

**Kabinettsvorlage
des
Sächsischen Staatsministeriums
für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt**

**Herbstplan zum
Pandemiegeschehen Herbst/Winter 2022/23**

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	3
2. Perspektive Herbst/Winter 2022/23	3
2.1 Günstigstes Szenario.....	3
2.2 Basisszenario	4
2.3 Ungünstigstes Szenario	4
2.4 Ziele für den Herbst/Winter 2022/23	4
3. Vorbereitungen auf Herbst/Winter 2022/23	4
3.1 Überwachung Pandemiegeschehen	4
3.1.1 Infektionsdynamik.....	5
a) Sieben-Tage-Inzidenz.....	5
b) Überwachung der Abwasserbelastung.....	5
3.1.2 Gefährdungspotential durch Beobachtung Variants of Concern (VOC) (Besorgniserregende Varianten)	6
3.1.3 Leistungsfähigkeit der Versorgungseinrichtungen.....	6
a) Bettenbelegung mit COVID-19-Patientinnen und Patienten auf Normal- (Quantität) und Intensiv- (Qualität der Krankheitsschwere) Station.....	6
b) Gesundheitsstab.....	7
c) Weitere Surveillance.....	7
3.1.4 Überblick Überwachung des Pandemiegeschehens.....	8
3.2 Vorbereitung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)	10
3.3 Impfinfrastruktur 2022/2023	11
3.4 Schutz vulnerabler Gruppen	11
3.4.1 Schutzkonzept in APH und EGH.....	12
3.4.2 Unterstützende Maßnahmen für APH/EGH.....	13
3.4.3 Bundesgesetzliche Regelungen.....	13
a) IfSG.....	13
b) Test-Verordnung (TestV) und EGH.....	13
c) TestV und APH.....	14
3.5 Kindertagesstätten und Schulen (Zuständigkeit SMK)	15
3.6 Arbeitsausfälle und Kritische Infrastruktur (KRITIS)	15
3.7 Zusammenfassung möglicher Schutzmaßnahmen in Abhängigkeit der bundesrechtlichen Regelungen (Zuständigkeit SMS)	17
4. Kommunikationsstrategie	18
5. Zusammenfassung	18

1. Ausgangslage

Die SARS-CoV-2-Pandemie ist auch im Jahr 2022 noch nicht zu Ende. Die Art und Intensität der notwendigen Schutzmaßnahmen richtete und richtet sich nach der jeweiligen Pandemiephase. Zunächst stand die Eindämmung („containment“) im Vordergrund. Nach der Verfügbarkeit hochwirksamer Impfstoffe und einem nicht auf Indexpersonen zurückverfolgbaren Infektionsgeschehen war es der Schutz vulnerabler Gruppen („protection“). Aufgrund der weiteren Ausbreitung der Krankheit in der Bevölkerung steht neben dem Schutz der vulnerablen Gruppen die Folgenminderung („mitigation“) im Zentrum der Schutzmaßnahmen.

Nach Prognosen von Mitgliedern des sächsischen Gesundheitsstabes wird voraussichtlich auch in den nächsten postpandemischen Jahren die Notwendigkeit für präseasonale Auffrischungsimpfungen bestehen. In Pandemiephasen geringer Krankheitsschwere und niedriger Todeszahlen steht daher nicht die Infektionskontrolle (Testung und individuelles Containment), sondern die Abmilderung der infektionsbedingten Folgen für das Gesundheitssystem, die kritische Infrastruktur und die Gesellschaft im Vordergrund.

Der ExpertInnenrat der Bundesregierung fasst in seiner 11. Stellungnahme „Nachhaltige Strukturen schaffen, Pandemie Vorbereitung auf Herbst/Winter 2022/23“ vom 8. Juni 2022 die Ausgangslage folgendermaßen zusammen: Es bestehe ein hoher, heterogener Immunitätsgrad in der Bevölkerung mit einer relevanten Impflücke. Die gegenwärtig dominante Virusvariante zeichne sich durch eine verringerte Krankheitsschwere aus. In der Bevölkerung herrsche eine Erwartungshaltung hinsichtlich der Vorbereitungen auf ein zunehmendes Infektionsgeschehen im Herbst/Winter 2022/23 vor.

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, wenn sie die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gefährdet.

2. Perspektive Herbst/Winter 2022/23

Das entschiedene, effektive politische Handeln findet in der COVID-19-Pandemie im Spannungsfeld zwischen Unwägbarkeiten (pandemische Verbreitung, Mutationen, Impfstoffanpassungen) und Ungewissheiten (u. a. Regelbefolgungsverhalten, psycho-soziokulturelle Resilienz) statt. Da insbesondere die Entwicklungsrichtung von SARS-CoV-2 wissenschaftlich nicht vorhersehbar ist, hat der ExpertInnenrat der Bundesregierung drei mögliche Szenarien für das Infektionsgeschehen im Herbst/Winter 2022/23 skizziert. An diesen orientiert sich die Vorbereitung auf den Herbst/Winter 2022/23.

2.1 Günstigstes Szenario

Es verbreitet sich eine neue Omikronvariante mit geringer Krankheitsschwere bei Älteren und kaum merklicher Beeinträchtigung immunisierter Erwachsener. Schutzmaßnahmen sind nur für Risikogruppen notwendig.

In diesem Szenario kommt es zu einer hohen Verbreitung anderer Atemwegserreger, einem Aufholeffekt in der Infektionsimmunisierung bei jüngeren Kindern, einer hohen Belastung ambulanter und stationärer pädiatrischer Einrichtungen sowie einem Arbeitsausfall erziehungsberechtigter Personen.

2.2 Basisszenario

Die Krankheitslast bleibt unverändert mit einer moderaten Belastung der Intensivmedizin. Es kommt zu einer hohen Anzahl an Arbeitsausfällen, so dass flächendeckende Schutzmaßnahmen des Übertragungsschutzes (Masken und Abstand in Innenräumen) und regionale Kontaktreduzierungen notwendig sind.

Hierdurch kommt es zu weniger Krankheitsfällen bei Kindern und die Winterwelle respiratorischer Erkrankungen dauert deutlich länger als zwei bis drei Monate an.

2.3 Ungünstigstes Szenario

Es verbreitet sich eine neue Virusvariante, die die Eigenschaften der Deltavariante (Krankheitsschwere) und Omikronvariante (Übertragbarkeit) (so genannte „Deltakron“) verbindet. Es kommt zu schweren Verläufen auch für vollständig Geimpfte ohne Zusatzimpfung bei Risikofaktoren. Es sind Schutzmaßnahmen mit Übertragungsschutz und strenge Kontaktbeschränkungen notwendig.

Hierdurch kommt es zu einer starken Belastung der Normal- und Intensivstationen und der Reaktivierung des Kleeblatt-Verlegungskonzeptes. Die zweite Auffrischungsimpfung (Erwartung einer entsprechenden Empfehlung von STIKO und SIKO im Spätsommer/Herbst) ggf. mit angepassten Impfstoffen hat eine zentrale Bedeutung für die Reduzierung der Mortalität. Die Schutzmaßnahmen wären bis ins Frühjahr 2023 notwendig. Neben SARS-CoV-2-Infektionen käme es zu weniger respiratorischen Erkrankungen.

2.4 Ziele für den Herbst/Winter 2022/23

In allen Szenarien setzt sich die Sächsische Staatsregierung folgende Ziele für den Herbst/Winter 2022/23:

- a) Verhinderung der Überlastung des Gesundheitssystems und der KRITIS,
- b) Schutz vulnerabler Gruppen und
- c) Vermeidung gesundheitlicher Spätfolgen, insbesondere Long/Post-COVID.

3. Vorbereitungen auf Herbst/Winter 2022/23

Zwei Aspekte sind für den Herbst/Winter 2022/23 zentral. Erstens die Beobachtung des Pandemiegeschehens in den drei Dimensionen Infektionsdynamik, Gefährdungspotential und Leistungsfähigkeit der Versorgungseinrichtungen. Zweitens davon ausgehend das rechtzeitige Ergreifen von Schutzmaßnahmen abhängig vom eintretenden Szenario inklusive der flächendeckenden, schnellen Durchführung weiterer empfohlener Auffrischungsimpfungen.

3.1 Überwachung Pandemiegeschehen

Das Pandemiegeschehen wird in drei Dimensionen mit unterschiedlichen Instrumenten beobachtet, so dass frühzeitig besorgniserregende Entwicklungen erkannt werden. Das Pandemiegeschehen hat sich dahingehend verändert, dass ein einzelner Aspekt zur Beurteilung der Situation und das rechtzeitige Ergreifen von Schutzmaßnahmen nicht mehr ausreicht. Zur umfassenden Beurteilung der Situation sind die Dimensionen Infektionsdynamik, Gefährdungspotential und Leistungsfähigkeit der Versorgungseinrichtungen in ihrem Zusammenspiel zu beurteilen.

3.1.1 Infektionsdynamik

a) Sieben-Tage-Inzidenz

Die tagesaktuelle Berichterstattung der Neuerkrankungen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner war über lange Zeit zentraler Bestandteil der medialen Berichterstattung zur Coronapandemie. Die Aussagekraft der Sieben-Tage-Inzidenz ist gegenwärtig durch verändertes Testverhalten und Testgüte stark eingeschränkt. Die Beobachtung der Sieben-Tage-Inzidenz gibt einen Anhaltspunkt für die Dynamik des Infektionsgeschehens, insbesondere unter Fortführung von kostenfreien Bürgertestungen für bestimmte Gruppen. Sie kann nicht als alleiniger Indikator dienen.

b) Überwachung der Abwasserbelastung

In fünf sächsischen Gebietskörperschaften (Dresden, Görlitz, Leipzig, Leipziger Land, Nord-sachsen und Teile von Sächsische Schweiz-Osterzgebirge) wird Abwassermonitoring im Rahmen von Pilotprojekten durchgeführt. Inwieweit eine Vergleichbarkeit der Daten aus unterschiedlichen Studien gegeben ist, lässt sich unsererseits nicht beurteilen. Die Nutzung des Abwassers als Trendindikator ist in der Entwicklung. Das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz sowie das Bundesministerium für Bildung und Forschung haben gemeinsam das Projekt „Systematische Überwachung von SARS-CoV-2 im Abwasser“ initiiert, das von der Europäischen Union gefördert wird. Am Ende der Pilotphase soll über eine Verstetigung entschieden werden, verbunden mit der Entscheidung, ob für Deutschland ein flächendeckendes oder eher ein repräsentatives Monitoring empfohlen wird. Mit einem entsprechenden Bericht wird im Frühjahr 2023 gerechnet.

Der Freistaat Sachsen ist mit der Stadtentwässerung Dresden in diesem Projekt vertreten. Dem SMS stehen die entsprechenden Daten für die Beobachtung des Coronageschehens zur Verfügung. Eine Verstetigung des Abwassermonitorings im Freistaat Sachsen wäre mit Kosten verbunden, die bisher nicht im Haushalt geplant sind. Sie lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht beziffern, da sich der Umfang des Monitorings erst aus den Ergebnissen der Pilotstudie ergeben wird.

Tendenziell eignet sich das Verfahren der Abwasseruntersuchung auf die Belastung mit SARS-CoV-2 als Frühwarnsystem, ob und welche Coronainfektionen in der Bevölkerung eines bestimmten Gebiets zu- oder abnehmen. Denn die Abwasser-Surveillance funktioniert unabhängig von Teststrategie und Meldesystem nach IfSG, welche auf Arztmeldungen und Erregernachweisen basieren. Des Weiteren entwickelt ein Teil der mit Corona Infizierten keine Symptome, scheidet aber dennoch Viren aus. Über ca. zwei Wochen ansteigende Werte der rollenden Sieben-Tage-Summen über Viruskonzentration in den Dresdner Abwasserproben deuteten in der Delta- und Omikron-Welle auf zeitnah ebenfalls steigende Fallzahlen in den Meldedaten der Gesundheitsämter und zeitlich folgend auf steigende Belegungszahlen in den Krankenhäusern hin. Die abwasserbasierte Surveillance erlaubt vorbehaltlich der abschließenden wissenschaftlichen Auswertungen bereits jetzt Aussagen über den Trend des Auftretens und der Dynamik von SARS-CoV-2 (stark steigend – steigend – sinkend – stark sinkend). Diese Daten liegen im Freistaat Sachsen für die Stadtentwässerung Dresden (Stadtgebiet Dresden und Teile Sächsische Schweiz-Osterzgebirge vor), so dass sie einen Trend aufzeigen, jedoch nicht als alleiniger Indikator für das Infektionsgeschehen und nicht für den gesamten Freistaat Sachsen angewendet werden können.

3.1.2 Gefährdungspotential durch Beobachtung Variants of Concern (VOC) (Besorgniserregende Varianten)

Das Auftreten und die Eigenschaften neuer Virusvarianten sowie als Folge die durch sie in verschiedenen Ländern verursachte Krankheitslast werden im Hinblick auf regionale Besonderheiten bewertet und regelmäßig evaluiert. Aufbauend auf den Erfahrungen aus 2020 mit relevantem Eintrag des Infektionsgeschehens aus Tschechien und vor dem Hintergrund unterschiedlicher regulatorischer Vorgaben in den Nachbarländern wird das Infektionsgeschehen in Polen und Tschechien in Quantität und Qualität engmaschig zentral auf Basis öffentlich zugänglicher Daten (Inzidenz, Varianten, regulatorischer Rahmen) überwacht.

Des Weiteren werden die aktuellen Studienergebnisse durch das RKI gesichtet, auch die Mitglieder des Gesundheitsstabs haben die wissenschaftlichen Erkenntnisse im Blick. Die Fachreferate des SMS informieren sich ebenfalls regelmäßig über neue wissenschaftliche Erkenntnisse.

3.1.3 Leistungsfähigkeit der Versorgungseinrichtungen

a) Bettenbelegung mit COVID-19-Patientinnen und Patienten auf Normal- (Quantität) und Intensiv- (Qualität der Krankheitsschwere) Station

Die tagesaktuelle Bettenbelegung mit COVID-Patientinnen und -Patienten aller sächsischen Krankenhäuser war in der Vergangenheit das Steuerungselement mit der höchsten Relevanz und Akzeptanz. Die Belegungs- und Auslastungsdaten der Krankenhäuser werden zudem genutzt, um die COVID-Patientinnen und -Patienten bei knappen bzw. knapper werdenden Aufnahmekapazitäten, zielgerichtet – innerhalb der Cluster bzw. clusterübergreifend – durch die sog. Krankenhausleitstellen zu verteilen.

Ferner bilden die erhobenen Daten die Grundlage für die Berechnung der Auslastungsprognosen des DISPENSE-Projekts (Dresdner Informations- und Prognosetool für Erkrankungsverlauf und Bettenauslastung in Sachsen). Die Prognosen zur Auslastung/Belegung der Krankenhausbetten ist wichtig, um etwaige Maßnahmen rechtzeitig ergreifen zu können.

Der Vorwarnstufenwert bei 180 mit COVID-Patientinnen und -Patienten belegten Intensivbetten im Freistaat Sachsen und der Überlastungsstufenwert bei 420 mit COVID-Patientinnen und Patienten belegten Intensivbetten im Freistaat Sachsen werden als Orientierungspunkte beibehalten. Diese Schwellenwerte sind die bewährten und belastbaren Werte, die für die Überlastung der Krankenhausversorgung im Freistaat Sachsen existieren.

Die COVID-Belegung auf den Normalstationen wird beobachtet. Die diesbezüglichen Schwellenwerte (650, 1.300) finden allerdings keine Anwendung solange die Erkrankungsschwere keine (vergleichbaren) Werte wie bei der sog. Deltavariante erreicht. Die COVID-19-Bettenbelegung wird standardmäßig wöchentlich erfasst und mit den diesbezüglichen Prognosen im Lagebild des Freistaates Sachsen abgebildet. Die zuständigen Stellen der Staatsregierung haben zudem jederzeit Zugriff auf die tagesaktuellen COVID-19-Belegungsdaten der Krankenhäuser in Sachsen und diesbezüglichen Prognosen.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen aus den Jahren 2020 und 2021 könnte im Oktober 2022 eine Wiedereinsetzung der Krankenhaus-Koordinierung durch die drei Krankenhäuser der Maximalversorgung und der Krankenhausleitstellen erforderlich werden, wenn die Zahl der COVID-19-Intensivpatientinnen und -patienten erneut ein erhebliches Maß annehmen sollte. Die Wiedereinsetzung ist zu prüfen, veranlassen und finanzieren. Als die Leitstellen im Herbst 2021 wieder voll aktiviert wurden war der damalige Schwellenwert von 180 COVID-Intensivpatientinnen und -patienten überschritten.

b) Gesundheitsstab

Nicht zuletzt die Erfahrungen der Delta- und Omikronwellen zeigen jedoch, dass die Belegungszahlen die Leistungsfähigkeit nicht umfassend abbilden. Vielmehr spielen u. a. die Verfügbarkeit von Personal und medizintechnischer Ausstattung, wie auch ein hinreichender Abfluss von Patientinnen und Patienten in den Pflege- oder Rehassektor ebenfalls eine zentrale Rolle.

Der persönliche Kontakt und Austausch im Gesundheitsstab gewährleisten ein umfassendes Lagebild in der stationären Versorgung.

c) Weitere Surveillance

Aufgrund der hohen Zahl erwarteter respiratorischer Erkrankungen im günstigsten und Basisszenario besteht weiterer Bedarf an Surveillance (insbesondere Influenza, RSV). Der ExpertInnenrat und die GMK fordern die Erarbeitung eines einheitlichen Konzepts zu den Forderungen des ExpertInnenrates durch den Bund in Abstimmung mit den Ländern. Das ist sachgerecht und sinnvoll, denn Datenerhebung und Weiterverarbeitung (Analysen und Prognosen) sollten zentral und einheitlich erfolgen.

Hierfür bietet sich das DIVI-Intensivregister an. Doppelstrukturen bei der Datenerhebung und -verarbeitung müssen vermieden werden (Vermeidung nicht erforderlichen Aufwands für die Krankenhäuser). Die Ergebnisse des Konzepts des Bundes – zu einer etwaigen Ausweitung des Monitorings der Krankenhausbelegungen über COVID-19 hinaus (Influenza, RSV) sollten abgewartet werden. Im DIVI-Intensivregister werden neben den COVID-19-Belegungen auf den Intensivstationen (die besondere Anforderungen an den Infektionsschutz insb. in räumlicher, maschineller und personeller Hinsicht erfordern) auch sämtliche Non-COVID-Intensivbetten und deren Belegung erfasst und abgebildet.

3.1.4 Überblick Überwachung des Pandemiegeschehens

Überwachung des Pandemiegeschehens		Günstigstes Szenario	Basisszenario	Ungünstigstes Szenario
Dimension	Instrument			
Infektionsdynamik	7-Tage Inzidenz	niedrig	hoch	sehr hoch
	Trend im Abwassermontoring	niedrig	hoch	sehr hoch
Gefährdungspotential	Auftreten neuer VOC	-	-	+
Leistungsfähigkeit der Versorgungseinrichtungen	Bettenbelegung ¹	<u>Vorwarnstufe:</u> 180 belegte Intensivbetten <u>Überlastungsstufe:</u> 420 belegte Intensivbetten	<u>Vorwarnstufe:</u> 180 belegte Intensivbetten <u>Überlastungsstufe:</u> 420 belegte Intensivbetten	<u>Vorwarnstufe:</u> 180 belegte Intensivbetten <u>Überlastungsstufe:</u> 420 belegte Intensivbetten
	Gesundheitsstab	beherrschbar	beherrschbar	nicht-beherrschbar

¹ In Abhängigkeit der Eigenschaften der vorherrschenden Virusvariante auf Basis internationaler Erkenntnisse kann ggf. nachgelagert eine Bettengrenze für die Normalstation reaktiviert werden (Vorwarnstufe: 650 belegte Betten auf Normalstation, 1.300 belegte Betten auf Normalstation).

Voraussetzung für das Ergreifen der Schutzmaßnahmen für den Basisschutz, den flächendeckenden Übertragungsschutz (Mund-Nasenschutz und Abstand in Innenräumen) und die regionalen Kontaktreduzierungen bzw. -beschränkungen ist eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage für die Länder im Infektionsschutzgesetz. Die aktuell geltenden infektionsschutzrechtlichen Befugnisse gemäß § 28a und § 28b IfSG stehen aufgrund der gesetzlichen Befristung nur bis zum 23. September 2022 zur Verfügung. Der Bundesgesetzgeber muss bis zum Außerkrafttreten der Befugnisse Nachfolgeregelungen im IfSG schaffen, die es den Ländern ermöglichen, die erforderlichen Schutzmaßnahmen für eine effektive Pandemiebekämpfung in den obigen Szenarien zu erlassen. Es ist daher noch nicht absehbar, welche Schutzmaßnahmen auf Landesebene tatsächlich ergriffen werden können. Mögliche Schutzmaßnahmen, in Abhängigkeit der bundesrechtlichen Regelungen und entsprechender politischer Entscheidungen, sind in der Tabelle unter 3.7. dargestellt, Mögliche Fassungen des IfSG und ihre Auswirkungen sind:

a) Ermächtigungsgrundlagen (§ 28a Absatz 7 und Absatz 8 IfSG) sind nicht mehr anwendbar aufgrund der Befristung im § 28a Absatz 10 IfSG (unwahrscheinliche Variante)

Individuelle Schutzmaßnahmen wären gegenüber Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheidern nach § 28 Absatz 1 Satz 1 IfSG sowie die Schließung von Einrichtungen und Betrieben im Einzelfall nach § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 IfSG möglich.

Schutzmaßnahmen zum präventiven Schutz vulnerabler Gruppen (Maskenpflicht in ÖPNV, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen) sowie darüberhinausgehende Maßnahmen im Sinne eines flächendeckenden Übertragungsschutzes (generelle Maskenpflicht, Abstandsgebot) wären nur noch bei Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Bundestag gemäß § 28a Absatz 1 IfSG möglich.

Die Schutzmaßnahmen können ohne Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Bundestag nicht auf der Grundlage von § 28 IfSG - weder durch Verordnung des Freistaates noch durch Allgemeinverfügungen der Landkreise und Kreisfreien Städte - verfügt werden. Die Rechtsprechung verlangt, dass der Gesetzgeber die spezifischen Schutzmaßnahmen im IfSG selbst definiert, so dass die allgemeinen Ermächtigungen in § 28 IfSG nicht ausreichen.

b) IfSG wird unverändert verlängert (unwahrscheinliche Variante)

Es bliebe bei den aktuellen Basisschutzmaßnahmen, wenn nicht der Bundestag die epidemische Lage von nationaler Tragweite ausruft. Weitergehende Schutzmaßnahmen (allgemeine Maskenpflicht, Abstandsgebot, Zugangsbeschränkungen für Einrichtungen und Angebote mit Publikumsverkehr, Hygienekonzepte) setzen auf Landesebene die Feststellung einer sich dynamisch ausbreitenden Infektionslage in einer konkreten Gebietskörperschaft durch das Landesparlament voraus.

c) IfSG wird gem. GMK-Beschluss verändert

Die GMK hat am 16. Mai 2022 einstimmig beschlossen, den Bund zur Überarbeitung der Ermächtigungsgrundlage im IfSG aufzufordern. Zentral sollte die Ermöglichung im Bedarfsfall folgender Schutzmaßnahmen für den Herbst 2022 aus Sicht der Länder sein: die Anordnung einer generellen Maskenpflicht in Innenräumen, die Verpflichtung zur Vorlage eines Impf-, Genesenen- oder Testnachweises (3G/2G-Regelung) mit entsprechender Zugangsbeschränkung für risikogefährdete Bereiche und die Verpflichtung zur Erstellung von verbindlichen Infektionsschutzkonzepten sein.

Voraussetzung für Schutzmaßnahmen im Freistaat Sachsen wäre eine entsprechende Änderung des IfSG. Insoweit ist der GMK Beschluss - vor dem Hintergrund des aktuell für den Herbst und im Winter nicht vorherzusehenden Infektionsgeschehens - jedoch völlig offen

formuliert. Auch der Corona-ExpertInnenrat der Bundesregierung spricht nur von einer soliden rechtlichen Grundlage für mögliche und notwendige Schutzmaßnahmen, indem er Beispiele aufführt. Der Ausgang des Bundesgesetzgebungsverfahrens ist ungewiss. Legt man die vom Corona-ExpertInnenrat der Bundesregierung durchgespielten drei Szenarien zugrunde, bieten sich für die Neuregelung des § 28a IfSG - verbunden mit einer grundsätzlichen Vereinfachung - folgende Inhalte an:

1. Fortführung der bisherigen Basismaßnahmen gemäß § 28a Absatz 7 IfSG.
2. Fortführung der bisherigen Regelungen in § 28a Absatz 8 IfSG (Masken etc.) jedoch ohne die Voraussetzung der Feststellung der epidemischen Lage durch den Landtag und ohne die Beschränkung auf eine Gebietskörperschaft (Hot-Spot) sowie gegebenenfalls unter Absenkung weiterer epidemiologischer Voraussetzungen.

Darüber hinaus sollen selbstverständlich auch die Möglichkeiten zu individuellen Maßnahmen im konkreten Einzelfall gemäß § 28 IfSG beibehalten bleiben.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen in der SARS-CoV-2-Pandemie ist es für den Freistaat Sachsen wichtig und richtig, die absoluten Belegungszahlen als Indikator für das Ergreifen von Schutzmaßnahmen nutzen zu können. Eine ausschließliche Orientierung an der Sieben-Tages-Inzidenz für Schutzmaßnahmen ist nicht zielführend, um eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern. Andere Indikatoren bürden überdies die Gefahr, dass mangels Erfahrungswerten keine rechtzeitige und sachgerechte Pandemiesteuerung möglich ist (wie beispielsweise bei der Einführung der Sieben-Tage-Hospitalisierungsinzidenz).

3.2 Vorbereitung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)

Im günstigsten und Basisszenario sollte auf die Kontaktpersonennachverfolgung (KPN) verzichtet werden. Eine KPN bei dynamischem Infektionsgeschehen ist nur dann zielführend, wenn es auch weitreichende Kontaktbeschränkungen gibt. Dies ist in den genannten Szenarien nicht der Fall. Im ungünstigsten Szenario sollte die Absonderung von Kontaktpersonen auf Haushaltsangehörige begrenzt sein und per Allgemeinverfügung geregelt werden. Die immense Arbeitsbelastung des ÖGD und die Phase der Pandemie haben den Schwerpunkt der notwendigen Maßnahmen verschoben. Die Regelungen zur KPN sollten bundeseinheitlich nach den Richtlinien des RKI umgesetzt werden.

Im Übergang einer Pandemie zur Endemie beschränken sich die (Schutz-)Maßnahmen auf vulnerable Gruppen. Eine KPN in Alten- und Pflegeheimen und der Eingliederungshilfe bei Ausbruchsgeschehen könnte daher im ungünstigsten Szenario angezeigt sein. Eine wichtige Maßnahme zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung von SARS-CoV-2 innerhalb einer Einrichtung ist die Identifizierung der Personen mit Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2-Fall im infektiösen Zeitintervall. Kontaktpersonen können andere Bewohnerinnen und Bewohner sowie Betreute sein aber auch andere Personen, die zwar wiederholt aber nur zeitweise die Einrichtung betreten. Die Identifizierung dieser Personen und das Vorgehen im weiteren Umgang sollten bei Bedarf in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt erfolgen.

Die bisherige KPN konnte in den sächsischen Gesundheitsämtern nur mit personeller Unterstützung (RKI-Scouts, kommunales und Landespersonal sowie Bundeswehr) durchgeführt werden. Diese Personalzuführungen wurden oder werden bis 30.09.2022 beendet. Eine Weiterführung ist aufgrund der regelmäßigen Tätigkeiten nicht wahrscheinlich. Die Rückstände der letzten zwei Jahre sind enorm und das Einstellen anderer Pflichtaufgaben nicht mehr tragbar.

Die digitale Unterstützung der KPN erfolgt über ein Modul im Fachverfahren OctoWare®TN. SORMAS wird in keinem sächsischen Gesundheitsamt aktiv genutzt. Da der Bund SORMAS nicht mehr weiterentwickeln wird, die Förderung des BMG über 2022 hinaus nicht fortgeführt

wird, eine Schnittstelle zum etablierten Fachverfahren nicht existiert und die Erweiterung des bestehenden Fachverfahrens etabliert ist, ist eine Umstellung auf SORMAS nicht zielführend.

3.3 Impfinfrastruktur 2022/2023

Die Impfinfrastruktur wurde im 14. und 15. Kabinettsbericht behandelt. Die weitere Kabinettsbefassung folgt mit dem 16. Kabinettsbericht sowie dem Konzept zur Impfstruktur ab 2023.

Grundsätzlich soll die Hauptverantwortung noch weiter auf das Regelsystem (Ärzterschaft, Krankenhäuser, Apotheken) verlagert werden. Im Herbst ist aber mit einer erneuten Nachfragespitze nach einer allgemeinen Empfehlung zur vierten Impfung zu rechnen. Eine fünfte Impfung könnte noch im Verlauf des Winters möglich sein. Die staatliche Impfstruktur ist, wie mit dem 15. Bericht bereits dargestellt, nur noch beschränkt leistungsfähig. Das ursprünglich für die höhere Nachfrage geplante Aufwachsen der Impfinfrastruktur des Sommer-Basisbetriebs (durch mehr Impfstrecken in den Impfstellen, längere Öffnungszeiten und mögliche zusätzliche Teams) wird nicht vollumfänglich realisiert werden können. Daher soll mit dem 16. Bericht dem Kabinett bereits jetzt empfohlen werden, die Entscheidung zur Einbindung der kommunalen Impfstruktur im Herbst 2022 zu treffen, um den Kommunen Planungssicherheit und Vorbereitungszeit zu geben. Notwendig ist dies aufgrund steigender Infektionszahlen, der zu erwartenden Empfehlung einer 4. Impfung und der voraussichtlichen Verfügbarkeit von angepassten Impfstoffen ab Herbst 2022. Darüber hinaus soll im Kabinett das Konzept zur Impfstruktur ab 2023 vorgelegt werden, in dem die Anpassung der Impfstruktur unter Einbindung der kommunalen Ebene empfohlen wird. Hier sind weitere Abstimmungen erforderlich, um auf die Vorbehalte der kommunalen Seite gegen die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Aufgabe des Vorhaltens eines Auffangsystems zur Unterstützung der vorrangig Impfinden (hausärztliche Versorgung, Krankenhäuser, Zahnärzte, Apotheker, Tierärzte) einzugehen.

3.4 Schutz vulnerabler Gruppen

Vulnerable Gruppen im Kontext der Corona-Pandemie sind Personengruppen, die ein höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben. Dazu zählen Menschen ab 50 bzw. 60 Jahren, mit Grunderkrankungen wie bspw. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Erkrankungen des Atmungssystems und Patientinnen und Patienten mit unterdrücktem Immunsystem.

Darüber hinaus gibt es verschiedene Personengruppen, die durch die Schutzmaßnahmen besonders belastet waren. Hierzu zählen insbesondere Familien, Kinder und Jugendliche sowie alleinstehende Menschen. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die physisch vulnerablen Gruppen. In Alten- und Pflegeheimen (APH) sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (EGH) leben viele Menschen, die auch in der nächsten Phase der besonders geschützt werden sollen. Aufgrund der räumlichen Nähe und Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten in Einrichtungen der APH und EGH besteht ein erhöhtes Risiko für eine Infektion mit SARS-CoV-2.

3.4.1 Schutzkonzept in APH und EGH

Die bereits in den vergangenen Pandemie Jahren etablierten Schutzkonzepte sollen für die vulnerablen Personengruppen in Einrichtungen beibehalten werden. Auch dies soll angepasst an die jeweilige Pandemiesituation geschehen. Im Folgenden der Überblick über mögliche Schutzmaßnahmen.

Maßnahme	APH	EGH
Hygienekonzept mit Basis-hygienemaßnahmen zur Minimierung des Infektionseintrags und der -verbreitung	+	+
Mund-Nasenschutz	+*	+*
Testregime	+*	+*
Besuchsregelung , einrichtungsspezifische Besuchskonzepte, die Zugang ermöglichen	+	+
Impfquote	<ul style="list-style-type: none"> - dringende Notwendigkeit einer hohen Impfquote bei Personal und Bewohnerinnen und Bewohnern - zusätzlich Grippe-schutzimpfung - zusätzlich bei Bewohnerinnen und Bewohnern Pneumokokkenimpfung 	<ul style="list-style-type: none"> - dringende Notwendigkeit einer hohen Impfquote bei Personal und Bewohnerinnen und Bewohnern, ggf. Kontraindikationen zu beachten - ebenso bzgl. Grippe-schutzimpfung
Kontaktpersonennachverfolgung	bei Ausbruchsgeschehen in der Einrichtung	bei Ausbruchsgeschehen in der Einrichtung

* Voraussetzung für das Ergreifen der Schutzmaßnahmen für den Basisschutz, den flächendeckenden Übertragungsschutz (Mund-Nasenschutz und Abstand in Innenräumen) ist eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage für die Länder im Infektionsschutzgesetz. Gegenwärtige Debatten und ausstehende Entscheidungen auf Bundesebene führen dazu, dass noch nicht absehbar ist, welche Schutzmaßnahmen tatsächlich ergriffen werden können. Für die Weiterführung der Testregimes ist die Übernahme der Testkosten durch eine unveränderte Verlängerung der TestV über den 30.06.2022 hinaus notwendig.

3.4.2 Unterstützende Maßnahmen für APH und EGH

Zu Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020 benötigten die APH vor allem Unterstützung bei der Beschaffung von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) für ihre Beschäftigten sowie Informationen zu Handlungsmöglichkeiten vor Ort. Hierfür hat das SMS die AG Pflege eingerichtet. In wöchentlichen Abstimmungen sowie Informationsblättern, FAQs und Rundschreiben wurden wichtige Abstimmungen vorgenommen.

Die erforderliche Unterstützung der Einrichtungen und Dienste der EGH erfolgte durch das SMS im Rahmen regelmäßiger Telefon- und Videokonferenzen mit den Trägern der EGH und den Verbänden der Leistungserbringer. Notwendige Infektionsschutzmaßnahmen wurden dort unter Berücksichtigung der jeweiligen Infektionslage gemeinsam abgestimmt.

Im Herbst 2020 wurde das Corona-Pflegeteam auf Anregung und Initiative des SMS eingerichtet. Das Sozialministerium, die Landesverbände der Pflegekassen, der Medizinische Dienst im Freistaat Sachsen (MD Sachsen) und der Kommunale Sozialverband Sachsen waren Träger der Stelle. Im Corona-Pflegeteam arbeiteten Pflegefachkräfte des MD Sachsen aus dem Bereich Pflege-Qualitätsprüfung. Ziel war es, bei SARS-CoV-2-Infektionsfällen in Einrichtungen und Diensten die pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Das Team stand betroffenen Einrichtungen mit pflegefachlicher Kompetenz beratend zur Seite. Nach einem Notfallstufenplan wurde die aktuelle Problemlage in der jeweiligen Einrichtung analysiert und konkrete Maßnahmen, wie die Einbindung der Heimaufsicht, des örtlichen Gesundheitsamtes, der Pflegeverbände oder gegebenenfalls des regionalen Krisenstabes, besprochen. Parallel war das Pflegeteam vorbeugend tätig. Wurden dem Team Infektionsfälle bekannt, beriet es Pflegeeinrichtungen beispielsweise zur Umsetzung der Sächsischen Corona-Schutz-Verordnung, des Pandemieplans und der Coronavirus-Testverordnung, noch bevor es zu Versorgungsengpässen kam.

Das Corona-Pflegeteam könnte grundsätzlich in gleicher Form wieder aktiviert werden. Jedoch ist zu beachten, dass die Beschäftigten des MD aufgrund der vom SMS genehmigten Aussetzung der Prüftätigkeit im Corona-Pflegeteam arbeiten konnten. Es bedürfte daher einer sicheren rechtlichen und finanziellen Grundlage, um diese Zusatzaufgabe des MD umsetzen zu können. Eine Aktivierung ist nur im ungünstigsten Szenario geboten.

3.4.3 Bundesgesetzliche Regelungen

a) IfSG

Die Sächsische Staatsregierung spricht sich deutlich für die Notwendigkeit einer rechtlich sicheren Grundlage für die Ermöglichung von Schutzmaßnahmen aus. Sofern die Ermächtigungsgrundlage in § 28a IfSG für Schutzmaßnahmen für Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 und 7 entfällt, können keine weiteren Maßnahmen für Einrichtungen der EGH landesrechtlich angeordnet werden. Die Testpflichten und die Pflicht zum Tragen von Mund-Nasenschutz würde entfallen.

Die Möglichkeiten des Hausrechts zur Umsetzung von einrichtungsbezogenen Hygiene- und Infektionsschutzplänen sind nicht ausreichend. Ohne Ermächtigungsgrundlage könnte das SMS bzw. die Sächsische Staatsregierung nur Empfehlungen für Schutzmaßnahmen in APH/EGH aussprechen. Dies würde beim Basis- und ungünstigsten Szenario nicht ausreichen.

Menschen mit Behinderungen sind ebenso wie Betreute in Alten- und Pflegeheimen den vulnerablen Personengruppen zuzuordnen; hier mögliche Schutzmaßnahmen grundsätzlich auszuschließen ist rechtlich problematisch und politisch nicht begründbar.

b) Test-Verordnung (TestV) und EGH

Die Verlängerung der Testverordnung über den 30.06.2022 steht noch aus. Die Verhandlungen auf Bundesebene laufen noch. Unklar ist vor allem der Umfang der zukünftig angebotenen

Leistungen. Der ExpertInnenrat der Bundesregierung spricht sich für eine Einschränkung der Tests aus. Bei Änderungen im Angebot ergibt sich ggfs. Anpassungsbedarf bei sächsischen Regelungen oder in der Kostenübernahme. Beispielhaft ist dies im Folgenden für die Eingliederungshilfe dargestellt.

Sofern die Testungen für die Eingliederungshilfe aus der TestV des Bundes herausfallen, so würden sich drei Szenarien ergeben:

Szenario 1 (Testungen für die Eingliederungshilfe): Übernahme der Testkosten durch den Freistaat Sachsen

Bei Beibehaltung der landesrechtlich verfügbaren Testpflicht kommt die Übernahme der Testkosten aus Landesmitteln in Betracht. Eine grobe Kostenschätzung ergibt monatliche Testkosten i.H.v. 3,17 Mio. Euro.

Dies bedarf jedoch einer entsprechenden Bereitstellung von Landesmitteln aus dem Corona-Bewältigungsfonds.

Szenario 2 (Testungen für die Eingliederungshilfe): Ende der Testpflicht in der EGH

Die Corona-Schutz-Verordnung wird zum 01.07.2022 dahingehend geändert, dass die Testpflicht für Einrichtungen der EGH entfällt.

Damit wären die in den Einrichtungen der EGH lebenden und arbeitenden Menschen mit Behinderungen nicht mehr anderen vulnerablen Personengruppen gleichgestellt.

Szenario 3 (Testungen für die Eingliederungshilfe): Testpflicht ohne Kostenübernahme

Die Testpflicht wird beibehalten, die Kosten werden nicht erstattet und verbleiben damit bei den Einrichtungen und Diensten der Leistungserbringer. Dies zieht Erstattungsforderungen gegen den Freistaat nach sich. Eine vergleichbare Situation war entstanden, als in den ersten zwei Monaten nach Inkrafttreten der TestV des Bundes Personalkosten der EGH nicht von dieser umfasst waren. Dies hat zu großer Unruhe geführt.

Testkosten sind Kosten der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und keine Leistungen der EGH nach SGB IX. Insoweit sind diese auch nicht über die Leistungsträger (KSV, Landkreise und kreisfreie Städte) refinanzierbar.

c) TestV und APH

Nach Auslaufen der genannten Regelung sind die Pflegeeinrichtungen über ihre verhandelten Pflegesätze mit der Versorgung beauftragt und verpflichtet (Versorgungsauftrag nach § 72 Absatz 1). Falls die aktuellen Pflegesätze nicht ausreichen sollten, müssten die Einrichtungen in neue Pflegesatzverhandlungen eintreten. Für stationäre Pflegeeinrichtungen ist dies in § 85 SGB XI geregelt. Der Ablauf von Vergütungsverhandlungen stellt sich wie folgt dar: 1. Feststellung der Änderung der bisherigen Berechnungsgrundlage. 2. Anhörung der Bewohnervertretung zu den Änderungen und deren Auswirkungen auf die Preise. 3. Aufforderung an die Kostenträger zur Aufnahme von Pflegesatzverhandlungen. 4. Durchführung der Pflegesatzverhandlungen, ggf. unter Beteiligung der Bewohnervertretung. 5. Abschluss der Verhandlungen mit Einigung oder Anrufung der Schiedsstelle mit Spruch der Schiedsstelle zur Festlegung des Umfangs und Zeitpunkts der Erhöhung, ggf. Rückwirkung der Erhöhung.

Für ambulante Pflegedienste ist dies in § 89 SGB XI geregelt.

3.5 Kindertagesstätten und Schulen (Zuständigkeit SMK)³

Die Staatsregierung strebt an, das Schuljahr 2022/23 grundsätzlich ohne coronabedingte Einschränkungen des Schulbetriebs durchzuführen und den Präsenzunterricht während des gesamten Schuljahres in der Fläche aufrechtzuerhalten.

Flächendeckende Schulschließungen werden ausgeschlossen. Auch die Einrichtungen der Kindertagesbetreuung gilt es ohne Einschränkungen beim Betreuungsumfang offen zu halten und so den Rechtsanspruch auf frühkindliche Bildung und Betreuung in Sachsen umzusetzen.

Das Infektionsgeschehen insgesamt als auch an Schulen und Kindertageseinrichtungen gilt es dabei weiterhin sorgsam zu verfolgen. Sollte sich das Pandemiegeschehen im Herbst erneut verstärken, wird mit Augenmaß und nach Abwägung aller zu berücksichtigenden pädagogischen und infektiologischen Gesichtspunkte über die mögliche Wiedereinführung von Schutzmaßnahmen zu entscheiden sein. Der Schulbereich verfügt inzwischen über ein umfassendes Instrumentarium an Schutzmaßnahmen, auf welches kurzfristig zurückgegriffen werden kann. Schutzmaßnahmen wie etwa die Wiedereinführung von Tests und der Verpflichtung zum Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen kommen dabei nur bei einer sich deutlich verschlechternden Pandemielage und allenfalls im Zusammenspiel mit gleichlaufenden Regelungen für das gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben in Betracht. Besonderes Augenmerk kommt dabei wie in der Vergangenheit den Grundschulen zu. Auch zur Gewährleistung des Erfolgs des Anfangsunterrichts und vor dem Hintergrund der mittlerweile gefestigten medizinischen Einschätzung zu seltenen Corona-Erkrankungen bei Kindern sind Schutzmaßnahmen an Grundschulen noch weiter zu begrenzen.

Die Staatsregierung ist bestrebt, alle öffentlichen und freien Schulen bedarfsgerecht mit so genannten CO₂-Ampeln auszustatten, um richtiges Lüften in den Klassenräumen zu unterstützen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Vorbeugung der Übertragung von respiratorischen Infektionskrankheiten zu leisten. Damit können entsprechende Vorschläge des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 und hier insbesondere des Mitgliedes des ExpertInnenrats Prof. Berner – zugleich Leiter der Kinderklinik der TU Dresden - zur Pandemie-vorbereitung auf den Herbst/Winter 2022/23 umgesetzt werden.

Im Vordergrund steht, auch vor dem Hintergrund der pandemiebedingten Einschränkungen der vergangenen zwei Schuljahre im kommenden Schuljahr möglichst vollständig Präsenzunterricht als zentrale Voraussetzungen für den Lernerfolg der Schülerinnen und Schüler zu gewährleisten und pandemiebedingte Lernrückstände etwa über das Programm „Aufholen nach Corona“ weiter zu kompensieren.

3.6 Arbeitsausfälle und Kritische Infrastruktur (KRITIS)

Nach Einschätzung des ExpertInnenrats der Bundesregierung und bei Eintritt des günstigsten oder Basisszenarios werden im Herbst/Winter 2022/23 nicht nur Infektionen mit SARS-CoV-2 eine Belastung darstellen. Eine sehr hohe Anzahl an Influenza, RSV und anderen respiratorischen Erkrankungen ist darüber hinaus wahrscheinlich. Durch Mund-Nasenschutz, Abstandsgebot und Kontaktreduzierungen waren in den vergangenen zwei Jahren kaum Influenzainfektionen aufgetreten. In Australien ist bereits Winter und eine Grippewelle ähnlich zu der im Jahr 2017 zu verzeichnen. In Deutschland grassierte die seit Jahrzehnten heftigste Grippewelle 2017/18.

Zur Abflachung der Infektionskurven ist neben der möglichen zweiten Auffrischungsimpfung die Wahrscheinlichkeit für eine flächendeckende Empfehlung zur Gripeschutzimpfung sowie für ältere Menschen Pneumokokkenimpfung sehr hoch (s. Punkt 3.3).

Bei Eintritt der oben geschilderten Lage ist mit enormen Personalausfällen durch Infektionen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie häusliche Betreuung erkrankter Kinder zu

³ Dies gilt analog auch für staatliche Ausbildungseinrichtungen.

rechnen. Eine angespannte Lage könnte sich daher nicht durch die Überlastung der Krankenhausbetten, sondern die Personalausfälle ergeben. Die Personalausfälle würden die allgemeine Arbeitswelt, KRITIS und das Gesundheitswesen belasten.

Es könnte daher erneut die Notwendigkeit zur mobilen Arbeit zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit bestehen. Die Belastung der KRITIS wird bundesweit im „Gemeinsamen Lagebild Bevölkerungsschutz Deutschland“ des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe dargestellt sowie eine zusammenfassende Bewertung und eine kurzfristige Prognose abgegeben. Die Meldungen des Freistaat Sachsen erfolgen auf Basis der Zuarbeit der Ressorts über das Sächsische Staatsministerium des Innern.

3.7 Zusammenfassung möglicher Schutzmaßnahmen in Abhängigkeit der bundesrechtlichen Regelungen⁴ (Zuständigkeit SMS)

(Schutz-)Maßnahmen⁵	Günstigstes Szenario	Basisszenario	Ungünstigstes Szenario
Kontaktpersonennachverfolgung (abhängig von entsprechenden Entscheidungen)	-	-	per Allgemeinverfügung Absonderung für Haushaltsangehörige, KPN bei vulnerablen Gruppen über Quarantäne/Betreuungsverboten
IfSG – Sächsische Corona-Schutzverordnung (Umsetzung abhängig von IfSG-Anpassungen und politischen Entscheidungen) ⁶	Schutzmaßnahmen für Risikogruppen	flächendeckender Übertragungsschutz	flächendeckender Übertragungsschutz + Kontaktbeschränkungen
Impfungen	2. Auffrischungsimpfung + Grippeimpfung	2. Auffrischungsimpfung + Grippeimpfung	2. Auffrischungsimpfung + Grippeimpfung
Sonstige Maßnahmen (abhängig von politischen Entscheidungen)	Unterstützung pädiatrischer Einrichtungen	flächendeckendes Home-office	flächendeckendes Home-office; Kleeblattverlegung; Unterstützung KH

⁴ z. B. Empfehlungen des RKI (z. B. Kontaktpersonennachverfolgung), Verordnungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (z.B. Arbeitsschutz, Home Office), Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit (z. B. Impfv) und Gesetze des Bundestages (z. B. IfSG).

⁵ Die Einhaltung aller (Schutz-)Maßnahmen wird mit wirksamen Kontrollen überwacht und von allgemeiner Aufklärungsarbeit begleitet.

⁶ Die Sächsische Staatsregierung setzt sich für die Möglichkeit der Anordnung des Tragens von Mundnasenschutz in Innenräumen ein.

4. Kommunikationsstrategie

Die möglichen Szenarien des Herbstes werden, sobald sie absehbar sind, transparent kommuniziert. Insbesondere im Anschluss an wissenschaftliche Empfehlungen wird die Kommunikation verstärkt.

Ein Schwerpunkt der zukünftigen Kommunikation wird weiter das Thema Impfen einnehmen. Die Notwendigkeit von Information und Aufklärung über die Notwendigkeit der Coronaschutzimpfung und damit der Impfwerbung bleibt auch im Sommer und Herbst hoch. Durch das mögliche Auftreten neuer Virusvarianten, die Entwicklung und Bereitstellung neuer Impfstoffe und eventuelle neue Bedarfe bei bestimmten Zielgruppen (2. Auffrischungsimpfung) braucht die Bevölkerung verlässliche Informationen, um eine sichere Impfscheidung fällen zu können. Insbesondere die Vorteile sowie Nachteile der Impfstoffe und somit die transparente Risiko-Nutzen-Abwägung müssen kommuniziert werden. Die Menschen brauchen Orientierung in der Info-Flut und Faktenchecks bei Falschinformationen. Wichtig wird die transparente, schnelle und aktive Bereitstellung von Informationen und Aufklärungen zur Impfung sein, um auf diesem Wege die Impfscheidung zu befördern.

Möglich sind Kampagnenelemente mit mittelbarer Impfwerbung, indem Dank und Wertschätzung für Impfen, Durchhalten in den harten Zeiten der Lockdowns und Einschränkungen sowie Einhalten der Regeln ausgedrückt werden. Vertreter aus Bevölkerungsgruppen und Branchen (Testimonial) stehen stellvertretend für ihre Milieus – z. B. Gastronomen, Handwerker, Alten- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Familien, Schülerinnen und Schüler, Sportvereine, Kunst und Kultur. Damit wird an reale Erfahrungen während der Pandemie erinnert und an weitere Vorsicht appelliert. Wir entwickeln die Impfwerbung so von einer auffordernden Ansprache („Ich lasse mich impfen, weil...“) weiter zu einer, die Betroffenheit erzeugt und damit zum Nachdenken über die Impfung anregen soll. Des Weiteren werden weitere Impfungen, z. B. die Gripeschutzimpfung in den Blick genommen. Bei entsprechender Empfehlung der SIKO sollte die Werbung für diese Impfungen gekoppelt werden. Dies geschieht in direkter Abstimmung mit und Sensibilisierung der ärztlichen Berufsverbände und Akteuren von Krankenhauslandschaft und Pflege. Zur Direktkommunikation mit Frage-Möglichkeit werden auch Online-Formate wie „facebook live“ organisiert.

Somit differenzieren wir stärker zwischen politischer Kommunikation und Gesundheitskommunikation. Letzterer kommt durch den Transport der medizinischen Botschaften und Argumente eine größere Rolle zu, sie hat eine höhere Überzeugungskraft. Wir werden diese Informationen weiterhin niedrigschwellig verbreiten, damit sie möglichst auf vielen Kanälen verfügbar sind. Die Kampagnenelemente müssen direkt die Zielgruppen erreichen, ohne dass diese selbst wesentlich aktiv werden müssen – also über Social Media, Radiospots, Online-Anzeigen und das gegenseitige Bewerben der Informationen.

Des Weiteren werden die Maßnahmen zur Erhöhung der Impfquote bei Migrantinnen und Migranten verstärkt. Die Vorbereitung dafür läuft. Neben Aufklärung und Information in türkischen, arabischen oder vietnamesischen Läden und Treffpunkten zählen dazu auch aufsuchende Impfangebote. Die Informationen werden so direkt wie möglich zu den Zielgruppen lanciert – sowohl durch Direktverteilung von Info-Material also auch durch bezahlte Werbe-Posts bei Facebook und Instagram. Alle Informationsmaterialien werden dafür aktualisiert. Sobald sich neue Zielgruppen (besonders gefährdete Menschen, einzelne Alters- oder Berufsgruppen, regionale Bevölkerung) abzeichnen, wird die Impfwerbung für diese spezifiziert.

5. Zusammenfassung

Die Coronavirus-Pandemie ist noch nicht vorbei. Es ist mit einer Zunahme des Infektionsgeschehens und insbesondere einem hohen Bedarf an Auffrischungsimpfungen (nach SIKO/STIKO-Empfehlung) im Spätsommer/Herbst 2022 zu rechnen. Die Sächsische Staatsregierung wird hierfür insbesondere dadurch Sorge tragen, dass die impfende Regelstruktur durch ein ergänzendes Impfsystem unterstützt wird und das Pandemiegeschehen differenziert

überwacht wird, um bei Bedarf rechtzeitig entsprechende Schutzmaßnahmen – sofern die Ermächtigungsgrundlage durch den Bundestag vorliegt und im dargestellten Rahmen und den benannten Voraussetzungen – ergreifen zu können.

Das Pandemiegeschehen wird in drei Dimensionen mit unterschiedlichen Instrumenten beobachtet, so dass rechtzeitig besorgniserregende Entwicklungen erkannt werden. Das Pandemiegeschehen hat sich dahingehend verändert, dass ein einzelner Aspekt zur Beurteilung der Situation und das Ergreifen von Schutzmaßnahmen nicht mehr ausreicht. Zur umfassenden Beurteilung der Situation sind die Dimensionen Infektionsdynamik (Sieben-Tages-Inzidenz, Abwassermonitoring), Gefährdungspotential (Beobachtung VOC, wissenschaftliche Erkenntnisse) und Leistungsfähigkeit der Versorgungseinrichtungen (Bettenbelegung, Gesundheitsstab) in ihrem Zusammenspiel zu beurteilen.

Im günstigsten und Basisszenario werden wenig Infektionsschutzmaßnahmen erforderlich sein. Jedoch muss die Möglichkeit des hohen Personalausfalls durch andere respiratorische Erkrankungen und eine nach zwei ausgesetzten Jahren starke Grippewelle zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit der KRITIS in die Planungen einbezogen werden. Im ungünstigsten Szenario bewegen sich die Entscheidungen im Maßnahmenrahmen des flächendeckenden Übertragungsschutzes, der Kontaktbeschränkungen, Absonderung, flächendeckendes Home Office, Kleeblattverlegungen und Unterstützung der stationären Versorgung. Hierfür bräuchte es eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage für die Länder im Infektionsschutzgesetz.

In jedem Szenario ist der Schutz der vulnerablen Gruppen, das heißt der in Alten- und Pflegeheimen sowie der Eingliederungshilfe lebenden Menschen, unerlässlich. Für flächendeckende Ermöglichung von Schutzmaßnahmen in diesen Einrichtungen, insbesondere des Mund-Nasenschutzes und des Testregimes, sind bundesgesetzliche Regelungen notwendig. In Pandemiephasen geringer Krankheitsschwere und niedriger Todeszahlen steht daher nicht die Infektionskontrolle (Testung und individuelles Containment), sondern die Abmilderung der infektionsbedingten Folgen für das Gesundheitssystem, die kritische Infrastruktur und die Gesellschaft im Vordergrund.