

# Pandemievorbereitung auf Herbst/Winter 2022/23

11. Stellungnahme des ExpertInnenrates  
der Bundesregierung zu COVID-19

## Inhaltsverzeichnis

---

1. Ausgangslage	2
2. Spezifische Ziele und Strategien für Herbst/Winter 2022/23	6
3. Teil A: Datenerhebung	9
4. Teil B: Datenanalyse und Prognose	14
5. Teil C: Verhaltensmanagement und Kommunikation	15
6. Teil D: Prävention	17
7. Teil E: Spezifische Maßnahmen und frühzeitige Therapie	19

---

## 1. Ausgangslage

Die Ausgangslage für den Umgang mit der COVID-19-Pandemie hat sich im Vergleich zu den beiden Vorjahren verändert. Dies ist bedingt durch den hohen Immunisierungsgrad der Bevölkerung und das derzeitige Auftreten von Virusvarianten mit verringerter Krankheitschwere. Dadurch ergibt sich, in Abhängigkeit vom weiteren Verlauf der Pandemie und möglicher Szenarien, ein Strategiewechsel von den bisherigen Ansätzen der Eindämmung (Containment) zu Ansätzen des Schutzes vulnerabler Gruppen (Protektion) und der Abmilderung schwerer Erkrankungen (Mitigierung). In Phasen geringerer Krankheitschwere und niedrigerer Todeszahlen hieße das, sich von einer strengen Infektionskontrolle abzuwenden (Testung und individuelles Containment) und stattdessen die infektionsbedingten Folgen für das Gesundheitssystem, die kritische Infrastruktur (KRITIS) und die Gesellschaft abzumildern. Dies beinhaltet aber weiterhin an die Situation angepasste Kontrollmaßnahmen, die je nach Virusvariante im Herbst/Winter auch wieder eine abgestufte erhöhte Infektionskontrolle notwendig machen könnten (Containment). Das in dem nachfolgenden Abschnitt dargestellte Basisszenario bedeutet, die Maßnahmen der Infektionskontrolle je nach zeitlicher und regionaler Entwicklung anzupassen. Insbesondere vulnerable Gruppen müssen auch weiterhin in allen Szenarien geschützt werden. Unabhängig davon ist eine generelle Vorbereitung auf alle unten genannten Szenarien unerlässlich.

Das Gesundheitswesen und weitere Sektoren des öffentlichen Lebens sowie die Bevölkerung müssen sich darauf einstellen und vorbereiten, dass SARS-CoV-2 und andere Atemwegsinfektionen im Herbst und Winter 2022/23 saisonal bedingt zunehmen werden. Hierzu bedarf es einer vorausschauenden Planung. Auch bei noch

bestehenden Unsicherheiten in Bezug auf die weitere Evolution von SARS-CoV-2 und bei einer hohen, aber dennoch heterogenen Immunitätslage in der Bevölkerung nach Impfung und Infektion lassen sich Rahmenszenarien für den Verlauf der kommenden Herbst-/Wintersaison skizzieren, Ziele definieren und daraus Strategien ableiten.

Es besteht trotz allgemeiner Impfpflicht für alle Menschen ab 5 Jahren weiterhin eine relevante Impflücke. Im Unterschied zu den vergangenen Herbst- und Winterwellen liegt in der Bevölkerung aufgrund der Kombination aus Impfungen und einer hohen Anzahl durchgemachter Infektionen aber mittlerweile eine breite Basisimmunität gegenüber SARS-CoV-2 vor. Allerdings ist es wahrscheinlich, dass das Gesundheitssystem und die kritische Infrastruktur aufgrund der verbleibenden Immunitätslücke und der abnehmenden Immunität im Laufe der Zeit (Immune Waning), der fortschreitenden Virusevolution und der Krankheitsaktivität durch COVID-19 und andere Atemwegserreger im kommenden Herbst /Winter erneut erheblich belastet werden könnte. Der Einfluss von neuen Virusvarianten ist zum jetzigen Zeitpunkt unklar und kann den Schutz vor Infektion und Erkrankung, insbesondere im Falle einer zunehmenden Immunflucht, ungünstig beeinflussen. Zudem ist anzunehmen, dass andere Atemwegsinfektionen in diesem Jahr in größerem Umfang zurückkehren werden und eine zusätzliche Belastung bedeuten. Dies betrifft im Besonderen die saisonale Influenza, aber auch weitere Infektionen wie das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) oder andere respiratorische Viren. Diese erhöhte Suszeptibilität (Empfänglichkeit gegenüber bestimmten Erkrankungen) der Bevölkerung könnte zusammen mit geringen oder fehlenden Schutzmaßnahmen dazu führen, dass schwere krankenhauspflichtige Atemwegsinfektionen deutlich ansteigen. Darüber hinaus können auch

Co-Infektionen von SARS-CoV-2 und Influenza-viren zu schwereren Krankheitsverläufen führen. Insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern könnte es erneut durch einen Wiederanstieg der saisonalen Atemwegserreger zu einer noch stärkeren Infektionswelle und damit zu einer Be- und Überlastung der Kinderkliniken kommen. Das Infektionsgeschehen im Herbst 2021 brachte Kinderkliniken bereits an ihre Belastungsgrenzen, sodass eine Vorsorge im Bereich der stationären Versorgungskapazitäten äußerst wichtig ist.

Die Bevölkerung ist durch zwei Jahre Pandemie geprägt. Es besteht eine nachvollziehbar hohe Erwartungshaltung an die Politik, im dritten Jahr der Pandemie effektive Vorbereitungen für Herbst und Winter zu treffen. Neben einer Flut von Informationen (davon auch Fehl- und Desinformationen) beeinflussen vor allem persönliche Erfahrungen mit Krankheit und Impfung, aber auch mit den einschränkenden Maßnahmen, die Wahrnehmung der Situation. Die geringere Krankheitsschwere der Omikron-Variante im Vergleich zur Delta-Variante und der hohe Immunsierungsgrad der Bevölkerung führen dazu, dass aktuell COVID-19 in der Bevölkerung nicht mehr als so riskant für die Gesundheit und das Gesundheitssystem angesehen wird. Dadurch nimmt auch die Bereitschaft für freiwilliges Schutzverhalten (wie z. B. das Tragen von medizinischem Mund-/Nasenschutz) deutlich ab. Zudem sind Impfungen – wie z. B. die wichtige Booster-Impfung – aktuell wenig nachgefragt.

## Szenarien für das kommende Winterhalbjahr

Die Evolution von SARS-CoV-2 ist derzeit nicht verlässlich vorhersagbar. Momentan wird das Auftreten neuer Varianten, wie BA.4/5 oder BA.2.12.1 in den USA, beobachtet. Eine generelle Abschwächung der krankmachenden Eigen-

schaften (intrinsische Virulenz) von SARS-CoV-2 ist vorstellbar, kann jedoch nicht vorausgesetzt werden. Auch eine Zunahme der Virulenz im Vergleich zur Omikron-Variante erscheint möglich. Während der bisherigen Evolution vom ursprünglichen Wildtyp-Virus zur Delta-Variante hatte die Virulenz zugenommen, mit der Omikron-Variante wurde erstmals eine verminderte Krankheitsschwere im Vergleich zur Delta-Variante beobachtet. Für alle Szenarien gilt aber: Eine effektive Abschwächung der Krankheitslast von COVID-19 erreicht man individuell und populationsbezogen durch die Impfung. Die aktuell in Deutschland verfügbaren Impfstoffe schützen weiterhin sehr gut gegen schwere Krankheitsverläufe. Der Schutz vor Übertragung der Infektion besteht nur bedingt, wodurch das Infektionsgeschehen weiterhin dynamisch bleibt. Durchgemachte Infektionen, insbesondere nach einer Impfung, tragen zur Ausbildung der wichtigen Schleimhautimmunität bei. Diese beeinflusst wesentlich, wie ausgeprägt das Virus weitergegeben werden kann und in der Bevölkerung zirkuliert.

Die zu erwartende Krankheitslast wird zentral davon abhängen, welche SARS-CoV-2-Virusvarianten im Winterhalbjahr dominieren werden und wie stark die Belastung mit anderen akuten Atemwegserkrankungen, insbesondere der saisonalen Influenza-Welle, ausfallen wird. Hier sind einerseits Co-Infektionen möglich, andererseits belasten beide Infektionserkrankungen auch unabhängig voneinander das Gesundheitswesen stark.

Im Wesentlichen sind drei Kernszenarien der SARS-CoV-2-Virusevolution möglich:

## Szenarien der weiteren Virus- evolution für Herbst/Winter 2022/23

Das Auftreten einer Virusvariante, die sich der inzwischen durch Impfung und Infektionen aufgebauten Immunität gegen schwere Krankheitsverläufe vollständig entzieht, wird in keinem der Szenarien angenommen. Dennoch muss im Basisszenario damit gerechnet werden, dass die

Abnahme von Infektionsfällen über den Sommer, die Abschwächung des Übertragungsschutzes bei Geimpften und Genesenen sowie die bereits jetzt vorliegende antigenetische Veränderung des Virus zu einer Schwächung des bevölkerungsweiten Schutzes vor Virusübertragung führen wird.

### 1. Günstigstes Szenario

Eine neue Virusvariante mit im Vergleich zu Omikron-Stämmen nochmals verringerter krankmachender Wirkung dominiert. Die Übertragbarkeit und Immunflucht liegen höher als die der derzeitigen Varianten, sonst käme es nicht zur Dominanz. Die neue Variante zeichnet sich durch eine geringere Krankheitsschwere bei Älteren und eine kaum merkliche Beeinträchtigung des Gesundheitsempfindens bei immunisierten Erwachsenen aus. Dadurch sind stärker eingreifende Infektionsschutzmaßnahmen aufgrund von COVID-19 nicht mehr oder nur für Risikopersonen notwendig. Da keine Kontaktbeschränkungen notwendig sind, kann es im Winterhalbjahr zu höheren Infektionsinzidenzen durch andere Atemwegserreger kommen, nachdem diese in den vergangenen beiden Wintern niedrig waren. Insbesondere bei jüngeren Kindern entsteht ein Aufholeffekt in der Infektionsimmunisierung (dies gilt für alle Szenarien). Die Infektionshäufungen belasten das Gesundheitswesen vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. Am Arbeitsplatz sind Eltern, insbesondere von Kindern im Kita- und Grundschulalter, wegen der Betreuung ihrer erkrankten Kinder oder eigener Infektionen häufiger abwesend. Die allgemeine Entwicklung kann durch das Tragen von Masken in Innenräumen positiv beeinflusst werden.

### 2. Basisszenario

Die durch SARS-CoV-2 hervorgerufene Krankheitslast bleibt ähnlich wie bei den jüngst zunehmenden Omikron-Varianten BA.4, BA.5 und BA.2.12.1. Über die gesamte kältere Jahreszeit kommt es zu einem gehäuften Auftreten von Infektionen und Arbeitsausfällen in der berufstätigen Bevölkerung. Im Gegensatz zur normalen saisonalen Influenza beträgt die Dauer der Winterwelle nicht 2–3 Monate, sondern erstreckt sich in Wellen über einen längeren Zeitraum. Trotz der moderaten COVID-19-Belastung der Intensivmedizin könnten die Arbeitsausfälle erneut flächendeckende Maßnahmen des Übertragungsschutzes (Masken und Abstand in Innenräumen), aber auch Maßnahmen der Kontaktreduktion nach regionaler Maßgabe erforderlich machen (z. B. Obergrenzen für Veranstaltungen in geschlossenen Räumen). Eine Belastung insbesondere der jüngeren Altersgruppen und der Kinder- und Jugendmedizin mit nachgeholtten Infektionen der Atemwege wäre dadurch geringer ausgeprägt als im Szenario 1.

### **3. Ungünstiges Szenario**

Eine neue Virusvariante mit einer Kombination aus verstärkter Immunflucht respektive Übertragbarkeit und erhöhter Krankheitsschwere dominiert. Auch vollständig Geimpfte könnten ohne Zusatzimpfung bei Vorliegen von Risikofaktoren wie Alter, Schwangerschaft, Grunderkrankungen oder Immunsuppression einen schwereren Verlauf entwickeln. Das Gesundheitssystem ist durch COVID-19-Fälle auf den Intensiv- und Normalstationen stark belastet. Eine langsame Reaktionszeit bei der Nachimpfung gefährdeter Gruppen würde Kontaktbeschränkungen notwendig machen oder führt andernfalls zu regionalen Überlastungen des Gesundheitssystems. Das Kleeblatt-Verlegungskonzept müsste reaktiviert werden. Bis zum Jahresbeginn kann bei Reaktivierung der Impfzentren eine eindämmende Nachimpfung großer Bevölkerungsabschnitte, ggf. auch unter Einsatz angepasster Vakzine mit entsprechenden Wartezeiten für Produktion und Zulassung, erreicht werden. Erst etwa im Frühjahr 2023 könnten allgemeine Schutzmaßnahmen wie Maskenpflicht und Abstandsgebot zurückgefahren werden. Unter den allgemeinen Schutzmaßnahmen kommt es nicht zu einer Verstärkung der Inzidenz von COVID-19 und anderer Atemwegserkrankungen bei Kindern. Das entlastet die Kinderkliniken maßgeblich. Auch die saisonale Influenza-Welle fällt durch die allgemeinen Kontrollmaßnahmen weniger schwer aus.

## 2. Spezifische Ziele und Strategien für Herbst/Winter 2022/23

Die generellen Ziele und Strategien für Herbst/Winter beinhalten die Abmilderung der pandemiebedingten Folgen, verbunden mit den Zielen des Schutzes des Gesundheitssystems, der kritischen Infrastruktur (KRITIS) und der besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen unter Minimierung der kollateralen Belastungen der Gesellschaft. In Abhängigkeit von den entsprechenden

Szenarien müssen frühzeitig Ziele und geeignete Mittel zur Eindämmung erwarteter Infektionswellen getroffen und kommuniziert werden. Dies dient dazu, der Bevölkerung jederzeit (1) einen Planungshorizont aufzuzeigen, (2) ein situationsgerechtes, frühzeitiges Handeln, insbesondere im Bildungssektor sowie im sozialen und kulturellen Bereich und in der Wirtschaft, zu ermöglichen. Weiterhin sollte (3) die Versorgungssicherheit der Bevölkerung, unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens und der KRITIS, gewährleistet sein. Es müssen Mittel zur Erreichung folgender Ziele festgelegt und kommuniziert werden:

### Spezifische Ziele für den weiteren Verlauf der Pandemie und zukünftiger schwerer epidemischer und endemischer Verläufe:

- Vermeidung schwerer Krankheitsfälle und Todesfälle durch adäquaten und ausgewogenen Schutz, insbesondere vulnerabler Personengruppen, hier vor allem der älteren Bevölkerung und vorerkrankter PatientInnen
- Vermeidung einer Überlastung des Gesundheitssystems, vor allem der Krankenhäuser, und damit verbundener Sekundärfolgen für die dauerhafte Versorgung aller PatientInnen
- Vermeidung der Überlastung der kritischen Infrastruktur (KRITIS) zu jedem Zeitpunkt
- Vermeidung gesundheitlicher Spätfolgen, insbesondere Long/Post-COVID

### Strategien zur weiteren Bewältigung der Pandemie

Eine vorausschauende Vorbereitung mit kurzen Reaktionszeiten auf veränderte Infektionslagen reduziert die pandemiebedingten (Sekundär-) Schäden und hat die höchste Effektivität, um die Morbidität und Mortalität zu verringern. Daher sollten alle präventiven, therapeutischen und anderen Maßnahmen auf den Beginn einer erneuten

Infektionswelle im Herbst gerichtet sein, um diese möglichst frühzeitig zu dämpfen. Besonders wenn eine Überlastung des Gesundheitswesens droht und eine neue besorgniserregende Variante (Variant of Concern (VOC)) auftritt, ist eine schnelle Reaktion notwendig. Eine vorübergehende Maskenpflicht (medizinischer Mund-/ Nasenschutz, möglichst FFP2-Masken) kann ein wirksames und schnelles Instrument zur Infektionskontrolle darstellen. Sie bietet vor allem in

Innenräumen den höchsten Selbst- und Fremdschutz bei geringer individueller Einschränkung und ist unmittelbar einsetzbar. Generell sollte die Bevölkerung bei einer hohen Last respiratorischer Erkrankungen in den Wintermonaten verstärkt darüber aufgeklärt werden, wie sinnvoll ein möglichst hoher Eigen- und Fremdschutz ist,

und zu einem solchen motiviert werden. Dies wird Morbidität, Mortalität und Arbeitsausfälle durch Atemwegsinfektionen reduzieren. Folgende Risikofaktoren sollten immer wieder kommuniziert und in den Fokus der Aufklärung der Bevölkerung gestellt werden: **(a)** geschlossene und **(b)** überfüllte Innenräume mit **(c)** engen Kontakten.

## Zeitnahe Reaktion gewährleisten

Zentrale Koordinationsstelle der Pandemiemaßnahmen zwischen Bund und Ländern

### Frühzeitige Interventionen

- Auslaufende spezifische Verordnungen, die im Rahmen der Pandemie entstanden sind, systematisch prüfen und auf eine solide rechtliche Grundlage stellen, die eine schnelle Reaktionsfähigkeit ermöglicht
- Intensität etwaiger Maßnahmen an das Infektionsgeschehen anpassen – einheitliche Indikatoren frühzeitig festlegen und kommunizieren
- Festlegung des Umgangs mit einer neuen VOC: Im Einreisekontext sollten Maßnahmen auf das Auftreten deutlich pathogenerer VOC beschränkt werden

### Patientenversorgung

- Frühzeitigen Patientenzugang zu antiviraler Medikation im ambulanten Bereich deutlich verbessern. Refinanzierung für die ambulante Gabe im Rettungsdienst und an Krankenhäusern schaffen.
- Etablierung und gesetzliche Regelung für regionale Konzepte zur Patientenallokation bei starker Be- und Überlastung, z. B. nach dem Berliner SAVE-Konzept
- Verstetigung des bundesweiten Kleeblattkonzeptes zur strategischen Patientenverlegung

### Gute Kommunikation

- Bundesweit möglichst einheitliche Kommunikation aller bestehenden Regelungen und Empfehlungen, koordiniert über eine zentrale Kommunikationsstelle
- Regeln möglichst einfach, aber verbindlich gestalten
- Die Aktivierung von Regeln bei Bedarf schnell über alle medialen Kanäle verbreiten und erklären, warum sie nötig sind
- Einrichtung einer Bundesstelle zur Entwicklung und Implementation von Strategien gegen Falschinformationen

## Zentral im weiteren Verlauf der Pandemie erscheinen fünf Kernbereiche

**A Datenerhebung und digitales Echtzeitlagebild:** systematische Erhebung der nach WHO etablierten Parameter zur Infektionsdynamik, Krankheitsschwere, Vulnerabilität verschiedener Bevölkerungsgruppen und Belastung des Gesundheitswesens. Die Erfassung dieser Parameter sollte nachhaltig und detailliert etabliert werden, um das System über COVID-19 hinaus für zukünftige Pandemien und Epidemien resilient aufzustellen.

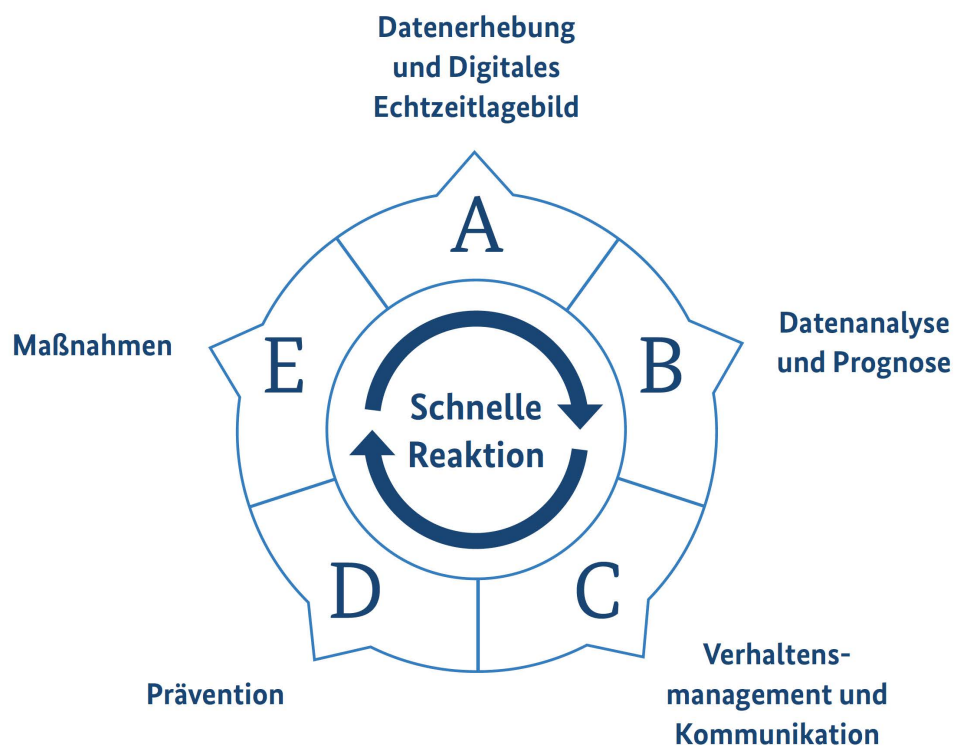
**B Datenanalyse und Prognose:** Analyse und Bewertung der digitalen Echtzeitlagebilder und daraus folgender Prognosen für die Infektionsdynamik sowie der Belastung des Gesundheitswesens durch COVID-19 und weitere Atemwegserreger. Die Daten der verschiedenen, schon bestehenden Surveillancesysteme müssen zeitnah für die regelmäßige Lagebewertung zur Verfügung stehen.

**C Verhaltensmanagement und Kommunikation:** Etablierung einer handlungs- und nutzerorientierten, zwischen Bund und Ländern abgestimmten Kommunikations- und Verhaltensmanagementstrategie, die auch eine Intensivierung der Impfkampagne umfasst, insbesondere unter Berücksichtigung niederschwellig agierender, aufsuchender Impfteams und Impfzentren sowie einer Aufklärungskampagne für alle Personen ab 5 Jahren. Kommunikation der Bewertung des Echtzeitlagebildes im Sinne einer Risikoeinstufung für die Bevölkerung, z. B. in einem Ampelsystem.

**D Prävention:** Impfung und Infektionsschutzmaßnahmen bleiben die wichtigsten Maßnahmen, um Infektionswellen möglichst flach zu halten. Wichtig sind die Entwicklung und Anwendung einheitlicher, klarer und verbindlicher Kriterien des Infektionsschutzes mit stufenweiser Anpassung an Krankenhaus- und KRITIS-Belastung.

**E Maßnahmen:** klare Richtlinien für die Anwendung spezifischer interventioneller Maßnahmen festlegen.





### 3. Teil A: Datenerhebung

#### Ausgangslage der aktuellen Infektionserfassung

Die derzeitige Beurteilung der Infektionslage beruht im Wesentlichen auf der Erfassung der Infektions- und Hospitalisierungsinzidenz, der syndromischen Surveillance, der Belegung auf den Intensivstationen und der krankheitsbezogenen Sterblichkeit. Die derzeit noch sehr hohe Testfrequenz resultiert aus der ausklingenden Strategie der durchgängigen Fallnachverfolgung zur Infektionskontrolle. Künftig wird die

Abschätzung der Inzidenzentwicklung von COVID-19, aber auch Influenza, anhand der syndromischen Krankheitsüberwachung (Surveillance) ein höheres Gewicht bekommen. Wichtige Vorteile sind die erregerübergreifende Erfassung akuter Atemwegserkrankungen und die enge Verknüpfung der erhobenen syndromischen Daten mit der virologischen Surveillance. Hierzu kann auf bereits bestehende Datenerhebungen und Meldestrukturen zurückgegriffen werden.<sup>1</sup> Diese Surveillancesysteme bilden einen bundesweiten Trend ab und erlauben den Vergleich der Krankheitslast und -schwere durch verschiedene respiratorische Erreger sowie des aktuellen Geschehens mit vorausgegangen

<sup>1</sup> Bsp.: GrippeWeb zur Abfrage von Krankheitsinformationen in der Bevölkerung, Sentinelpraxen der Arbeitsgemeinschaft Influenza, ICOSARI-Studie zur syndromischen Surveillance in 73 Krankenhäusern, DIVI-Meldesystem der Intensivbelegung.

Erkrankungswellen. Allerdings sollten diese weiter ausgebaut und verstetigt werden. Eine umfassende krankenhausbasierte Erhebung der COVID-19- oder Influenzafälle, die auch nicht-intensivpflichtige Erkrankungen vollständig erfasst und für die Patientenallokation bei starker Be- und Überlastung entscheidend ist, besteht derzeit noch nicht. Die altersstratifizierte Krankheitslast und Krankheitschwere in Relation zur bevölkerungsweiten Inzidenzschätzung und der Auslastung der zur Verfügung stehenden Behandlungskapazitäten sollten möglichst präzise und zeitnah erfasst werden. Dies hat eine hohe Priorität für eine effiziente Steuerung von Infektionsschutzmaßnahmen und Ressourcen.

## Anpassung der Test- und Surveillance-Strategie

Der ExpertInnenrat empfiehlt, die Surveillance- und Test-Strategie anzupassen und die bisher sehr intensive, aber breite und wenig gezielte Testung zu reduzieren. Regulatorische und finanzielle Voraussetzungen für eine vorübergehende und bedarfsweise Anhebung der Testintensität, z. B. bei Aufkommen neuer Varianten in Hochinzidenzphasen, müssen aber weiter bereitgehalten werden. Die derzeit noch sehr präsenten täglichen Meldungen reiner Inzidenzzahlen sollten schrittweise durch ein digitales Echtzeitlagebild ergänzt werden, das die Infektions- und Krankheitslast nach Altersgruppen sowie die Kapazitäten der Krankenhäuser auf Stadt- und Kreisebene differenzierter abbildet. Eine stichprobenartige Integration sozioökonomischer Faktoren ist anzustreben. Ein solches Lagebild sollte über COVID-19 hinaus für andere Infektionskrankheiten zur Darstellung der Belastung des Gesundheitssystems verstetigt werden. Die Eckpfeiler dieser Strategie sind die Abschätzung

der Fallzahlinzidenz und -dynamik und die Ausbreitung in der Bevölkerung, der Krankheitschwere, der Belastung besonders vulnerabler Gruppen, der Belastung des Gesundheitswesens und der KRITIS sowie die Identifikation von lokalen Ausbrüchen. Alle Änderungen und Verbesserungen sollten nachhaltig erfolgen. Die Erhebung der Infektionslast, der allgemeinen Krankheitslast und der Belastung des Gesundheitssystems ist im Herbst/Winter im Hinblick auf mögliche parallele Infektionswellen durch Influenzaviren und andere Atemwegserreger und einer in der Folge möglicherweise starken Belastung der Kliniken (v. a. der Kinderkliniken) hochgradig relevant. Der gezielte Labornachweis eines konsentierten Panels von Atemwegsviren<sup>2</sup> sollte über das Aufnahmescreening ausgewählter Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen erfolgen. Daraus würde neben einem Abbild einer erregbezogenen Inzidenz auch eine verbesserte Ausbruchskontrolle und eine Anbindung an die krankenhausbasierte Surveillance resultieren (z. B. Erfassung von Leitdiagnosen bei schweren Fällen – SARI). Das SARS-CoV-2-Screening des Personals sollte in den Infektionswellen fortgeführt und zum entsprechenden Zeitpunkt um den Influenzanachweis ergänzt werden. Über die aktuell bereits fest etablierte und gesicherte Datenausleitung aus den Krankenhäusern nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz sollte eine täglich automatisierte Datenerhebung einiger unten genannter Kernparameter an das Institut für Entgeltwesen im Gesundheitswesen (InEK) erfolgen. Dies dient vor allem der regionalen PatientInnenallokation, um alle PatientInnen bestmöglich zu versorgen. Hierzu ist es notwendig, das InEK sowie die Hersteller aller Krankenhausinformationssysteme zeitnah zu beauftragen und einzubinden. Eine Etablierung bis Herbst/Winter 2022/23 kann gelingen, wenn es mit höchster Dringlichkeit umgesetzt wird.

<sup>2</sup> Flächendeckend SARS-CoV-2, Influenzaviren und RSV; mögliche Ausweitung des Virusspektrums bei Maximalversorgern oder an Universitätskliniken.

**Kritisch****A Anpassung der Teststrategie an das Infektionsgeschehen von COVID-19, Influenzaviren und RSV****Zeitraumen: innerhalb von 6 Monaten**

- Bei stabiler Infektionslage schrittweise Reduktion der Testung auf SARS-CoV-2 auf symptomatische Fälle, begründete Verdachtsfälle sowie auf Risikogruppen unter Berücksichtigung von Influenzaviren und RSV. Die Möglichkeit zur freiwilligen, refinanzierten Testung sollte jederzeit erhalten bleiben.
- Gewährleistung der schnellen Reaktivierung einer leistungsfähigen Testinfrastruktur im Herbst/Winter unter erheblich verbesserter Qualitätskontrolle. Denkbar wäre eine Integration in die Infrastruktur der Impfzentren.
- Fortführung des bisher etablierten Screenings auf neue Virusvarianten mittels stichprobenartiger Sequenzierung
- Regelmäßiges Screening auf SARS-CoV-2 und Influenzaviren in Krankenhäusern und Einrichtungen mit vulnerablen Gruppen
- Testung der KrankenhauspatientInnen mit neu aufgetretenen respiratorischen Symptomen auf SARS-CoV-2 und Influenza mittels PCR. Ausgewählte Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen sollten zudem eine Stichprobe der Neuaufnahmen aller Altersstufen mithilfe eines respiratorischen Panels auf verschiedenste Atemwegserreger testen und die Ergebnisse an das RKI melden.
- Screening in Alten- und Pflegeheimen auf SARS-CoV-2 und Influenza nach Vorgaben der Gesundheitsämter. Positiv getestete PatientInnen möglichst direkt therapeutischen Interventionen wie einer antiviraler Therapie zuführen
- Zeitnahe verpflichtende Anbindung aller Krankenhäuser an das DEMIS-System zur Übermittlung der Infektionsfälle. Automatisierte Schnittstellen zwischen Krankenhausinformationssystemen (KIS) und Patienten-Datenmanagement-Systemen (PDMS) unter Einbeziehung der Hersteller einrichten

## Monitoring von Infektionsdynamik, Krankheitsschwere und Belastung des Gesundheitswesens

Nachhaltige Strukturen über die Pandemie hinaus schaffen und PatientInnen optimal versorgen

### Infektionsdynamik und Impfeffektivität

- 7-Tage-Inzidenz SARS-CoV-2  
Schrittweise Reduktion der Testung auf symptomatische Fälle und Verdachtsfälle. Screening nur unter bestimmten Bedingungen, z. B. bei epidemiologisch relevanten Varianten sowie in Krankenhäusern und Alten-/Pflegeheimen. Kein Screening in Kitas und Schulen außerhalb von Studien, besonderen Bedingungen wie einer pathogeneren VOC oder lokalen Ausbrüchen. Freiwillige Selbsttestung ermöglichen und finanzieren.
- Wöchentliche Erhebung der Testpositivquote von SARS-CoV-2, Influenza und RSV
- Identifikation von lokalen Ausbrüchen oder erhöhtem Infektionsgeschehen durch die Etablierung des Abwassermonitorings in Bezug auf SARS-CoV-2. Öffentliche Darstellung der Daten mit Etablierung eines Vorhersagesystems unter Einbindung von Inzidenzen und Krankheitsschwere.
- Virologische Surveillance für SARS-CoV-2-, Influenza und anderer Viren über Krankenhaus- aufnahmen, einschließlich der molekularen Surveillance von SARS-CoV-2 erweitern (Detektion der Varianten durch Sequenzierung, Anteil und Verbreitung)
- Syndromische Surveillance akuter Atemwegsinfektionen auf Bevölkerungsebene, im ambulanten und stationären Sektor über Verstetigung und nachhaltigen Ausbau der am RKI etablierten Surveillance-systeme: GrippeWeb, AGI/SEEDARE, ICOSARI
- Verbesserte Erfassung von lokalen Ausbrüchen, insbesondere in Krankenhäusern, Senioren-/Pflegeheimen und Unterkünften, durch Gesundheitsämter und systematische Darstellung
- Monitoring der Impfungen (Impfquoten, Impfeffektivität, Sicherheit und Akzeptanz). Impfdaten- erfassung weiter ausbauen.

### **Krankheitsschwere**

- Beurteilung über die syndromische Surveillance sowie
- Hospitalisierungsinzidenzen für COVID-19, Influenza und RSV
- Erfassung täglicher Neuaufnahmen und Belegung der Intensivstationen mit COVID-19, Influenza und RSV über das zu verstetigende DIVI-Intensivregister
- Erfassung der Todesfälle durch COVID-19, Influenza und RSV, Mortalitätssurveillance des RKI

### **Beurteilung der Belastung des Gesundheitswesens und bestmögliche PatientInnenallokation**

- Tägliche und regional aufgelöste Erfassung der prozentualen Auslastung aller Krankenhausbetten. Erfassung über die etablierten Datenausleitungswege aus den Krankenhäusern nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz in einem automatisierten Prozess über die KIS-Systeme. Nutzung der Daten in regional aufgelösten Karten zur bestmöglichen Patientenallokation (Beispiel: DIVI-Intensivregister)
- Erfassung aller Neuaufnahmen und der Belegung mit COVID-19, Influenza und RSV, differenziert nach Kinder- und Erwachsenenbereich auf Krankensebene regional aufgelöst zur PatientInnenallokation und Organisation der stationären Versorgung
- Tägliche Erfassung und zentrale Zusammenführung des prozentualen Anteils der abgemeldeten Notaufnahmen für 16 Bundesländer
- Tägliche und regional aufgelöste Erfassung der prozentualen Auslastung aller Intensivbetten und des Anteils der COVID-19-/Influenza-PatientInnen über das DIVI-Intensivregister
- Beurteilung und Graduierung der lokalen Belastung des Gesundheitswesens

### **Datenprozessierung**

- Aufbereitung der Daten in maschinenlesbarer Form
- Einheitliche, zentrale Plattform zur Zusammenführung aller Datenquellen und Bereitstellung als Open Access

## 4. Teil B: Datenanalyse und Prognose

Die zur Verfügung stehenden Daten sollten weiterhin kontinuierlich und systematisch analysiert, aufbereitet und bewertet werden. Ein niedrighelliger Zugang zu allen relevanten Daten sollte für die Wissenschaft und Öffentlichkeit maschinenlesbar hergestellt werden. Hierzu gehören der weitere Ausbau und die Nutzung der Panelinfrastruktur für die Public-Health-Forschung am Robert Koch-Institut (RKI-Panel) unter Einbeziehung externer wissenschaftlicher Partner. Dieses offene, idealerweise allen WissenschaftlerInnen zur Verfügung stehende Omnibus-Access-Panel, basiert auf Probandenkohorten, die sich bereit erklärt haben, regelmäßig

an Studien zu verschiedenen, nicht notwendigerweise verbundenen Themen, teilzunehmen. Dieses Panel soll situationsangepasste Befragungs-, Mess- und Labordaten generieren. Entsprechende Vorbereitungen sollten zeitnah getroffen werden. Alle Daten sollten generell nach Altersgruppen, Immunitätsstatus und Region aufgelöst werden. Sie dienen dazu, die Ausbreitungsdynamik, die Schwere der Erkrankungen und die Belastung des Gesundheitssystems (vornehmlich der stationären Versorgung) und die Ausbreitungsdynamik sowie damit die Belastung anderer kritischer Versorgungs- und Infrastrukturen abschätzen und vorhersagen zu können. Außerdem dienen die Daten als Grundlage zur Abschätzung der Compliance von Maßnahmen und der Vorbereitung zielgruppenspezifischer Kommunikation.

### **B** Datenanalyse und Prognose

#### **Zeitraumen: innerhalb von 6 Monaten**

- Prognose der Krankenhaus- und Intensivbelastung mit COVID-19, Influenza und RSV in statischen und dynamischen Modellen
- Etablierung der Messung der COVID-19-unabhängigen Belastung des Gesundheitswesens. Hierzu gehört die Zahl der mit Personal betreibbaren Betten unterteilt nach freien und belegten Betten sowie das zur Verfügung stehende Pflegepersonal in der direkten Patientenversorgung.
- Kontinuierliche Bewertung der Teststrategie mit Kosten/Nutzenanalyse
- Retrospektive und prospektive Bewertung der Maßnahmen der Infektionskontrolle (Gesamt-Maßnahmenpakete, bei Möglichkeit auch Einzelmaßnahmen) in Pandemiephasen nach wissenschaftlichen Kriterien. Projektion auf die derzeitige Pandemiephase unter Berücksichtigung von Virusvariante, Bevölkerungsimmunität und Krankheitsschwere.
- Fortwährendes Monitoring des Impfverhaltens und der Impfmotivation sowie der Adhärenz zu Infektionsschutzmaßnahmen in der Bevölkerung

## 5. Teil C: Verhaltensmanagement und Kommunikation

Verhaltensmanagement und Kommunikationsstrategien kommt eine herausragende Bedeutung für die kommenden Monate und über die Pandemie hinaus zu. Hier sollten nachhaltige Konzepte unter Einschluss der Widerlegung von Falschinformationen etabliert und im Laufe der kommenden Monate und Jahre aufgebaut werden. Eine handlungs- und nutzerorientierte **Kommunikationsstrategie** sollte etabliert werden, die zwischen Bund und Ländern eng abgestimmt ist. Außerdem braucht es eine Strategie des **Verhaltensmanagements**, die eine Intensivierung der Impfkampagne umfasst. Hierbei müssen niederschwellig agierende, aufsuchende Impfteams und Impfzentren sowie eine Aufklärungskampagne für Personen ab einem Alter von 5 Jahren berücksichtigt werden.

Da der Mensch Wirt und Hauptüberträger des Virus ist, sollte im kommenden Herbst/Winter verstärkt das menschliche Verhalten im Zentrum der Pandemiebekämpfung stehen. Handlungsbereitschaft entsteht sowohl durch gesetzliche Regulierung wie auch durch ein Verständnis für die sich verändernde Situation. Wer COVID-19 ernst nimmt, Risiken der Erkrankung und mögliche Erkrankungsfolgen kennt und deren gesellschaftliche Auswirkungen versteht, ist eher bereit, sich und andere zu schützen. Dies wirkt sich unmittelbar auf die Verbreitung des Virus aus. Mit einem markanten Anstieg des Risikos, z. B. durch eine deutlich veränderte Variante, wird sich die Handlungsbereitschaft in der Bevölkerung erneut verändern. Es gilt, diese Handlungsbereitschaft zu stärken. Ein Schlüssel dazu ist effizientes Verhaltensmanagement in Gestalt einfacher, transparenter und nachvollziehbarer

Regeln sowie leichtgemachtes Schutzverhalten. Ein zweiter Schlüssel sind Kommunikationsstrategien, die erklären, informieren und befähigen. Politische Kommunikation und Gesundheitskommunikation haben hierbei unterschiedliche Funktionen. **Politische Kommunikation** erklärt Ziele und Strategien der politisch Verantwortlichen. **Gesundheitskommunikation** vermittelt relevantes und faktenbasiertes Wissen über Erkrankungs- und Impfrisiken, über die Wirkung und Wirksamkeit von Schutzmaßnahmen etc. und soll den Einzelnen in die Lage versetzen, Wissen in Handlung zu übersetzen (siehe 5. Stellungnahme des ExpertInnenrates). Hierzu gehört auch die Kommunikation einer Risikoeinschätzung: Das komplexe Echtzeitlagebild (s.o.) sollte für die Bevölkerung in eine einfach zu verstehende, an Handlungen gebundene Risikoeinschätzung übersetzt werden. Die Erklärung der Ziele im Herbst/Winter und deren Akzeptanz wird ganz wesentlich davon abhängen, ob Bund und Länder im Einklang agieren und kommunizieren.

Der Nutzen der Corona-Warn-App sollte darüber hinaus evaluiert und die App in ihrer Funktionalität an die neue Strategie angepasst werden. Das Potenzial der App in der schnellen Kommunikation mit der Bevölkerung sollte verbessert werden. Es wird empfohlen, Möglichkeiten zu schaffen, die App auch in der Prävention weiterer Erkrankungen zu nutzen.

## C Vorbereitung von Kommunikationsmaßnahmen und systematischem Verhaltensmanagement unter Berücksichtigung der 5. Stellungnahme

- **Verhaltensmanagement:** Schutzverhalten so barrierefrei und leicht wie möglich gestalten. Leicht zugängliche Impfangebote und Impfinfrastruktur. Impfen durch personalisierte Ansprache für jeden so einfach wie möglich.
- **Politische Kommunikation:** Vorausschauendes Management der Erwartungen der Bevölkerung. Transparente Kommunikation der möglichen Szenarien (Box 1) und über die laufenden Vorbereitungen zu deren Bewältigung. Information und Aufklärung über zentrale Begriffe, die in der öffentlichen Diskussion bereits jetzt Erwartungen steuern.
- **Politische Kommunikation und Gesundheitskommunikation:** Kommunikation mit der Bevölkerung ist keine Einbahnstraße, sondern ein Dialog. Persönliche Kommunikation (auch in mediatisierter Form wie in Chats, Hotlines, WhatsApp) nutzen, um Bedenken, Sorgen und Fragen der Bevölkerung möglichst früh aufzugreifen. Auslöser von Bedenken sind z. B. selbst oder vom sozialen Umfeld erlebte negative Gesundheitsereignisse nach Impfungen und die offene Frage, ob es sich dabei um Impfnebenwirkungen handelt.
- **Gesundheitskommunikation im Sinne von Information:** Erhalt, Schaffung und Bekanntmachung leicht zugänglicher und zielgruppenspezifischer Informationsquellen (RKI, BZgA, Gesundheitsministerien, Gesundheitsämter, Arztpraxen etc.) für vertrauenswürdige Information zu COVID-19, Risiken von Long-Covid, den Vorteilen und Risiken einer Impfung sowie über COVID-19-bezogene Mythen und Desinformation.
- **Gesundheitskommunikation im Sinne von Entscheidungshilfe:** Bereitstellung von leicht zugänglichen, konkreten Entscheidungshilfen (z. B. wer soll sich nach Empfehlung wann boostern lassen?), z. B. in Gestalt von Checklisten und einfachen, interaktiven Entscheidungshilfen. Verfügbarmachung der Tools in existierenden Apps, z. B. der Corona-Warn-App.
- **Gesundheitskommunikation durch Interaktion vor Ort:** Rekrutierung und Schulung von MultiplikatorInnen sind dann besonders relevant, wenn sie über interpersonale Kommunikation unter anderem in Impfberatungsstellen oder in lebensweltlichen Bezügen aktiv werden (z. B. ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, LehrerInnen, PflegerInnen, religiöse FunktionsträgerInnen). Ausstattung der MultiplikatorInnen mit adäquaten Materialien und einem entsprechenden Kommunikationsmandat.



## 6. Teil D: Prävention

### Impfung

Da der weiteren Erhöhung der Impfquote, aber auch möglichen Auffrischimpfungen (Booster) eine zentrale Bedeutung zukommt, empfiehlt der ExpertInnenrat folgende konkrete Maßnahmen:

#### Kritisch

### D.1 Konkrete Maßnahmen zur Erhöhung der Impf- und Booster-Impfquote nach STIKO-Empfehlung für eine adäquate Vorbereitung auf Herbst/Winter

#### Zeitraumen: innerhalb von 6 Monaten

- Aufsuchende Impfteams und Etablierung eines Public-Health-Nurse-Konzepts (Impfung durch geschulte Pflegekräfte vor Ort) für SARS-CoV-2- und Influenzaimpfungen
- Proaktives Angebot und Aufklärungskampagne zur Influenza- und Pneumokokkenschutzimpfung im Rahmen der STIKO-Empfehlung und Sicherstellung eines ausreichenden Impfstoffangebots
- Einbeziehung des ÖGD in die Impfaufklärung an Schulen und Etablierung von Impfangeboten an Schulen. Einbeziehung der Eltern und Betreuungspersonen.
- Erhalt einer Rumpfstruktur der Impfzentren im Stand-by-Betrieb mit schneller Reaktivierbarkeit
- Verstetigung der Impferfassung, Etablierung einer Struktur zur Weiterübermittlung aller erhobenen Impfdaten an die Krankenkassen. Diese Daten müssen von den Krankenkassen in Kooperation mit externen Wissenschaftlern zeitnah aufbereitet und zur Verfügung gestellt werden (Beispiel Israel).
- Impf- und Immunitätslücken für COVID-19 und Influenza bestimmen
- Schaffung einer Grundlage und Struktur, die es erlaubt, jede versicherte Person mit Informationsmaterial, einer Einladung oder Aufforderung zum Impfen usw. zu erreichen
- Medizinisches Personal in der Impfaufklärung schulen (Gesprächstechniken wie Motivational Interviewing, Widerlegen von Falschinformationen)

Ein besonderes Augenmerk sollte darüber hinaus darauf gelegt werden, sekundäre Schäden im Gesundheitssystem zu vermeiden. Eine erneute dauerhafte Extrembelastung wird zu einer weite-

ren Fluktuation aus den Gesundheitsberufen, insbesondere in hochbelasteten Bereichen, führen. Eine solche Fluktuation von Personal aus Pflege- und Gesundheitsberufen hat dramatische Folgen

für die flächendeckende, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in Deutschland, unabhängig von Infektionskrankheiten. Eine entsprechende Kommission, die Lösungsvorschläge unterbreitet, sollte umgehend eingesetzt werden. Eine Reform des Gesundheitswesens mit dem Ziel der Reduktion der übermäßigen Arbeitsbelastung und einer adäquaten Anpassung der Vergütung der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen sollte ebenso zeitnah angestrebt werden. Ohne eine sichtbare Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs und anderer

Gesundheitsberufe kann absehbar von einer nachhaltigen Versorgungskrise im Gesundheitssystem ausgegangen werden. Im Rahmen der Daseinsvorsorge und Katastrophenvorbereitung muss auch diskutiert werden, inwiefern die Bevölkerung für Krisensituation zur Unterstützung im Gesundheitswesen geschult werden kann, zumindest auf freiwilliger Basis.

Der ExpertInnenrat empfiehlt darüber hinaus eine Reihe spezifischer Maßnahmen für eine adäquate Vorbereitung von Prävention und Intervention:

## Kritisch

# D.2 Spezifische Maßnahmen für eine adäquate Vorbereitung auf Herbst/Winter

**Zeitraumen: innerhalb von 6 Monaten**

## Prävention

- Schnelle Reaktionsfähigkeit herstellen mittels eines Werkzeugkastens regional kurzfristig einsetzbarer, ausgewogener Schutzmaßnahmen
- Schaffung einer soliden rechtlichen Grundlage für mögliche Schutzmaßnahmen (z. B. Maskenpflicht, Test- und Hygienekonzepte sowie im Falle einer Überlastung des Gesundheitssystems auch weitere Kontaktreduktionsmaßnahmen)
- Zeitnahe Überarbeitung der Hygienekonzepte und medizinischer Leitlinien für Alten- und Pflegeheime sowie für Kinderbetreuungseinrichtungen (Kitas/Schulen)
- Begrenzung von Einreisebeschränkungen auf Vorkehrungen beim Auftreten einer möglicherweise pathogeneren VOC
- Beschränkung der Kontaktnachverfolgung auf besondere Situationen, z. B. bei pathogeneren VOC, lokalen Ausbrüchen oder in Alten- und Pflegeheimen
- Wirtschaft und Handel sollten nachhaltige Konzepte und Pläne entwickeln, um in Zeiten hoher Infektionszahlen durch die Integration von Homeoffice-Konzepten und Hygienemaßnahmen am Arbeitsplatz die Übertragung zu minimieren. Hierzu können auch Lüftungsanlagen oder die CO<sub>2</sub>-Messung beitragen. Eine entsprechende öffentliche Förderung ist wünschenswert.

## 7. Teil E: Spezifische Maßnahmen und frühzeitige Therapie

Da die Viruslast in den ersten Tagen der Erkrankung besonders hoch ist und frühzeitige Therapien die Schwere der Erkrankung evidenzbasiert

abmildern können, sollten insbesondere für vulnerable Gruppen die Maßnahmen zur Eindämmung der Folgen einer Erkrankung deutlich verstärkt werden. Hierzu gehören im Wesentlichen auch der frühzeitige Einsatz und die weitere Erforschung antiviraler Medikamente sowie spezifischer Therapiestrategien für Long/Post-COVID (siehe 9. Stellungnahme des ExpertInnenrates).

### Kritisch

## E.1 Spezifische Maßnahmen für eine adäquate Vorbereitung auf Herbst/Winter

**Zeitraumen: innerhalb von 6 Monaten**

### Spezifische Interventionen

- Verbesserung der intersektoralen Organisation der frühzeitigen Applikation antiviraler Medikamente und/oder monoklonaler Antikörper
- Einbeziehung des ÖGD in die frühzeitige Erfassung und Therapie symptomatischer Fälle in vulnerablen Risikogruppen
- Etablierung und Finanzierung der Möglichkeit der medikamentösen Frühtherapie durch ÖGD, Rettungsdienst und ambulant in Krankenhäusern
- Stärkere Förderung der Therapieentwicklung, insbesondere zu Long/Post-COVID, zu antiviralen Medikamenten und immunmodulatorischen Substanzen gegen COVID-19 und Influenza
- Förderung klinischer Studien über nachhaltige Strukturen mit dem Fokus der antiviralen Therapie schwerer Verläufe und Entwicklung neutralisierender monoklonaler Antikörper
- Entbürokratisierung und Reduktion der Überregulation klinischer Studien in Deutschland, Positive Anreize zum Einschluss von Probanden in klinische Studien setzen. Exzellenzzentren COVID und Pandemiemanagement fördern und etablieren.

Die Pandemie hat die Grenzen der Verfügbarkeit von medizinischen Gütern und Medikamenten aufgezeigt, wenn internationale Lieferketten aus unterschiedlichen Gründen unterbrochen werden. Zur Sicherung der Versorgung empfiehlt der ExpertInnenrat die Verbesserung der Nationalen Reserve Gesundheitsschutz. Diese nationale

Reserve sollte dezentral an Krankenhäusern und im Rettungsdienst sowie in anderen Einrichtungen durch Erhöhung der Bestände realisiert und in den Warenzyklus integriert werden. So lässt sich ein unnötiger Warenverfall vermeiden. Auch wichtige Verbrauchsmaterialien für Diagnostika sind von essenzieller Bedeutung.

## E.2 Verbesserung der Nationalen Reserve Gesundheitsschutz

- Vorhaltung von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA), Versorgungs- und Verbrauchsmaterial für mindestens 6 Monate für Krankenhäuser, Rettungsdienste, Arztpraxen und wichtige Bereiche der KRITIS
- Schaffung einer nationalen Reserve lebenswichtiger Medikamente wie z. B. Basisantibiotika und Medikamente zur Behandlung chronischer Erkrankungen
- Möglichkeit zur Produktion lebenswichtiger Medikamente, Diagnostika und Verbrauchsmaterialien im engen europäischen Umfeld
- Möglichkeit zur Produktion der PSA im engen europäischen Umfeld
- Ausbildungsstrukturen schaffen für den Einsatz von freiwilligen Hilfskräften in Krankenhäusern für den Krisenfall

## Das besondere Wohl der Kinder und vulnerabler Gruppen

Vulnerable Gruppen, insbesondere die hochaltrige Bevölkerung und Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen sowie Kinder und Jugendliche, bedürfen eines besonderen Schutzes. Bezüglich der älteren und hochaltrigen Bevölkerung wird auf die aktuelle 10. Stellungnahme des ExpertInnenrates verwiesen, in Bezug auf Kinder gilt weiterhin die 7. Stellungnahme des ExpertInnenrates. In dieser hat der ExpertInnenrat die Notwendigkeit der prioritären Berücksichtigung des Kindeswohls bei allen Entscheidungen, die Kinder und Jugendliche betreffen, hervorgehoben. Die Sicherung der sozialen Teilhabe durch Schul- und Kitabesuch sowie sportliche und kulturelle Aktivitäten muss weiterhin höchste Priorität genießen; dies gilt für Kinder und Jugendliche mit und ohne Vorerkrankungen gleichermaßen, muss aber Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen besonders berücksichtigen. Der ExpertInnenrat hält die Entwicklung eines umfassenden Konzeptes zur Abmilderung der Sekundärfolgen der Pandemie für eine zentrale gesellschaftspolitische Aufgabe. Ein niederschwelliger Zugang zu Freizeit-, Sport- und kulturellen Angeboten sowie fördernden edukativen Angeboten muss insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen gewährleistet werden. Darüber hinaus sind Betreuungs- und pädagogische Konzepte vorzubereiten für den Fall situativ notwendiger Einschränkungen. Hierfür ist auch eine Ist-Zustands-Erhebung der Digitalisierung der Schulen und eine Unterstützung in der Beantragung von Fördermitteln essenziell.

Mit Blick auf den kommenden Herbst und Winter ist zudem die Sicherstellung einer hochwertigen und angemessenen ambulanten und stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit akuten und chronischen Erkrankungen von

besonderer Bedeutung und stellt eine große Herausforderung dar. Eine erneute erhebliche und über das normale Maß hinausgehende Häufung akuter Atemwegsinfektionen, vor allem mit RSV und Influenza sowie weiterer Infektionskrankheiten, ist spätestens ab Herbst 2022 zu erwarten. Die Akutversorgung bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Regelversorgung von anderen akut und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen muss im Sinne der Daseinsvorsorge abgesichert werden. Die gegenwärtige ökonomische Lage der stationären Kinder- und Jugendmedizin ist unzureichend und den hohen Personal- und Vorhaltekosten nicht angemessen. Der zunehmende Pflegepersonalmangel betrifft die Kinder- und Jugendmedizin in besonderem Maße und hat bereits in der Vergangenheit in Situationen saisonaler Überbelastung zu einer zum Teil kritischen Unterversorgung geführt. Da die stationären Kapazitäten in der Kinder- und Jugendmedizin vergleichsweise niedrig sind, ist bei einer zu erwartenden starken Infektionswelle im Herbst und Winter 2022/2023 mit einer noch weiter aggravierten Versorgungssituation zu rechnen, die durch zu erwartende Personalausfälle noch verschärft wird und sich zu einem bedrohlichen Engpass entwickeln könnte.

Konkret empfiehlt der ExpertInnenrat über die bisherigen Stellungnahmen hinaus folgende Maßnahmen:

**Kritisch**

## **E.3 Spezifische Vorbereitung in Bezug auf Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung der 7. Stellungnahme des ExpertInnenrates**

**Zeitraumen: innerhalb von 6 Monaten**

### **Abmilderung einer möglichen Überlastung der pädiatrischen Versorgungskapazitäten**

- Der gravierende Pflegepersonalmangel der Kinderkliniken ist kurzfristig nicht behebbar. Daher sollten Kinderkliniken u. a. eine besondere Unterstützung durch pflegeentlastende Berufsgruppen erfahren.
- Impfangebote sollten an Schulen und im außerschulischen Kontext intensiviert und die STIKO-Impfempfehlungen weitreichend genutzt werden, u. a. durch den ÖGD oder niedergelassene Kinder- und Jugendärzte sowie die mediale Aufklärung von Eltern und Kindern
- Die Dämpfung einer möglicherweise starken saisonalen Grippewelle durch Impfung und besonnenes und rücksichtsvolles Verhalten (z. B. durch das Tragen von Masken) hilft, die Infektionslast in allen Altersgruppen zu reduzieren. Damit einhergehende verringerte Infektionszahlen auch im Kindesalter helfen, die mögliche Überlastung der Kinderkliniken zu vermeiden.

**Kritisch****E.4 Spezifische Vorbereitung in Bezug auf Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung der 7. Stellungnahme des ExpertInnenrates****Zeitraumen: innerhalb von 6 Monaten****Sekundärfolgen vermindern**

- Etablierung einer grundsätzlichen Strategie zur Planung von Unterrichts-, Organisations- und Betreuungsformen in Schulen und Kitas unter Pandemiebedingungen
- Systematische Erhebung des Digitalisierungsgrades der Schulen und Etablierung innovativer Unterrichtsformen
- Angepasste Hygiene- und Schutzmaßnahmen in Schulen und Kitas: Testung von Kindern und Jugendlichen auf symptomatische Fälle beschränken und nur bei Auftreten neuer und gefährlicherer Varianten (VOC) sowie bei Ausbruchgeschehen ggfs. regelmäßig durchführen. Syndromische Surveillance gezielt ausbauen und finanzieren. Möglichkeit der Kostenübernahme freiwilliger Testungen insbesondere für hilfebedürftige Familien schaffen.
- Das Tragen medizinischer Masken muss als Option bei hoher Krankheitslast oder pathogeneren VOC erwogen werden. Freiwilliges Tragen von medizinischen Masken sollte ermöglicht und Stigmatisierung durch gezielte Aufklärung in Schulen und Kitas vermieden werden
- CO<sub>2</sub>-Messung in Klassenräumen sollte verpflichtend eingeführt werden, um den Zeitpunkt notwendiger Frischluftzufuhr anzuzeigen. Das regelmäßige Lüften sollte auch im Winter selbstverständlich sein.
- Konzepte für den niederschweligen Zugang zu Bildungs-, Freizeit-, Sport- und kulturellen Angeboten insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen müssen kurzfristig umgesetzt werden. Zudem sollten Konzepte zur Stärkung des Ehrenamts entwickelt und finanziert werden. Programme zur Abmilderung des gestiegenen Medienkonsums sowie der Zunahme von Adipositas und Fehlernährung müssen integriert werden.
- Konzepte zur Erforschung und Versorgung von psychischen Auswirkungen der Pandemie müssen systematisch und flächendeckend verstärkt werden

Abschließend empfiehlt der ExpertInnenrat, der in Teilen der Gesellschaft wahrnehmbaren polarisierten Haltung in Bezug auf das Corona-Management konstruktiv zu begegnen und wieder in einen Dialog zu treten. Der erfolgreiche Umgang mit der Pandemie und deren Auswir-

kungen, aber auch anderen großen Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft, wird ganz wesentlich von einer konstruktiven Grundhaltung und dem gesellschaftlichen Zusammenhalt abhängen.

Zustimmung im ExpertInnenrat: 19/19