



24. Januar 2022
Stellungnahme der DGKH

Das Management des Übergangs zur Endemie – eine kontrollierte Exit-Strategie

DGKH-Stellungnahme zum aktuell notwendigen Strategiewechsel

DGKH Vorstand

Aktuelle Forderungen

1. Die massenhafte Zunahme der Omikron-Infektionen verlangt – wie im Pandemieplan vorgesehen - den Strategiewechsel vom Containment mit dem Ziel der Vermeidung jeder Infektion hin zur Protection, d.h. dem Schutz vor schweren Erkrankungen und Tod statt Schutz vor jeder Infektion.
2. Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst muss gelten: Priorisierung auf den effektiven Schutz der Vulnerablen und auf gezieltes Ausbruchsmanagement statt ungezielter Kontaktnachverfolgung und umfangreicher Quarantänisierung.
3. Die Funktionsfähigkeit der Kritischen Infrastruktur und des Gesundheitswesens muss sichergestellt werden durch Wegfall inflationärer Quarantäneanordnungen und zu spätem Freitesten
4. Generell sollten strikte behördliche Quarantäneanordnungen für Kontaktpersonen ersetzt werden durch eigenverantwortliche Symptomkontrolle und gezieltes Testen mit qualifizierten Antigen-Schnelltests bei Fortsetzung der Tätigkeit.
5. Priorisierung und Ressourcenschonung auch bei der Teststrategie: PCR-Tests zielgerichtet im Bereich der medizinischen Versorgungsstrukturen und zur Diagnostik von Erkrankungen einsetzen.
6. Die Schulen und Kitas müssen offen bleiben. Kinder und Schüler gehören nicht zu den vulnerablen Personengruppen.
7. Anlassloses Massentesten bei Kindern und Jugendlichen muss beendet werden. Es führt nicht nur zu einem unnötigen Bedarf an PCR-Bestätigungstesten, die in den medizinischen Versorgungsstrukturen dringlich benötigt werden, sondern auch zu wirkungslosen und inflationären Quarantäneanordnungen, die die Kritische Infrastruktur durch die häusliche Präsenz der Eltern zusätzlich gefährden.
8. Intensivierung der Impfkampagne im Bündel mit den etablierten Hygieneschutz- und zielgerichteten Kontaktreduktions-Maßnahmen. Impfen schützt vor Erkrankung nicht vor Infektion.
9. Impfpflicht für besondere Gruppen nur nach konsentierten wissenschaftlichen Standards zur Schutzdauer, Schutzeffektivität und zur Wahl der Impfstoffe.
10. Kommunikation, die praxisnahe und konkrete Empfehlungen und nicht nur Warnung in den Vordergrund stellt, sondern die Kompetenz des Einzelnen und das Vertrauen der Gesellschaft in die Präventionsstrategien stärkt.



Notwendigkeit eines Strategiewechsels

Die Priorisierung der Eindämmung („Containment“) und eine generalisierte Kontaktnachverfolgung haben ihre Effektivität in einer Phase der Hochinzidenz in einer zum Großteil durch Impfung oder Genesung immunisierten Bevölkerung verloren. Das Festhalten an der bisherigen Strategie einer Verhinderung möglichst jeder Infektion hat den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Überlastung und Selbstblockade geführt. Die bereits faktisch erfolgte Reduktion der Kontaktnachverfolgung durch den ÖGD muss durch ein gezieltes Ausbruchmanagement und durch einen effektiven Schutz der Vulnerablen („Protection“) ersetzt werden. Das alleinige Setzen auf die Impfung als finale Kontrolle der Pandemie hat sich als illusionär erwiesen, weil sich ein signifikanter Teil der Bevölkerung den Impfeempfehlungen verweigert und gleichzeitig erkennbar das passiert, was bereits in den Zulassungsstudien der Impfstoffe erkannt wurde. Impfung schützt nicht vor Infektion und Übertragung, sondern nur vor schwer verlaufenden COVID-19-Erkrankungen. Die Priorität im notwendigen Strategiewechsel vom „Containment“ zu „Protection“ muss daher auch lauten: **Schutz vor schweren Erkrankungen und Tod statt Schutz vor jeder Infektion.**

Dieser überfällige Strategiewechsel wird auch deshalb dringend, weil allein die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung und Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Kritischen Infrastruktur (KRITIS) die Abkehr von der Containment-Strategie mit ihren extensiven Quarantäne- und Isolationsanordnungen, die zu gravierenden Kollateralschäden führt, erzwingt. Mit dem Strategiewechsel folgen Politik und ÖGD den Empfehlungen und grundlegenden Zielen des nationalen Pandemieplans in seiner Covid-19-bedingten Anpassung vom 04. März 2020.

Die kurzfristige Herausforderung der Omikronwelle beherrschen und die Exit-Strategie jetzt planen

Es ist Zeit für die Diskussion einer Exit-Strategie. Auch wenn wir uns aktuell grundsätzlich im Übergang in eine endemische Situation vergleichbar mit der Influenza befinden, müssen die kurzfristigen Herausforderungen durch die steigenden Infektionszahlen und die damit einhergehenden Belastungen der medizinischen Versorgung beherrscht werden.

Es ist absehbar, dass in der aktuellen Phase bis in den Frühsommer hinein ein relativ hoher Anteil der Bevölkerung infiziert sein wird. Es muss kurzfristig mit einem weiteren Anstieg gerechnet werden, der auch bei Zunahme der Impfraten, Intensivierung der basalen Hygieneschutzmaßnahmen und bei kurzzeitigem Strategiewechsel in die Protektionsphase gemäß Pandemieplan allenfalls weiter abgeflacht läuft aber nicht mehr verhindert werden kann, **die zentrale Frage ist um welchen Preis an Morbidität und Mortalität.**

Die bisherigen Kollateralschäden für die Gesellschaft und der Tribut für die soziale Kohärenz in unserer Gesellschaft, die Gefährdung der medizinischen Versorgung übriger Erkrankungen sowie auch die wirtschaftlichen Folgeschäden sind gewaltig.

Die kursierende Variante ist hoch kontagiös, unterscheidet sich in Ort der Virusvermehrung und Dauer der Ansteckungsfähigkeit. Die relative Krankheitslast erscheint hingegen niedrig. In Ländern mit früherer Ausbreitung ist der Gipfel der Omikron-Welle überschritten, ohne dass die Krankenhäuser mit zum Teil deutlich ungünstigerer medizinischer Infrastruktur in eine Überlastung geraten sind.



Die vollständige Impfung in Kombination mit einer Boosterung oder dem Genesenenstatus schützt auch bei der aktuell kursierenden Variante vor schwerem Verlauf, d. h. vor Krankenhaus- bzw. Intensivaufenthalt und Tod. Infizierte Personen mit leichter Erkrankung können jedoch das Virus effizient übertragen. Die etablierten Maßnahmen der Primärprävention (Hygiene-Regeln) sind weiterhin effektiv und können durch Infektions-Vermeidung die Ausbreitung verlangsamen und die sog. Infektionswelle abflachen.

Demgegenüber entbehren das anlasslose generalisierte Testen, zunehmend auch mit PCR-Tests, sowie die Empfehlungen zum Tragen von FFP2-Masken für die Allgemeinbevölkerung einschließlich für Kinder und Jugendliche nicht nur jeglicher Evidenz, sondern führen auch zunehmend zur Ressourcenverknappung in den Bereichen des Gesundheitswesens und der kritischen Infrastruktur. Auch hier ist eine Evidenz basierte Priorisierung dringend erforderlich.

Wir begrüßen die aktuelle Entscheidung der Gesundheitsminister der Länder, die hier die ersten Schritte in Form eines Ressourcenschonenden Einsatzes der PCR-Tests und die neue Prioritätensetzung für den ÖGD in Richtung Protektion statt Containment beschlossen haben.

Konkrete Ausgestaltung der Exit-Strategie:

Die Wiederbelebung der Bündelstrategie ist essenziell.

Um angesichts der steigenden Infektionszahlen eine kurzfristige und effektive Minimierung der Übertragungen zu erreichen, müssen die evidenzbasierten primären Hygiene- und Präventionsmaßnahmen und ein zielorientiertes Ausbruchsmanagement, insbesondere von sog. Explosivausbrüchen (Massenausbrüchen) wieder in den Vordergrund gestellt werden. Die Fokussierung auf die vulnerablen Personengruppen und Strukturen (Krankenhaus, Altenpflegeheim, Patienten, Heimbewohner etc.), die Nutzung der Erfahrungen aus der Krankenhaushygiene und ihren etablierten Konzepten der Infektionsprävention müssen neben Intensivierung der Impfkampagne und zielgenauem strategischen und anlassbezogenen Testen als wichtige Teile einer Bündelstrategie wiederbelebt werden. Keine der Maßnahmen allein kann erfolgreich eine Kontrolle der Pandemie erreichen, nur im Bündel können diese Lücken geschlossen werden. Dies ist durch eine Neuorientierung der Kommunikation zu begleiten.

Für folgende Bereiche besteht akuter Handlungsbedarf für eine Intensivierung, Fokussierung und Priorisierung der Schutzkonzepte, den Schwerpunkten der „Protection“-Strategie-Phase:

1. Krankenversorgung und medizinische Infrastruktur

Bei konsequenter Einhaltung der etablierten Hygieneschutzmaßnahmen sind die Übertragungsrisiken auch von SARS-CoV-2 innerhalb medizinischer Versorgungseinrichtungen sehr gut beherrschbar. Ursachen für nosokomiale Ausbrüche sind mit den klassischen Verfahren des Ausbruchsmanagements unter professionellem Einsatz durch das Hygienefachpersonal erkenn- und kontrollierbar. Die Risiken für das Personal lagen, wie für andere übertragbare Erreger, häufig im Verhalten in Pausensituationen, bei der An- und Abfahrt zur Arbeitsstelle sowie im Umgang mit der persönlichen Schutzausrüstung, insbesondere den Defiziten in der Handhabung der Masken.



Das korrekte Tragen und Wechseln des Atemschutzes und der sonstigen persönlichen Schutzausrüstung, die zusätzliche Anwendung einer Mundhöhlenantiseptik und die Verbesserung der Umsetzung der Händehygiene sind systematisch durch die Hygienefachkräfte und die Hygienebeauftragten im ärztlichen und Pflege-Bereich zu schulen und zu überprüfen.

Die Einrichtungsbezogene Impfpflicht muss kombiniert werden mit einer Umsetzung aller evidenzbasierten Empfehlungen zur Steigerung der vollständigen Impfquote. Die Androhung von Sanktionsmaßnahmen entsprechend IfSG §20a, Abs. 5 wird möglicherweise einen Teil aber sicher nicht alle Personen der impfunwilligen Belegschaft zu einer Impfung motivieren. Zur Verhinderung von weiteren Stationsschließungen durch Kündigung wegen Impfabkehr könnten Tätigkeitsangebote helfen, durch die Ungeimpfte unter konsequenter Einhaltung der Hygieneschutzmaßnahmen in Niedrigrisiko-Bereichen eingesetzt werden. Den Gesundheitsämtern muss ermöglicht werden, derartige Spielräume bei kritischer Überlastung der Infrastruktur zu nutzen.

2. Altenheime und Pflegebereich (stationär – ambulant)

Der besondere Schutz der Alten- und Pflegeheime und des ambulanten Pflegebereichs sollte im Pandemiemanagement höchste Priorität haben, weil Infektionen bei alten und pflegebedürftigen Menschen das höchste Erkrankungs- und Sterberisiko haben. Bis zu 10% der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen sind in einigen Regionen an COVID-19 verstorben.

Der Schutz durch geeignete Zugangsregeln und durch die Einhaltung der etablierten Präventionsmaßnahmen, der nach §1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) grundsätzlich die Aufgabe der Einrichtung selbst ist, muss durch Supervision und Kontrolle durch den ÖGD prioritär gesichert und kontrolliert werden. Hierzu muss der ÖGD administrativ und personell ab sofort in die Lage versetzt werden, indem die de facto bereits zusammengebrochene Containment-Strategie auch politisch eingestanden und so dem ÖGD ermöglicht wird, seine originären Beratungs- und Überwachungsaufgaben in den medizinischen und pflegerischen Einrichtungen wieder wahrzunehmen.

Die bisherigen Erfahrungen aus Begehungen von Alten- und Pflegeheimen haben teilweise erhebliche Defizite bei grundlegenden Strukturen des Infektionsschutzes, bei der Qualifikation des Pflegepersonals, bei der Supervision durch die Einrichtungsleitungen und – insbesondere zu Beginn der Pandemie - bei der Ausstattung mit Schutzausrüstung ergeben. Nach fachlicher Einschätzung der DGKH (Quelle: Forderungen der DGKH) sind daher auch weitergehende mittel- bis langfristige Maßnahmen umzusetzen.

3. Kompensation von Personalausfällen im Bereich der kritischen Infrastruktur

Es ist absehbar, dass in Anbetracht der aktuellen Entwicklung der Inzidenzen bei unveränderter Anwendung der vorgegebenen Regelungen, auch in der angedachten Verkürzung der Quarantäne- und Isolationszeit, die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der medizinischen, pflegerischen und sonstigen kritischen Infrastruktur massiv beeinträchtigt werden kann. Oberste Priorität sollte die Aufrechterhaltung dieser Versorgungsstrukturen haben, so dass hier dringender Handlungsbedarf besteht.

Infektionen bei Personen in den medizinischen Versorgungsbereichen müssen anstelle mit einer pauschalen Isolationszeit mit kurzzeitigen, vom Hygienefachpersonal nach Risikoabwägung



festgelegten Tätigkeitseinschränkungen kontrolliert werden. Die Dauer sollte sich hierbei nach Symptombefreiheit plus negativem PCR-Test oder einer geringen Viruslast bemessen.

Auch bei Personalmangel in anderen Bereichen der kritischen Infrastruktur kann ein vergleichbares Vorgehen gewählt werden.

Die Anordnung einer 7-tägigen Quarantäne für **Kontaktpersonen** mit zwei Impfungen sollte sofort zugunsten einer Kombination von Symptomkontrolle plus täglicher Testung (PCR oder qualifizierter AG-Test) aufgehoben werden – bei Fortführung der Tätigkeit ggfls. nach Risikoeinschätzung durch das Hygienefachpersonal.

Nach Auffassung der DGKH kann bei fortgesetzter Zunahme der Infektionszahlen eine Tätigkeit trotz Infektion mit SARS-CoV-2 für asymptomatische oder gering symptomatische Beschäftigte erforderlich werden. Hierbei sollte der Einsatz auf in der Versorgung bereits mit SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten beschränkt sein oder die Übertragung auf andere Beschäftigte und auf Patientinnen und Patienten kann durch konsequente Einhaltung der etablierten Hygieneschutzmaßnahmen mit Pflicht zum Tragen der persönlichen Schutzausrüstung vermieden werden.

4. Impfung

Die DGKH unterstützt nachdrücklich die Impfpfehlungen der STIKO. Die Diskussion um die generelle Impfpflicht ist eine politische Debatte. Die DGKH unterstützt eine intensive Diskussion über die Einführung einer Impfpflicht für Teile der Bevölkerung in Abhängigkeit vom Erkrankungs- und Sterberisiko sowie ggf. für bestimmte Bereiche der kritischen Infrastruktur. Die unterschiedlichen Positionen zur Impfpflicht und die in Frage kommenden Gruppen der Bevölkerung, zur Differenzierungen nach Alter, Vulnerabilität oder Tätigkeit in der kritischen Infrastruktur, zur zeitlichen Befristung oder regelmäßigen Boosterungen finden sich auch innerhalb des Vorstandes der DGKH und ebenso in der breiten Mitgliedschaft.

Gründe, die gegen eine Impfpflicht sprechen, müssen ernst genommen werden und dürfen nicht Anlass sein, die Spaltung der Bevölkerung und die Radikalisierung des Disputs zu forcieren. Solange es keine politisch konsentrierte Umsetzungsstrategie der Impfpflicht gibt und gleichzeitig für einen Teil der Ungeimpften noch nicht alle Optionen eines niedrigschwelligen Impfangebots sowie einer adäquaten Kommunikation ausgeschöpft sind, erzeugt die Debatte um eine generelle Impfpflicht eher eine Verhärtung der Impfablehnung.

Die Effekte der Impfung auf Morbiditäts- und Mortalitätsraten sind überzeugend, die Nebenwirkungen nach milliardenfacher Anwendung selten, überschaubar und damit akzeptabel. Eine stringente Kommunikation dieser positiven Effekte, insbesondere für besonders vulnerable Gruppen, sollte einer Verpflichtung zur Impfung vorgezogen werden.

5. Testen

Die Testung mittels PCR-Test bez. Antigen-Test schützt nicht vor Infektionen. Sie dient der Diagnose einer möglichen Erkrankung oder Infektion und kann in bestimmten Situationen dazu beitragen, infizierte Personen zu identifizieren, bevor diese besonders zu schützende Einrichtungen oder solche mit hohem Übertragungsrisiko betreten. Der hierfür notwendige materielle, personelle und logistische



Aufwand kostet Milliarden und bedarf einer kritischen Überprüfung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses. Hierbei muss insbesondere abgewogen werden, ob der dafür notwendige Aufwand nicht besser in die Prävention d. h. in zielgerichtete Maßnahmen und Risikoevaluation (Kohortenstudien usw.) investiert wäre. Insbesondere der Verbrauch von PCR-Tests hat zu einer Mangelsituation in der Verfügbarkeit von PCR-Tests und einer Überlastung der Laboratorien geführt, wodurch diese Tests nicht mehr in ausreichendem Masse für die medizinischen Versorgungsbereiche und die kritische Infrastruktur zur Verfügung stehen und es zu deutlichen Verzögerungen bei der Befunderhebung und Ergebnismitteilung kommt.

Insbesondere die anlasslosen Massentests in Schulen und Kitas sowie insgesamt bei asymptomatischen Personen außerhalb der kritischen Infrastruktur sowie des Umfelds vulnerabler Gruppen müssen beendet werden.

Der Einsatz von PCR-Tests muss ressourcenschonend und zielgenau zum Schutz vulnerabler und für die kritische Infrastruktur relevanter Personengruppen erfolgen. Testungen mittels PCR können auch durch qualifizierte hochsensitive und hochspezifische AG-Schnelltests (CT < 30 100%, CT > 30 80%) für den Schutz der kritischen Infrastruktur ersetzt oder ergänzt werden. Durch repetitiven Einsatz qualifizierter AG-Schnelltests können hochinfektiöse Personen zeitnah erfasst und bei sofortiger Isolierung an der Weiterverbreitung des Virus gehindert werden.

Die aktuell notwendige Priorisierung vermeidet Ressourcenvergeudung und fokussiert auf anlassbezogenes Testen in Szenarien mit hoher Schutzwirkung. Nur durch eine solche Priorisierung kann sichergestellt werden, dass die Ergebnisse der PCR-Testungen für diese Bereiche in der erforderlichen kurzen Zeit vorliegen. Anlassbezogene Testungen in vulnerablen Bereichen können durch Probenpooling gesteigert werden, wodurch hochfrequente Testungen für Personal im Gesundheitswesen möglich werden.

Bei den sinnvollen Testregimen im Bereich der kritischen Infrastruktur und im Umgang mit vulnerablen Personen (Patienten und Pflegebedürftige) darf in der aktuellen Omikron-Situation zwischen ungeimpft, geimpft, geboostert oder genesen nicht unterschieden werden. Die DGKH begrüßt daher die politische Entscheidung, PCR-Tests zu priorisieren.

6. Masken

Die DGKH sieht im Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (chirurgische oder OP-Maske (MNS) oder Atemschutz-Maske (FFP2)) weiterhin einen hocheffektiven Schutz vor Übertragung von SARS-CoV-2, unabhängig von der jeweilig dominierenden Virusvariante.

Das Tragen einer FFP2-Maske ist nur sinnvoll für den professionellen Bereich, d. h. für Personal in medizinischen oder pflegerischen Einrichtungen mit unmittelbarem Kontakt zu Covid-19-Patienten (Kliniken, Praxen, stationäre und ambulante Pflege) oder solchen mit Infektionsverdacht unter Beachtung der bekannten Arbeitsschutz-Regeln. Voraussetzung für einen effektiven Schutz vor Ansteckung ist die Auswahl einer individuell passenden Maske aus mehreren Modellen, die Schulung eines adäquaten Umgangs beim Tragen sowie Auf- und Absetzen und die Überprüfung der Dichtigkeit durch einen geeigneten Test (Fit-Test). Sind diese Voraussetzungen nicht gewährleistet, kann das Tragen einer FFP2-Maske mit einem höheren Ansteckungs-Risiko verbunden sein als das Tragen eines



chirurgischen MNS. Die unterschiedlichen Druckverhältnisse beim Ein- und Ausatmen führen beim Tragen von FFP2-Masken automatisch zu einem Atmen durch die Leckagen, wenn nicht ein professioneller Umgang durch Tragen passgenauer und dichtigkeitsgeprüfter Masken gesichert ist. Der unprofessionelle Gebrauch von FFP2-Masken durch Laien und damit der unzureichende Schutz durch Leckageatmung ist die Regel.

Im Laien-Bereich gilt generell das Tragen eines medizinischen MNS bei Kontakten unter 1,5m in Innenräumen öffentlicher Bereiche als effektiver Schutz vor Übertragungen. In anderen Bereichen, in denen Kontakte zu vulnerablen Personen erfolgen und überall dort, wo sich ein Mindestabstand nicht gut einhalten lässt und Personen über längere Zeit verweilen, ist ein MNS sinnvoll und sollte empfohlen werden. In allen anderen Bereichen und insbesondere im Freien, wenn Abstände eingehalten werden können, sind MNS überflüssig.

Für Kinder unter 12 Jahren muss eine generelle Maskenpflicht abgelehnt werden. Konkrete Empfehlungen bedürfen im positiven Fall einer gezielten Indikation.

Inwieweit die positiven Erfahrungen des Maskentragens in der Prävention anderer relevanter luftübertragener Infektionen für zukünftige Schutzkonzepte genutzt werden können, sollte nach Auswertung wissenschaftlich begleiteter Untersuchungen evaluiert werden und ggfls. in der Saison von viralen Atemwegsinfektionen in Abhängigkeit zu erwartender Inzidenzen in konkrete und zeitlich befristete Empfehlungen münden.

7. Distanzierung

Die Distanzierung durch Abstandswahrung von mindestens 1,5 m ist eine hocheffektive Maßnahme, die in Innenräume bei begrenzter Personenzahl und ausreichender Lüftung sowie im Außenbereich eine Übertragung nahezu vollständig verhindert. Die Definition erlaubter Gruppengrößen in Innenräumen oder bei Massenzusammentreffen im Außenbereich ist in Abhängigkeit von den übrigen Parametern wie Impfstatus, Teststatus und Einhaltung der Basishygieneregeln Bestandteil konkreter Schutzkonzepte und sollten auch kurzfristig beibehalten werden.

8. Lüften

Die Luftqualität in Arbeitsräumen für mehrere Personen, Schulungsräumen, Klassenzimmern und bei Veranstaltungen sollte durch CO₂-Messgeräte überwacht werden. Kurzzeitige Konzepte ohne eine langfristige Sicherung einer ausreichenden Frischluftversorgung in Innenräumen werden seitens der DGKH nicht unterstützt. Insbesondere Mobile Luftreinigungsgeräte (MLRG) führen nicht zu einer Frischluftzufuhr, weswegen deren Aufstellung über die Pandemie hinaus nicht nachhaltig ist. Es liegen mangels epidemiologischer Daten bislang keine Beweise vor, dass diese zu einer tatsächlichen Reduktion von Infektionen geführt haben und sie ersetzen auch weder das Lüften noch die Einhaltung der sonstigen primären Hygieneschutzmaßnahmen. Luftreinigung ist kein Ersatz für Hygienemaßnahmen.



9. Antiseptisches Gurgeln – Nasenspray

Wir verweisen auf unsere Empfehlung zum antiseptischen Gurgeln. Eine Aktualisierung durch die DGKH ist für Februar 2022 geplant.

10. Kitas und Schulen

Kitas und Schulen sind im Vergleich zum privaten-familiären und sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen im Hinblick auf eine mögliche SARS-CoV-2-Übertragung eher sicherere Orte, wenn die basalen Hygieneschutzmaßnahmen (Husten- und Niesetikette, Händehygiene, Abstand, Masken) eingehalten werden. Die generelle Öffnung der Schulen und Kitas ist oberstes Gebot und darf auch durch Quarantäneanordnungen nicht in Frage gestellt werden.

Die Einschränkung des Schulbetriebs und der Kinderbetreuung durch langdauernde Quarantänezeiten führt zu schwerwiegenden Kollateralschäden bei Bildung, Erziehung, physischer, psychischer und sozialer Entwicklung der Kinder und Jugendlichen – ohne einen nachgewiesenen Vorteil für eine Prävention von Erkrankungen.

Bezüglich der anlasslosen, d. h. nicht symptomorientierten Screeninguntersuchungen lediglich zum Erkennen von Infizierten aber symptomlosen Ausscheidern wird auf 5. Testen verwiesen.

Symptomatische Kinder und Jugendliche sollen getestet werden und sich bei Nachweis von SARS-CoV-2 in Isolation begeben. Mögliche Kontaktpersonen sollen, begleitet durch qualifizierte AG-Tests und Symptomkontrolle, weiterhin am Unterricht teilnehmen.

Quarantäneanordnungen sind zu überprüfen und bedürfen einer strengen Indikation in Ausnahmefällen. Regelmäßig sind sie ab sofort zu unterlassen. Sie führen nicht nur zur Unterbrechung des Präsenzunterrichtes und damit tendenziell zu partiellen oder sogar kompletten Schulschließungen, sondern haben auch massive Auswirkungen auf die häusliche Anwesenheit der Eltern und können somit zur Verschärfung des Personal mangels in den Bereichen der kritischen Infrastruktur beitragen. Für Kinder unter 12 Jahren darf es keine generelle Maskenpflicht geben. Ältere Kinder und Jugendliche sollten – in Abhängigkeit vom regionalen und lokalen Infektionsgeschehen einen Mund-Nasen-Schutz tragen. FFP2-Masken für Kinder und Jugendliche sind nicht indiziert und ohne Vorteil gegenüber dem etablierten medizinischen Mund-Nasen-Schutz.

11. Kommunikationsstrategie

Die Schwerpunkte in der aktuellen Kommunikationsstrategie müssen neu gesetzt werden: Die Impfung ist eine essenzielle Strategie zum Schutz vor Erkrankung und Überlastung des Gesundheitswesens, aber allein nicht ausreichend für eine nachhaltige kurzfristige Exitstrategie. Ein unmittelbarer Schutz vor Ansteckung und damit vor der Infektion ist nur durch die etablierten Hygieneschutzmaßnahmen möglich. Masken und Abstandswahrung sind essenzielle Bestandteile des Pandemiemanagements. Keine der Maßnahmen allein ist in der Lage, die Übertragungen und damit die Dynamik der Pandemie entscheidend zu beeinflussen, nur zusammen, d. h. als Bündelstrategie, können die Maßnahmen erfolgreich sein. Die Propagierung der Bündelstrategie muss im Mittelpunkt aller öffentlichen Verlautbarungen stehen.



In der Kommunikation mit der Öffentlichkeit müssen diese Aspekte thematisiert und die Bürger mitgenommen werden. In der Vergangenheit mussten zahlreiche kurzfristige strategische Anpassungen mit enormen gesellschaftlichen Auswirkungen vorgenommen werden, die einer extrem guten Kommunikationsstrategie bedurft hätten. Es reicht nicht, nur zu warnen, sondern es müssen praktikable und umsetzbare Empfehlungen gut begründet werden, damit sie von den Bürgern in den unterschiedlichen Bereichen in Anerkennung der enormen gesellschaftlichen Auswirkungen und Kollateralschäden unterstützt werden. Hier gibt es enormen Nachholbedarf, um die mittlerweile eingetretene Gefährdung der sozialen Kohärenz, die die DGKH mit Sorge sieht, nicht noch weiter zu verstärken. Die Bevölkerung muss in die Lage versetzt werden, ohne Angst mitzuwirken und das an Krisenbewältigung mitzuleisten, was ihr auch im persönlichen Verhalten möglich ist. Keinesfalls darf die Kommunikation sich widerstreitenden Experten in Talkshows allein überlassen werden.

Zusammenfassung

Der aktuelle Strategiewechsel ist dringlich, notwendig, angemessen und sinnvoll. Er entspricht der aktuellen Dynamik der Pandemie, in der die Strategie der Eindämmung (Containment) an ihre Grenzen gestoßen ist und durch eine Strategie des Schutzes der vulnerablen Gruppen und der Kritischen Infrastruktur (Protection) abgelöst werden muss.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss durch die neue Priorisierung seiner Arbeit in die Lage versetzt werden, wieder funktionsfähig zu sein und im Krisenmanagement die Ziele des Pandemieplanes zu erreichen, nämlich Reduktion der Morbidität und Mortalität in der Gesamtbevölkerung, Sicherstellung der Versorgung erkrankter Personen, Aufrechterhaltung essenzieller, öffentlicher Dienstleistungen. Dazu sind zuverlässige und zeitnahe Informationen für politische Entscheidungsträger, Fachpersonal, die Öffentlichkeit und die Medien unabdingbar.

Nur wenn der Strategiewechsel als normal und sinnvoll kommuniziert wird, kann er gelingen, ohne die Angst als schlechtem Ratgeber und das Gefühl des Ausgeliefertseins in der Bevölkerung weiter zu steigern.

Vorstand der DGKH

Unter Mitwirkung von Prof. Dr. med. Ursel Heudorf (ehem. Vorstandsmitglied der DGKH) und Prof. Dr. med. Johannes K. Knobloch (Leitung Arbeitsbereich Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Bonn – Berlin, den 24. Januar 2022

Pressekontakt

Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)
Joachimsthaler Straße 31-32
10719 Berlin
Tel. +49 30 8872737-30
Fax +49 30 8872737-37
E-Mail: info@krankenhaushygiene.de