

COVID-19-Eindämmung: Übergang von Verlangsamung zu Viruskontrollphase¹

Politische Handlungsfähigkeit erlangen
Erwartungshorizonte für Gesundheit, Gesellschaft und Wirtschaft schaffen

1. *Wo stehen wir heute? Was sind die Herausforderungen?*

Im Umgang mit der **Corona-Krise** hat Deutschland an der Seite vieler anderer Länder den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen **Lockdown** eingeführt. Damit wurde **wertvolle Zeit gewonnen**, um die Ausbreitung der Epidemie zu verlangsamen („flatten the curve“) und um das Gesundheitswesen vorzubereiten. Diese bloße Verlangsamung der Ausbreitung dürfte zwar dazu führen, dass die Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser in Deutschland ausreichen. Aber auch bei einer „Verdoppelung der Zahl der Infizierten alle 10 Tage“ breitet sich die Epidemie **weiterhin exponentiell** aus. Wird diese Zielmarke von 10 Tagen erreicht, ist also lediglich ein **Etappensieg** geschafft, die Herausforderung dauert weiter an.

Der **aktuelle Lockdown-Kontrollansatz** zur Verlangsamung der Verbreitung ist **nicht für einen längeren Zeitraum geeignet**. Deshalb wird **langfristig eine wirksame Kontrolle** der COVID-19-Pandemie **benötigt**. Gegenwärtig muss davon ausgegangen werden, dass die Pandemie **noch viele weitere Monate andauern** und wohl bis ins Jahr 2021 reichen wird, da wir aus heutiger Sicht nicht fest davon ausgehen können, dass vorher ein wirksames Medikament oder ein wirksamer Impfstoff zur Verfügung stehen werden. Allerdings ist es angesichts der durch den Lockdown **unweigerlich ausgelösten wirtschaftlichen und sozialen Schäden** unvorstellbar, diesen Kontrollansatz über einen längeren Zeitraum fortzusetzen.

Folglich muss umgehend **eine neue Phase der Viruskontrolle eingeleitet** werden, die den Lockdown und die langsame „Durchseuchung“ durch wirksame und verhältnismäßige Kontrollmaßnahmen ersetzt und so die Rückkehr zu einem annähernd normalen öffentlichen Leben und Wirtschaften ermöglicht. Demnach gilt es jetzt, Maßnahmen zu planen und zu implementieren, die sicherstellen, dass nach Lockerung der Ausgangsbeschränkungen die **Ansteckungsrate pro erkrankter Person (R_0) nachhaltig unter 1,0 gehalten** wird, vergleichbar mit den Ergebnissen in den meisten Ländern mit „SARS-Erfahrung“ in Asien. Diese Maßnahmen müssen die freiheitliche Selbstbestimmung so weit wie möglich wahren, sozial ausgewogen ausgestaltet sein und klar kommuniziert werden. Ihr Ziel sollte es sein, im offenen gesellschaftlichen Diskurs eine gute Balance zwischen Wirksamkeit bei der Kontrolle von Covid-19 und der Vermeidung tief reichender Eingriffe in die persönlichen Lebensumstände zu erreichen.

2. *Mit welcher Haltung sollten wir der Corona-Krise begegnen?*

Das Auftreten des Coronavirus sprengt den üblichen Rahmen epidemiologisch abgestützten Krisenmanagements. Als Ereignis mit niedriger Eintrittswahrscheinlichkeit, aber hohem Schadenspotenzial für Wirtschaft und Gesellschaft gibt es aktuell **nur geringe Kenntnisse** über seine Eigenschaften. Das nun zwingend benötigte Monitoringsystem muss also auf einer ungesicherten Datenlage aufgebaut und **ständig an neu eintreffende Informationen angepasst** werden. Unbekannt sind weiterhin das Verhalten des Virus unter unterschiedlichen Bedingungen, seine Übertragungswege und Mutationsfrequenz sowie die mit ihm verbundene Letalität. Ähnlich verhält es sich mit den **volkswirtschaftlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen** des Lockdown, denn auch hierfür liegt vergleichbarer **kein Präzedenzfall** vor. Entscheidend ist, dies zu berücksichtigen und die Maßnahmen mit hinreichendem Puffer zu planen, so dass ein erneuter Lockdown weniger wahrscheinlich wird.

¹ Stand: 04. April 2020. Dieser Maßnahmenkatalog basiert auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen eines Experten- und Expertinnenteams aus folgenden Forschungseinrichtungen, Institutionen und Organisationen: RWI, Crowdhelix Ltd./EuroAtlantic AG, SWP, University of Hull, MPI München, Universität Lausanne, University of Nottingham Ningbo China. Wir danken weiteren Experten für ihren Input.

Gerade weil die Unsicherheit über die mittel- und langfristigen Konsequenzen so gewaltig ist, muss der **Übergang vom Lockdown** zu einer wirksamen sozial und wirtschaftlich verträglichen Pandemiekontrolle **so rasch wie möglich eingeleitet** werden. Zudem ist es wichtig, die Pandemiekontrolle als lernendes System zu gestalten, das auf Basis einer schritthaltenden interdisziplinären Folgenabschätzung stetig nachgesteuert wird muss. Eine zentrale Kenngröße zur Bewertung der Kontrollstrategie ist die **Ansteckungsrate pro Erkrankter Person**. Sie muss **nachhaltig auf deutlich unter 1,0 gedrückt** werden. Dies wird die tägliche Anzahl der Neuerkrankten Personen deutlich reduzieren und größere Neuausbrüche verhindern. Die gute Nachricht ist: Es gibt Belege und Erfahrungen, dass dieses Ziel **auch ohne einen extensiven Lockdown erreicht werden** kann. Aus den Erfahrungen einiger ostasiatischer Länder ist zu erkennen, welche Maßnahmen am besten funktionieren.

Die Wirksamkeit der Maßnahmen für den Gesundheitsschutz zu erhöhen, bedarf einer außerordentlichen **gesamtgemeinschaftlichen Kraftanstrengung**, die die Bundesregierung, die (Zivil-)Gesellschaft, die Wissenschaft, die Unternehmen und die Bundeswehr allesamt einschließt. Von internationaler Koordinierung und Beratung, z.B. durch die WHO könnte die Bundesregierung sehr profitieren. Ab sofort ist eine enge, unkonventionelle, in interdisziplinären Teams sowie über institutionelle Grenzen hinweg organisierte Zusammenarbeit notwendig. Damit die hierfür unverzichtbare Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung und das selbstverantwortliche Handeln auf einem **breiten gesellschaftlichen Fundament** aufbauen kann und Akzeptanz erfährt, ist im Zuge einer **übergreifenden Kommunikationsoffensive** die Bevölkerung **zeitnah und transparent** darauf vorzubereiten, dass sie ihr Verhalten weiterhin signifikant anpassen und so helfen muss, die Übertragungswahrscheinlichkeit des Virus aktiv zu reduzieren. Alle können mithelfen und alle werden gebraucht.

Diesen mühevollen Weg gemeinsam als Gesellschaft zu beschreiten, dürfte durch die Wahl eines **einheitlichen Narrativs** wie „gemeinsam distanziert“ gefördert werden. Dabei stehen im Mittelpunkt der Kontrollstrategie das **Menschenrecht auf Gesundheit**, ein **diskriminierungsfreies Vorgehen** und **Solidarität**. Es wird primär auf Überzeugungsarbeit und Selbstverantwortung statt auf Zwang gesetzt. Überzeugend dürfte ferner der von der angepassten Kontrollstrategie gelegte besondere Fokus auf dem **Schutz der Gesundheitsfachkräfte** liegen. Dieses Vorgehen erlaubt, die Epidemie mit **lokal differenzierten Maßnahmen** in Abhängigkeit von der lokalen Problemlage zu steuern und trägt so zur Abmilderung der negativen wirtschaftlichen und sozialen Folgeschäden bei.

3. Welche Maßnahmen sorgen für die sichere und rasche Aufhebung des Lockdown und die Erhaltung der Vitalität von Wirtschaft und Gesellschaft?

3.1. Aufbau einer Test-Infrastruktur als Kernelement, um die Viruskontrolle nach der Öffnung des Lockdown vorzubereiten

3.1.1. Aufbau eines bundesweit einheitlichen „real time“-**Test- und Meldesystems**: verpflichtende Datenbereitstellung von Laboren für den Einzelfall. Patient/in, Fallsteuerung findet in den Gesundheitsämtern statt siehe 3.1.5. Zentrale Epidemie-Steuerung in einem einheitlichen Datensatz für alle Labore. Schwerpunkt des Testens liegt beim öffentlichen Gesundheitsdienst. Private Initiativen z.B. von Arztpraxen, Unternehmen oder anderen Organisationen werden mit einbezogen. Regularien dafür setzt das RKI.

3.1.2. Ausbau von Sars-Cov-2-Labortestkapazitäten und umfassenden Teststrategien

- **Ziel: 80-100% der Kontaktpersonen innerhalb von 24h** auffinden. Im Schnitt sollten dies 80-90 Kontaktpersonen bzw. Verdachtsfälle pro infizierter Person sein. **Dabei ist Geschwindigkeit zentral.**
- **Unsere Schätzungen legen nahe, dass die deutschen Testkapazitäten** pro Tag von heute 60.000 auf 500.000 bis Ende Mai erhöht werden müssen, um bei einer schrittweisen Aufhe-

bung des Lockdown eine wirksame Kontrolle zu erzielen. Personal und Reagenzien sind der zentrale zu behebende Engpass. Diese Kapazitäten sollten auch nach dem Lockdown bis zur Anwendung eines Impfstoffes beibehalten werden, um einen Sicherheitspuffer gegen jedes kleine Aufflackern der Epidemie aufzubauen.

- Daten aus Südkorea und China legen die Schlussfolgerung nahe, dass R_0 kleiner 1 durch folgende **Faustregel** erreicht werden kann: anfänglich tägliche Tests in den Bundesländern im Verhältnis von 1:100 (Tests vs. positive Fälle) und später 1:500. Aktuell liegt der Fokus beim Testausbau auf Bayern, BW und NRW, die jeweils unter 1:10 liegen.
 - Rascher Auf- und Ausbau **mobil einsetzbarer Teststationen** (unter Hilfestellung der Bundeswehr, THW, DRK).
 - **Differenziertes und systematisches Vorgehen beim Testen, um Ressourcen zu schonen:**
 - „Selektives Testen“: alle Symptomträger/innen und asymptomatische Kontaktpersonen;
 - „Hammer in Epidemie-Risikoregionen“: 2-3 Mal Screenen der Gesamtpopulation;
 - Gesundheitsscreening in Regionen ohne Neuinfektionen: jede Person mit Symptomen, Pflicht bei Pneumonie und regelmäßiges Testen von Krankenhauspersonal, v.a. derjenigen, die COVID-19-Patient/innen betreuen.
- 3.1.3.** Sehr schnelle, effektive und umfassende **Kontaktsuche** von positiv getesteten Personen (staatliche „Corona-Detektive“/RKI-Initiative). Grundbedingung: „Nachsuche“ erfolgt innerhalb von 24h bei positivem Testergebnis durch Gesundheitsämter und mittels Apps mit sofortiger Isolierung.
- Einordnung der gefundenen Kontaktpersonen in vier einheitliche **Kategorien** (Überarbeitung der RKI-Kriterien), um schnell und effizient entscheiden zu können, welche Verdachtsfälle unmittelbar getestet werden müssen.
 - Eine verbindliche **Definition** des COVID-19-Verdachtsfalls (basierend auf dem IfSG) ist notwendig. Ferner ist eine rechtliche Verpflichtung nötig, sich bei Verdacht zu melden und kostenfrei testen zu lassen.
 - Massive **Personal- und Schutzverstärkung für Gesundheitsämter**, z.B. durch Studierende, Auszubildende in Gesundheitsberufen und ggf. Bundeswehr und Beschäftigte in Kurzarbeit sowie Monitoring ihrer Effektivität und Sozialverträglichkeit.
 - Gesamte digitale Architektur auf **freiwilliger** Basis nutzen zur Speicherung der Testergebnisse und für die höhere Effizienz der Identifikation des Kontaktkreises. Webseiten und Apps, sowie weitere zielgruppenspezifische Informations- und Kommunikationsmittel in verschiedenen Sprachen nutzen, die auch jene Bevölkerung einbezieht, die nicht online ist, ein Smartphone besitzt oder es nutzen möchte (z.B. Ältere, Obdachlose, Geflüchtete).
- 3.1.4.** Unmittelbare und wirksame **Isolation, Monitoring und Behandlung** aller bestätigten (asymptomatischen und milden) COVID-19-Fälle und aller Verdachtsfälle in wahlweise entweder zuhause oder in speziellen **Quarantäne-Hotels**, um die selbstbestimmte Isolation von 100% der infizierten Personen zu gewährleisten und weitere Übertragungen ganz auszuschließen. Sozialpsychologische Unterstützung von isolierten Personengruppen ist sicher zu stellen.
- 3.1.5.** Strikt **getrennte Behandlungseinheiten** und Gesundheitsschutzprotokolle für Umgang mit COVID-19-Patient/innen im stationären Bereich (siehe chinesische und südkoreanische Manuale). Bis Juni 2020: Separate COVID-19-Kliniken schaffen nach RKI Modell.²

² https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Getrennte_Patientenversorgung.html

3.1.6. Vorbereitung der Lockerung: **Förderung der gesellschaftlichen Akzeptanz** der Distanzierungsmaßnahmen durch **Informationen über risikoadäquates Verhalten**

- **Kampagne zu physischer Distanzierung und Hygiene** weiterführen und ausbauen: „gemeinsam distanziert“ (öffentlich rechtliche Medien).
- Klare **Verhaltensregeln**, Nudging-Hilfen, vor-Ort-Kontrollen an öffentlichen Plätzen, Transport, Gebäuden, Fabriken und Arbeitsplätzen: Vorsorglich **Mundschutz- und Maskengebot** sobald das Bundesgesundheitsministerium hinreichend Masken verfügbar gemacht hat.
- **Sanktionierungen** bei Isolationsbruch und Missachtung von physischer Distanzierung rechtlich verankern und klar kommunizieren.
- **Digitale Architektur/Instrumente** zur schnellen Kontaktsuche popularisieren.
- Positive **Antikörpertest-Ergebnisse** könnten z.B. über eine Bescheidung Personen in systemrelevanten Berufen ermöglichen, ohne Restriktionen am öffentlichen Leben teilzuhaben.
- Bottom-up Prozesse fördern: **Taskforces zur Vorbereitung** der Öffnung für spezifische Lebensbereiche und/oder örtlich differenziert: Schulen, Universitäten, öffentlicher Transport, Läden, Gastronomie und Tourismus u.a. Spezifische, pragmatisch realisierbare Anforderungen und Verhaltensregeln in/an diesen Orten als Grundlage für die Öffnung.

3.1.7. Aufbau eines in der EU-weit abgestimmten Immigration-Kontrollsystems für die Nachverfolgung von eingereisten Verdachtsfällen bei **Grenzkontrollen**. Ziel: Ende der vorübergehenden Kontrollen an den **Binnengrenzen** des Schengen-Raums und Rückkehr zur Teildurchlässigkeit an den EU-Außengrenzen. Schrittweise Aufhebung der Grenzkontrollen zu allen Ländern, die dieselbe Strategie haben, da dort das Testen und Isolieren auch gewährleistet ist und damit der wirtschaftliche Austausch wieder leichter wird.

3.2. Zentral koordinierte Management- und Kommunikationsstrategie

3.2.1. Ansiedelung des Krisenmanagements im Kanzleramt/Bundesminister für besondere Aufgaben als Krisenmanager. Umgehender Aufbau eines **Epidemie-Steuerungscockpit** (Monitoring) und Etablierung einer **übergreifenden bundesweiten Krisenmanagement-Organisation** mit dem zentralen Element eines **Kommunikationsteams**. Diese Struktur muss in den Bundesländern gespiegelt werden (hebelorientiert, interdisziplinär, Einbindung von Wirtschaft und Gesellschaft). Bundesländer und Kommunen sollten kein Ermessen und keinen Handlungsspielraum bei der Ausführung der notwendigen Viruskontroll-Maßnahmen haben. Aber die Verantwortung muss lokal verankert bleiben.

3.2.2. Probleme gesundheitlicher und sozialer Art zweiten Grades aktiv abfedern, indem ein **interdisziplinärer Expert/innen-Rat** die Bundesregierung berät und **interdisziplinäre Begleitforschung** anläuft. Analysen sind bereits jetzt in Auftrag zu geben.

3.2.3. Personalressourcen von privaten Organisationen nutzen, um schnell Verstärkung sowohl hinsichtlich der Menge an Personal als auch Erfahrung und Leistungsbereitschaft zu bekommen.

3.2.4. Stakeholder- und Community-Engagement fördern. Teilhabe ermöglichen und Plattformen schaffen. Die **Aufrechterhaltung der Solidargemeinschaft** über die Dauer der Pandemie ist eine der wichtigsten Grundvoraussetzung für den Erfolg in der Kontrolle des Virus und dafür, das **Vertrauen der Bevölkerung** in staatliche Institutionen zu sichern.

3.2.5. Implementierung einer **Kommunikationsstrategie** um über die Notwendigkeit und den Grund der Maßnahmen zu informieren. Strikte Maßnahmen der physischen Distanzierung sind nur zwingend notwendig a) bis zur Etablierung eines wirksamen Test- und Meldesystems und Isolationsmöglichkeiten sowie b) bis zur deutlichen Verringerung der (täglichen) Zahl der Neuinfizierten. **Narrativ: wir arbeiten alle gemeinsam daran, unsere Gesellschaft wieder öffnen zu können.** Dies ist ein Marathon, kein Sprint. Nutzung aller klassischen und digitalen

Medien und Einschaltung von Agenturen, die Einheitlichkeit und Wirkung der bundesweiten und regional spezifischen Kommunikation sichert und Entscheidungsträger/innen unterstützt.

3.3. Abwendung der schlimmsten Auswirkungen des weiteren Verlaufs der Epidemie

- Konsequenter **Schutz von Risikogruppen** (ca. 20 Mio. in der Bevölkerung, davon 1 Mio. in Alten- und Pflegeheimen). Alle Menschen (inklusive Menschen ohne Aufenthaltsstatus, Menschen im Asylverfahren und z.B. obdachlose Menschen) müssen praktisch Zugang zu kostenlosen Testverfahren sowie zu einer optimalen und würdevollen Behandlung erhalten, auch in Isolation.
- Empfehlung strikter physischer Distanzierung für ältere Menschen und Menschen mit schweren Vorerkrankungen und Menschen in Hochrisikogebieten. Besuchssperre für Krankenhäuser und für Alten- und Pflegeheime in Epidemie-Regionen.
- Regelmäßiges Testen und Unterstützungsangebote der Selbst-Isolierung für das ganze Pflege- und Krankenhauspersonal, das COVID-19 Fälle im beruflichen Umfeld betreut.
- Mobilisierung der Zivilgesellschaft zur Versorgung der Personen, die zu Risikogruppen gehören, z.B. über Nachbarschaftshilfen.

4. Wie kann ein differenzierter Ansatz für den Übergang in die Viruskontrollphase aussehen?

- Erarbeitung einheitlicher Kriterien und Verfahren zur Lockerung des Lockdowns zwischen Bund, Länder und Kommunen.
- Regionale/lokale Öffnung von Schulen und weiteren Bildungseinrichtungen; Insellösungen ermöglichen z.B. durch Ausweitung der Schuleingangsuntersuchungen (Covid-19 Tests).
- Schrittweise Öffnung von vorab definierten Wirtschafts- und Industriezweigen („Wirtschaftsinseln“), wenn diese eigene (zertifizierte) Schutzsysteme aufgebaut haben. Faustregel: Je mehr Kundenkontakt, desto spätere Öffnung, aber je bessere Schutzmaßnahmen, desto eher; je größer die gesellschaftliche Relevanz des Unternehmens, desto eher.
- Vorläufig weiteres Verbot von Großveranstaltungen, privaten Feiern, Betrieb von Clubs.
- Öffnung des Einzelhandels und Gastronomie, aber Beschränkung der Anzahl der Personen in geschlossenen Räumen.
- Bottom-up-Dynamik anstoßen: Selbstständige Mitwirkung von Unternehmen und anderen Akteuren ermöglichen, um Test- und Kontaktsuche in auch Eigenregie und nach den Standards des RKI durchzuführen. Es ist eine Krise der Realwirtschaft. Daher sollten wir das Engagement der Realwirtschaft, um aus dieser Krise herauszukommen, nutzen. Startups könnten Innovationen dazu anbieten.
- Transparente Kommunikation aus dem Bundeskanzleramt: Verschärfungen können jederzeit wieder möglich sein und werden koordiniert und planbar ablaufen.