragepflicht in öffentlichen Räumen. Die Bundesländer hatten dabei die Möglichkeit von bundesweiten Empfehlungen abzuweichen und strengere Trageregeln zu erlassen. Mittlerweile gilt die Maskenpflicht überwiegend in definierten Bereichen, wie z. B. ÖPNV, Zug- und Flugverkehr oder in medizinischen Einrichtungen.

Die Bundesregierung stimmt der Einschätzung des Sachverständigenausschusseszu, dass die Wirksamkeit von Masken zur Verhütung und Bekämpfung der SARS-CoV-2- Infektion weitestgehend als gesichert gilt. Im Rahmen der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes, das eine umfassende Einführung der Verpflichtung zum Tragen einer Maske in verschiedenen Lebensbereichen vorsieht, wurde diese Einschätzung des Sachverständigenausschusses bereits weitestgehend berücksichtigt.

Die Bundesregierung teilt außerdem die Meinung des Sachverständigenausschusses, dass das Tragen von Masken nicht nur dem Fremdschutz, sondern auch dem Eigenschutz dient. Die Schutzwirkung hängt dabei maßgeblich davon ab, dass die Maske korrekt getragen wird. Je mehr Personen eine medizinische Maske tragen, desto höher die Wirkung, d.h. desto kleiner das Infektionsrisiko. In Risikosettings, wie medizinischen oder pflegerischen Bereichen, sollte aus hygienischen Gründen zum Fremd- und Selbstschutz eine FFP2-Maske getragen werden, da diese, eng anliegend, idealerweise der Gesichtsform angepasst, einen besseren Schutz bietet als medizinische Masken.

Auch im Kontext der allgemeinen Infektionsschutzmaßnahmen stellt das Tragen von Masken eine wichtige Einzelmaßnahme dar, die insbesondere in der Kombination mit weiteren Maßnahmen besonders effektiv ist. Deshalb sollte das Tragen von Masken keinesfalls dazu führen, dass andere Komponenten der AHA+L-Regeln vernachlässigt werden.

Das Tragen von Masken bei Kindern, insbesondere im schulischen Bereich, stellt laut Sachverständigenrat ein eigenes hoch-komplexes Themenfeld dar. Der Effekt von Masken und die Maskenpflicht bei Kindern und in Schulen kann zwar noch nicht abschließend beurteilt werden, allerdings überwiegt in Empfehlungen und Studien der Nutzen von Maskentragen bei Schülerinnen und Schülern und pädagogischem Personal. In Kombination mit weiteren Maßnahmen verringert das Maskentragen das Infektionsrisiko und reduziert nachweislich deutlich die Zahl der Ausbrüche und pädiatrischen COVID-19-Fälle. Mit der Novellierung des IfSG zum 24. September 2022 haben die Länder deshalb die Möglichkeit, die Maskenpflicht in Schulen für Beschäftigte und für Schülerinnen und Schüler ab dem fünften Schuljahr in der Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 einzuführen, wenn dies zur Aufrechterhaltung eines geregelten Präsenz-Unterrichtsbetriebs erforderlich ist.

Es wird dem Sachverständigenrat auch in dem Punkt zugestimmt, dass eine Normierung für Kindermasken dringend erfolgen sollte. Das Normungsvorhaben "Infektionsschutzmaske", das auch Kinder berücksichtigen soll, wurde mittlerweile beim European Committee for Standardization (CEN) durch die beteiligten Staaten mit großer Mehrheit angenommen. Die Verabschiedung der Norm wird aber noch Zeit benötigen.

Der Einsatz von Masken wird weiterhin kontinuierlich in Abhängigkeit von dem Infektionsgeschehen evaluiert.

**Stellungnahme der Bundesregierung zu 4.2. – Maßnahmen zur Abfederung unerwünschter Wirkungen: Individuen, Gesellschaft und Wirtschaft**

* **Individuen: Bestandsaufnahme und Folgen im psychosozialen Bereich**

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung des Sachverständigenausschusses, dass die Corona-Pandemie das Leben der Bevölkerung in Deutschland deutlich verändert hat. Sowohl die Pandemie selbst als auch die Maßnahmen zu ihrer Eindämmung haben bei vielen Menschen zu psychosozialen Belastungen geführt. Inwieweit damit auch eine Zunahme behandlungsbedürftiger psychischer Störungen einhergeht, lässt sich jedoch nicht abschließend beurteilen.Aktuelle Studien zeigen, dass sich eine große Mehrheit der Erwachsenen wie auch der Kinder und Jugendlichen als relativ resilient gezeigt hat und trotz zunehmender Belastungen insgesamt über eine stabile psychische Gesundheit verfügt. Dennoch waren die psychosozialen Belastungen bei einem Teil der Bevölkerung erheblich und haben teilweise auch zu psychischen Auffälligkeiten, zur Verstärkung einer vorbestehenden psychischen Vulnerabilität oder seltener zur Erstentwicklung einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung geführt.

Die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und zu stärken ist ein gemeinsames Anliegen von Bund, Ländern und Kommunen wie auch vieler weiterer Akteure. Ziel war und ist es, die Menschen vor einer Infektion zu schützen, die primären und sekundären Krankheitslasten soweit wie möglich zu reduzieren und gleichzeitig die Belastungen durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zu vermindern. Insgesamt trägt eine Vielzahl an niederschwelligen Unterstützungs- und Hilfsangeboten von Bund, Ländern und Kommunen dazu bei, die Menschen in der Pandemie-Situation zu unterstützen und sie in die Lage zu versetzen, Unsicherheiten und Ängste zu bewältigen. Dazu bestehen – neben den unmittelbaren staatlichen Unterstützungsleistungen in dieser Krise zur Stabilisierung und Sicherung der Lebensgrundlagen – unter anderem psychosoziale Beratungsstellen und psychiatrische Krisendienste vor Ort sowie überregionale digitale und telefonische Informations- und Beratungsangebote. Bei stärkeren psychischen Belastungen oder Beeinträchtigungen steht das medizinische Versorgungssystem mit seinem breiten Angebot an Hilfen zur Verfügung. Seit Beginn der Pandemie wurden zahlreiche Regelungen getroffen, die Betroffenen, die psychotherapeutische oder psychiatrische Unterstützung benötigen, die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen erleichtern. Beispielsweise wurden die Möglichkeiten erweitert, psychotherapeutische Behandlungen in Form von Telefon- oder Videosprechstunden durchzuführen.

Um die gesundheitliche Situation der Menschen im weiteren Verlauf der Pandemie im Blick zu halten, verfolgt das Robert Koch-Institut (RKI) den nationalen und internationalen Forschungsstand zu den Auswirkungen der Pandemie fortlaufend und führt im Auftrag des BMG verschiedene Studien durch, u.a. die Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“. Die Ergebnisse werden kontinuierlich veröffentlicht und sind auf der Webseite des RKI abrufbar. Damit wird die Empfehlung des Sachverständigenausschusses aktuell umgesetzt, longitudinal angelegte Studien mit einem besonderen Augenmerk auf Kinder und Jugendliche durchzuführen, um Risikofaktoren für psychische Beeinträchtigungen während einer Pandemie zu identifizieren.

* **Gesellschaft: Folgen für Familien, Mütter und vulnerable Gruppen**

Bitte um Beitrag seitens BMFSFJ sowie BMAS

* **Wirtschaft: Bestandsaufnahme und Folgen im ökonomischen Bereich**

Bitte um Beitrag seitens BMWK

**5. Rechtliche Aspekte**

**Zusammenfassende Bewertung der Sachverständigenkommission (vgl. auch S. 16/17; S.103 – 123)**

Für das IfSG als Rechtsgrundlage wird durch den Sachverständigenausschuss erheblicher Reformbedarf festgestellt. Die „Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ sei eine juristisch fragwürdige Konstruktion. Die mit § 5 Absatz 2 IfSG vorgenommene Verlagerung wesentlicher Entscheidungsbefugnisse auf die Exekutive sei verfassungsrechtlich bedenklich. Stattdessen werden konkrete Ermächtigungsgrundlagen zum Erlass von Rechtsverordnungen in den einzelnen Fachgesetzen empfohlen. Die Regelungen zu den Schutzmaßnahmen (§§ 28-32, 36 IfSG) seien von der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite zu entkoppeln und stattdessen mit Eingriffsschwellen zu verknüpfen. Für künftige Pandemien sollten Befugnisnormen geschaffen werden, die sich nicht ausschließlich auf SARS-CoV-2 bezögen, sondern für alle Krankheitserreger gelten. Weiterhin wird empfohlen, hinreichend konkrete bundesgesetzliche Normen zu beschließen und deren Konkretisierung durch Rechtsverordnung und Allgemeinverfügungen den Ländern zu überlassen.

Zudem sei im Hinblick auf die Entschädigungsregelungen des IfSG, die davon ausgingen, dass Verdienstausfälle in Folge eines Erwerbstätigkeitsverbots, einer Betriebsschließung oder einer Absonderung im Regelfall entschädigungslos hinzunehmen seien, dieses um Regelungen für den Ausgleich entstandener Vermögensschäden zu ergänzen. Zu erwägen sei etwa eine Versicherungspflicht, die auf den Ausgleich von Substanzschäden oder von durch Betriebsausfälle hervorgerufene Schäden gerichtet wäre oder die Errichtung eines Fonds.

**Stellungnahme der Bundesregierung zu 5.1 -§ 5 Abs. 1 IFSG: Die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite**

Die Einschätzung, dass die „Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ (§ 5 Abs. 1 IfSG) eine juristisch insgesamt fragwürdige Konstruktion sei, wird von Seiten der Bundesregierung nicht geteilt. Es ist dem Sicherstellungs- und vorsorgerecht nicht fremd, dass durch Feststellungsbeschlüsse über das Bestehen einer bestimmten kritischen Lage, weitere rechtliche Regelungsbefugnisse auf Ebene des Bundes eröffnet werden (vgl. beispielsweise § 4 ff. des Gesetzes über die Sicherstellung der Grundversorgung mit Lebensmitteln in einer Versorgungskrise und Maßnahmen zur Vorsorge für eine Versorgungskrise). Ein zusätzlicher verfassungsrechtlicher Kompetenztitel wird insoweit nicht für erforderlich gehalten.

**Stellungnahme der Bundesregierung zu 5.2 - § 5 Abs. 2 IfSG: Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Erlass von Rechtsverordnungen**

Die Bundesregierung wird prüfen, ob die Verordnungsermächtigungen des § 5 Abs. 2 IfSG für künftige bundesweite Gefährdungslagen sämtlich benötigt werden und ob in Teilen nicht bestimmtere Ermächtigungen vorgesehen werden können. Der Vorrang des Gesetzes hindert den Gesetzgeber jedenfalls grundsätzlich nicht, die Subsidiarität einer gesetzlichen Regelung gegenüber einer abweichenden Rechtsverordnung anzuordnen (BVerfGE 8, 155, 170 f.).

Grundsätzlich ist eine Abweichung (Ausnahme) von Parlamentsgesetzen durch niederrangige Regelungen in einem bestimmten Umfang zulässig, jedenfalls dann, wenn die Grenze dort liege, wo der Gesetzgeber Vorschriften von solcher Bedeutung und in solchem Umfang für subsidiär erklärt, dass sich dadurch innerhalb des Staatsgefüges eine Gewichtsverschiebung zwischen gesetzgebender Gewalt und Verwaltung ergibt (Mann, in: Sachs GG, Art. 80 Rn. 23 ff.). Hierbei wird zu berücksichtigen sein, dass durch einen Feststellungsbeschluss des Deutschen Bundestages es für diesen immer möglich ist, die entsprechende Lage zu beenden und die speziellen Befugnisse wieder aufzuheben. Der Gesetzgeber hat daher bewusst für Zeiten einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite dem BMG gewisse Abweichungsmöglichkeiten von gesetzlichen Vorschriften zugestanden (wie schon bisher in § 71 Abs. 2 und § 79 Abs. 1 AMG). Die verbliebenen Verordnungsermächtigungen sollten verfassungskonform eng ausgelegt werden, sodass für § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 lit. a IfSG gesetzliche Abweichungen nur für die dort genannten Bereiche („zum Arbeitsschutz…“) möglich wären und Abweichungen von Gesetzen nach § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 lit a und Nr. 8 lit. b IfSG grundsätzlich nur insoweit zulässig sind, als von untergesetzlichen Richtlinien etc. abgewichen wird.

**Stellungnahme der Bundesregierung zu 5.3. - Schutzmaßnahmen, §§ 28-32, 36 IFSG**

Die Bundesregierung stimmt grundsätzlich der Einschätzung zu, dass im Rahmen einer Reform des IfSG im Hinblick auf künftige Pandemien Regelungsstrukturen für Schutzmaßnahmen geschaffen werden sollten, die nicht nur auf COVID-19 zugeschnitten sind, sondern verschiedene Arten von Krankheitserregern mit ihren unterschiedlichen Übertragungswegen erfassen können. Es ist wahrscheinlich, dass immer wieder neue bedrohliche Krankheitserreger die öffentliche Gesundheit bedrohen und insofern können (neben der Generalklausel § 28 Abs. 1 IfSG) insbesondere im Hinblick auf die Vorbereitung auf künftige Pandemien allgemeinere Regelungen sinnvoll sein. Gleichzeitig bewegt sich die Formulierung eben jener Regelungen immer in dem Spannungsfeld, dass die pandemische Ausbreitung von Erkrankungen sehr unterschiedlich verlaufen kann (z. B. im Hinblick auf den biologischen Übertragungsweg) und allgemeine Regelungen dies ggf. nicht abbilden können.

Die auf COVID-19 zugeschnittenen Sonderregelungen der §§ 28a ff IfSG wurden indessen aufgrund der teilweise erheblichen Grundrechtseingriffe durch die Corona-Bekämpfungsmaßnahmen verabschiedet, die zuvor maßgeblich auf der Grundlage der §§ 28, 29, 30 und 32 IfSG getroffen wurden (BT-Drs. 19/23944, 21). Die Sonderregelungen der Covid-19-Pandemie dienen dazu, angesichts der immer noch andauernden Pandemielage und den damit verbunden eingriffsintensiven Maßnahmen den verfassungsrechtlichen Anforderungen des Parlamentsvorbehalts aus Artikel 80 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 GG durch eine gesetzliche Präzisierung im Hinblick auf Dauer, Reichweite und Intensität möglicher Maßnahmen Rechnung zu tragen. Absicht des Gesetzgebers war es, die Abwägung der zur Bekämpfung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite erforderlichen Maßnahmen und den betroffenen grundrechtlichen Schutzgütern selbst vorzunehmen und damit die wesentlichen Entscheidungen zu treffen (BT-Drs. 19/23944, 21). Aufbauend auf den Erkenntnissen der COVID-19-Pandmie wurden und werden daher als wirksam eingestufte bevölkerungsbezogene Schutzmaßnahmen nur unter bestimmten Voraussetzungen (und nicht auf Basis einer Generalklausel) ermöglicht.

Im Rahmen einer bundesweit einheitlichen Bedrohungslage erscheint es auch weiterhin zweckmäßig, der Bundesregierung bzw. dem BMG bestimmte Verordnungsbefugnisse einzuräumen, die bundesweit einheitliche Schutzmaßnahmen vorsehen. Zu prüfen wäre an dieser Stelle, wie auch gegenüber solchen bundesweiten Maßnahmen ausreichender Rechtsschutz (etwa analog des Normenkontrollverfahrens nach § 47 VwGO) sichergestellt werden kann.

Zuzustimmen ist dem Bericht auch insofern, als lokal wirkende Schutzmaßnahmen unter anderen Voraussetzungen (und niedrigschwellig) möglich sein müssen, als flächendeckende (bevölkerungsbezogene) Schutzmaßnahmen.

Das in § 28c Satz 3 IfSG vorgesehene Verfahren, nach der Bundesregierung für eine Verordnung zur Festlegung von Ausnahmen insbesondere für immunisierte Personen die Zustimmung von Bundestag und Bundesrat benötigt und das vom Sachverständigenausschuss als wenig flexibel moniert wird, verdeutlicht das Spannungsfeld, in dem sich die Bundesregierung seit Beginn der Pandemie befunden hat, namentlich schnell und flexibel auf Sachlagen zu reagieren; gleichzeitig aber dem Parlament als Gesetzgeber die wesentlichen Entscheidungsbefugnisse zu überlassen. Dieses Spannungsfeld ist umso deutlicher, als dass der Sachverständigenausschuss zugleich die (zu weitgehende) Übertragung von Verordnungsermächtigung im Rahmen des § 5 Absatz 2 auf die Exekutive kritisiert.

Ob es neben der Ermächtigungsgrundlage des § 30 IfSG zur Absonderung und des § 31 IfSG zum Tätigkeitsverbot einer weiteren Ermächtigungsgrundlage für erweiterte Verkehrsbeschränkungen bedarf, erscheint zweifelhaft.

Als zu Recht klärungsbedürftig wird das Verhältnis zwischen infektionsschutzrechtlichen und anderen gefahrenabwehrrechtlichen Vorschriften sowie arbeitsschutzrechtlichen Vorschriften beschrieben. Dies zu beurteilen, obliegt der rechtsprechenden Gewalt.

**Stellungnahme der Bundesregierung zu 5.4. - Entschädigung, § 56 IFSG**

Zuzustimmen ist dem Evaluationsbericht darin, die Regelungen zur Entschädigung der §§ 56 ff. IfSG auf eine Reformbedürftigkeit hin zu überprüfen. Anders als dargestellt, ist es jedoch nicht zwingend, die Regelungen als Billigkeitsentschädigung zu begreifen, das gilt insbesondere dann, wenn sich bei Ansteckungsverdächtigen der Verdacht einer Ansteckung im Nachhinein als unrichtig darstellt. Ob die gesetzlich normierten Entschädigungsregelungen für Maßnahmen aufgrund des IfSG nur eine Billigkeitsregelung darstellen oder eine Entschädigung bzw. ein Ausgleich geboten ist, hat das Bundesverfassungsgericht bislang folgerichtig offengelassen (vgl. BVerfG, Beschl. v. 10.02.2022 – 2 BvR 1073/21 Rn. 38; BVerfG, Beschl. v. 29.4.1981, 1 BvL 11/78 = BVerfGE 57, 107, 117). Zu prüfen wird insbesondere der Rahmen für eine Entschädigung bei flächendeckenden Betriebsschließungen sein (vgl. dazu BGH, Urt. v. 17.3.2022 – III ZR 79/21).

1. **Ausblick**

Die Ausgangslage für den Umgang mit der COVID-19-Pandemie ist im Jahr 2022 eine andere als sie es noch im Jahr 2020 gewesen ist. Eine besondere Herausforderung staatlichen Handelns in der Pandemie stellte es deshalb dar, dass zu jedem Zeitpunkt der Pandemie auf die sich verändernde Sachlage reagiert werden musste; die nötige Flexibilität staatlichen Handelns aufgrund der sich verändernden Sachlage ist auch heute noch notwendig. Zu jedem Zeitpunkt der Pandemie haben die damalige Bundesregierung und die jetzige Bundesregierung nach bestem Wissen auf Grundlage der wissenschaftlichen Erkenntnisse gehandelt.

Die Gesamtschau der Maßnahmen, insbesondere der Schutzmaßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2, aber auch der wirtschafts-, arbeits- und fiskalpolitischen Anstrengungen, haben maßgeblich dazu beigetragen, dass Deutschland bisher gut durch die vergangenen zwei Jahre der Pandemie gekommen ist. Die Bundesregierung wird auch in Zukunft auf wissenschaftliche Expertise zurückgreifen, um ihre Maßnahmen zu evaluieren und weiterzuentwickeln.

Der Evaluierungsbericht ist eine wertvolle Arbeit, der in Vorbereitung für künftige Pandemien gewinnbringende Hinweise enthält; er hilft auch dabei, das vergangene Pandemiemanagement in der Rückschau zu bewerten und ist damit ein wichtiger Baustein in einem größeren Puzzle. Der Evaluationsbericht floss – neben weiteren nationale und internationalen Studien sowie den Stellungnahmen des Corona-ExpertInnenrats der Bundesregierung – in die aktuelle Novellierung des IfSG ein und war eine der Grundlagen der Verhandlungen zwischen dem BMG und dem BMJ.

Die künftigen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der COVID-19-Krankheit sehen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 unabhängig von der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite ein Stufenmodell vor. Aufbauend auf bundesweit einheitlichen und obligatorischen Basisschutzmaßnahmen erhalten die Länder einen zweistufigen Instrumentenkasten, mit dem sie auf das Infektionsgeschehen adäquat reagieren können. Die Entscheidungen über die Schutzmaßnahmen sind insbesondere am Schutz von Leben und Gesundheit durch Verhinderung einer Vielzahl schwerer oder tödlicher Krankheitsverläufe, am Schutz vulnerabler Personengruppen und der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen kritischen Infrastrukturen auszurichten.

Daneben wird das Bundesministerium für Gesundheit die Corona-Herbststrategie, die auf sieben Punkten basiert, voranbringen. Dazu gehören unter anderem die Beschaffung des aktuellsten, an die derzeit vorherrschenden Omikron-Varianten angepassten Impfstoffe, der Schutz von Pflegebedürftigen in Heimen durch gezielte­ren, schnelleren Einsatz von lebensrettenden antiviralen Medikamenten und der Pandemiera­dar, der mit erweiterten Daten und einem breit aufgestellten Surveillance-System einen deut­lich besseren Überblick über Pandemiegeschehen und -entwicklung geben wird als noch in den vergangenen Jahren.

Die gemeinsame Anstrengung der Bundesregierung wird darin bestehen, in der Bevölkerung, die sich nachvollziehbarerweise nach dem Ende der Pandemie sehnt, für die Wirkung und die Akzeptanz der Schutzmaßnahmen zu werben. Diese Schutzmaßnahmen sind kein Selbstzweck. Sie sind zum Schutz insbesondere der vulnerablen Gruppen vor schwerer Krankheit, langwierigen Folgeerkrankungen oder gar dem Tod geboten.