

Notwendige Maßnahmen für Deutschland zur Eindämmung der COVID-19 Pandemie und zur Vermeidung gesellschaftlicher Kollateralschäden

(24. März 2020)

Dieser Maßnahmenkatalog basiert auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen eines Experten- und Expertinnenteams der Universität Bonn/University of Nottingham Ningbo China, der Universität Lausanne, des europaweiten Open Innovation-Netzwerks Crowdhelix Ltd., COVID-19 Helix, und der Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP). Mit zusätzlichem Input von einer Reihe von weiteren Experten und Expertinnen.

Dieses Papier stellt einen Leitfaden zu notwendigen Entscheidungen in die kommenden Tage und Wochen dar. Einige Angaben müssen angesichts der exponentiellen Dynamik und der komplexen Datenlage, neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie im Hinblick auf aktuelle Beobachtungen aus anderen Ländern laufend angepasst werden. Für diesen Prozess ist ein täglicher und unmittelbarer Austausch zwischen Entscheidern und Entscheiderinnen, Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen und Praktikern und Praktikerinnen notwendig.

Zielsetzung

- Rasches Einfrieren der aktuellen exponentiellen Dynamik und dauerhafte Eindämmung/Kontrolle der COVID19 Pandemie
- Reduzierung der Anzahl von Epidemie-Opfern und Schwerkranken
- Schutz der Demokratie vor gesellschaftlicher Radikalisierung und einem massiven Vertrauensverlust in demokratische Abläufe und Institutionen
- Wiederherstellung eines menschenwürdigen Lebens, Sicherung eines demokratischen und sozialen Miteinanders
- Sicherstellung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse und Schaffung von Planungssicherheit
- Zügige Rückkehr zu einer funktionierenden Wirtschaft, Daseinsvorsorge (inklusive Gesundheitsversorgung) und rasche Normalisierung auf dem Arbeitsmarkt
- Regelmäßige und transparente Information der Bevölkerung und Folgenabschätzung über die eingesetzten Maßnahmen zur Vermeidung einer unkontrollierten Ausbreitung von Fake-News

Maßnahmenkatalog

1. Aufbau eines bundesweit einheitlichen Test- und Meldesystems

- 1.1. Aufbau eines systematischen und flächendeckenden Test- und Meldesystems. Bis zur Wirksamkeit von Medikamenten zur Behandlung der Symptome oder eines Impfstoffs gegen das neue Coronavirus muss zunächst schrittweise ein Packet von Sofortmaßnahmen improvisiert werden und dann eine Pandemie-Schutz-Infrastruktur etabliert und aufrechterhalten werden.
- 1.2. Das Test- und Meldesystem wird in das bestehende Gesundheitssystem, bzw. als zentrales Element im privaten Gesundheitssystem und in den öffentlichen Gesundheitsdienst eingebaut und als dessen notwendige Ergänzung ausgestaltet.
- 1.3. Die Testkapazität (Ist-Zustand) liegt laut RKI bei ca. 20.000 Tests pro Tag/Gesamtdeutschland. Diese Quantität ist nicht suffizient. Die volle in Deutschlands Laboren vorhandene Test-Kapazität muss genutzt und noch ausgeweitet werden, um die Zahl der täglichen Tests massiv erhöhen zu können (Schätzung: Faktor 100).
- 1.4. Die zur Eindämmung der Virusverbreitung tatsächlich ausreichende Anzahl von Tests muss umgehend kalkuliert werden. Als Faustregel kann gelten (unter der Annahme massiver Erhöhung der Testzahlen, s. 1.3) mindestens eine Ratio von 1:20 für die kommenden zwei bis drei Wochen zu erreichen (tägliches Verhältnis Testzahl/bestätigte Fälle). Stufenweise muss diese Ratio auf 1:50, nach Abklingen und Aufhebung der Kontaktsperrern auf 1:100 bis 1:1000 angepasst werden. Dies ist eine zentrale Vorbedingung für die Aufhebung des Lockdowns.
- 1.5. Die laufende Ratio der Test-Zahlen/Fälle unterliegt einem Monitoring das regionale/kommunale Besonderheiten beobachtet und die Anzahl der Tests wo nötig differenziert an die Entwicklung anpasst (gesteuert von RKI).
- 1.6. Zwei Teststrategien anwenden: a) Methode „Holzhammer“: in den Hauptinfektionsherden (z.B. Heinsberg) funktioniert nur noch das Modell von Vo Euganeo (Italien): gesamte Einwohnerschaft testen, positive isolieren, nach 2 Wochen lockdown noch einmal testen, und vorsichtig lockdown abschwächen. b) Methode „Selektives Testen“: Wo die Falldichte in der Bevölkerung noch niedrig ist, wird eine organische Kombination digitaler Lösungen (z.B. Apps), systematische Kontaktsuche, und Vordiagnose usw. angewendet, um die Effizienz des Testens hoch halten.
- 1.7. Mobile und nicht-mobile Testkapazitäten sind an die Bevölkerungsverteilung (geographisch) und sich stetig ändernde Fallzahlen anzupassen – sowohl in Deutschland, als auch in Europa. Für die Effizienz der Testketten (vom Rachenabstrich über das Ergebnis bis hin zum Vorliegen im elektronischen Meldewesen) ist mittelfristig ein flexibler, europaweiter Kooperationsmechanismus in Abstimmung mit dem ECDC und der WHO Euro zu etablieren.

- 1.8. Für die Erhöhung der Testeffektivität ist die Einordnung der gefundenen Kontaktpersonen in einheitliche Kategorien (in Überarbeitung der RKI-Kriterien) notwendig. Nur so kann schnell, einheitlich und effizient entschieden werden, wer zum Kreis der Verdachtsfälle zählt und damit unmittelbar getestet werden muss. Dabei ist zu beachten, dass digitalisierte Personendaten, Handy-Bewegungsdaten und die herkömmliche manuelle Auswertung bei der Ausweitung und Beschleunigung der Kontaktsuche reibungslos zusammenspielen müssen. Zumindest Personen in Kreis 1-3 sollten getestet werden. Bei vollem Ausbau der Kapazitäten Kreise 1-4.
- 1.8.1. Kreis 1: täglicher enger Kontakt: Familienmitglieder, enger Freundeskreis.
- 1.8.2. Kreis 2: Kontakt in Gesprächen, mit Arbeitskollegen, gemeinsame Reisen.
- 1.8.3. Kreis 3: Seltener, kurzer Kontakt mit Gesprächen.
- 1.8.4. Kreis 4: Personen, in deren unmittelbarer Nähe man sich ohne direkten Kontakt aufhielt (genaue Definition muss noch festgelegt werden in Bezug auf Lokalisierungsdaten)
- 1.9. Für die Testeffektivität ist ferner zu gewährleisten, dass alle Menschen Zugang zu Tests haben. Dazu zählen auch Menschen ohne Aufenthaltsstatus, Menschen in Asylverfahren, Menschen ohne Onlinezugang oder Handy, und Menschen mit sowieso schlechtem Zugang zum Gesundheitssystem. Sie müssen vollständig einbezogen werden. Dies bedarf extra Anstrengungen und darf nicht in Diskriminierung münden.
- 1.10. Der Aufbau eines Systems von dezentralen, isolierten, mit allen Sicherheitsmaßnahmen und Schutzkleidung ausgestatteten Teststationen (am besten) physisch getrennt von Praxen oder Krankenhäusern ist notwendig, um weitere Ansteckungen zu vermeiden, aber auch um die restliche Gesundheitsversorgung nicht wegen der Tests zu überlasten. Diese Teststationen (Drive-Through und/oder Testmobile) sind im Allgemeinen günstiger als Tests in Krankenhäusern. Die Bevölkerung muss über eine zentrale Informationsquelle, die täglich zu den Geschehnissen berichtet, in Kenntnis gesetzt werden. Zusätzlich sollten überregionale und lokale Medien, Posteinwurf und digitale Plattformen über diese fixen und/oder mobilen Stationen informieren.
- 1.11. Für die Erhöhung der Testeffektivität ist ein iteratives Monitoring (inklusive Archivierung) zu etablieren, dies involviert: Zentralisierung der Testdaten (positiv und negativ), tägliche Auflistung der durchgeführten und positiven Tests, geographische wie demographische Aufteilungen der Daten inklusive grafischer Darstellung zur Unterstützung der Kommunikation (RKI Dashboard). RKI fungiert als Sammelstelle und übernimmt (wie bisher) die Außenkommunikation hinsichtlich der notwendigen und unterstützenden Maßnahmen. Digitale Lösungen spielen hierbei eine zentrale Rolle (z.B. Monitoring-Apps und IoT-Lösungen für alle Teststationen, Labore, einheitliche Datenbank etc.)
- 1.12. Ziel ist es, mit diesen Maßnahmen die Testkette massiv zu beschleunigen (von Rachenabstrich bis Ergebnis max. 24h). Digitale Lösungen zur Sammlung und

Kommunikation der Ergebnisse im Rahmen der Kontaktsuche könnten aufbauend und ergänzend auf dem elektronischen Meldesystem des RKI umgesetzt werden.

- 1.13. Die Kostenerstattung für das Testen ist über die GKV, PKV und Bundeszuschüsse zu gewährleisten.

2. Isolation aller bestätigten und aller Verdachtsfälle

- 2.1. Eine rechtlich verbindliche Definition des COVID-19 Verdachtsfalls (in § 2 IfSG) ist notwendig, ferner eine Verpflichtung, sich bei Verdacht zu melden und kostenfrei testen zu lassen. Dazu ist das Infektionsschutzgesetz anzupassen.
- 2.2. Alle positiv getesteten Personen müssen sozialverträglich isoliert werden. Alle Kontaktpersonen müssen getestet werden und solange in Isolation verbleiben, bis 2 Tests (Abstand min. 24 Stunden) negativ ausgefallen sind.
- 2.3. Heimquarantäne sollte nur in Ausnahmefällen, bei sehr geringer Verdachtsstufe und Einpersonenhaushalten, zugelassen werden. Regionale Unterschiede (Stichwort: Bevölkerungsverteilung) müssen hier einbezogen werden, so kann in ländlichen Regionen Heimquarantäne zugelassen werden, vor allem wenn sich unter den anderen Bewohnern keine Risikofälle befinden und diese über die Gefahren informiert wurden. In Ballungsgebieten wird externe Isolierung eine größere Rolle spielen.
- 2.4. Da Infizierte schon vor dem Auftreten der Symptome ansteckend sein können, ist es nötig, die entsprechenden Risikogruppen (z.B. Kreis 2, siehe 1.8.) zur Heimquarantäne zu bewegen. Dies kann im Extremfall auch die Nutzung von Zwangsmaßnahmen einschließen.
- 2.5. Auch im ländlichen Raum müssen – je nach Lage – externe Isolationsmöglichkeiten geschaffen werden und diese für die betroffenen Personen erreichbar sein (Fahrdienste, etc.).
- 2.6. Infizierte ohne Symptome oder milde Fälle können leicht in der jetzt unbenutzten Tourismusinfrastruktur, in Turnhallen oder z.B. in Schullandheimen untergebracht werden.
- 2.7. Auch für milde Fälle ist auf ausreichende medizinische Versorgung zu achten. Vor allem bei milden Fällen mit Lungenentzündung (ca. 30% aller COVID-19 Patientinnen und Patienten) ist die Sauerstoffsättigung des Bluts zu überwachen. Eine ausreichende, kurzfristig prioritär zu erhöhende Anzahl an Respiratoren ist daher notwendig.
- 2.8. Ein Triage-System in der ambulanten und stationärer Versorgung COVID-19 Patientinnen und Patienten muss schnellstens vorbereitet werden.
- 2.9. Das Versorgen von Personen in Quarantäne ist arbeitsaufwendig; hier spielt die Mobilisation der Bundeswehr, des THW und von zivilgesellschaftlichen Organisationen eine Rolle. An wen sich Bürgerinnen und Bürger wenden können, muss gezielt kommuniziert werden. Vor allem die Bündelung der Informationen

der Hilfsangebote muss koordiniert werden, z.B. über die Arbeitsagentur und/oder Sozialämter.

- 2.10. Mobilisierung und Training von Pflegeschülerinnen und -schülern, Medizinstudierenden und Pflege- und -Gesundheitswissenschafts-Studierenden und anderen Gruppen zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Testen, Kontakte nachverfolgen Meldewesen bespielen) ist bereits angelaufen und muss ausgebaut werden. Man kann dafür auch qualifizierte Personen aus der Bevölkerung mobilisieren, dies erhöht die gesellschaftliche Akzeptanz der Maßnahmen durch aktive Beteiligung. Eine zentrale Koordinierung dieser Maßnahmen ist essentiell.
- 2.11. Quarantäneeinrichtungen für Einreisende werden ebenfalls benötigt, wie sie jetzt schon mit systematischen Verfahren in Festlandchina, Taiwan, Singapur und Vietnam bestehen. Dabei muss klar sein, dass die Einreisenden, wenn sie dies können (juristisch: Leistungsfähigkeit vorausgesetzt), selbst für die Kosten von Unterkunft, Verpflegung und mehrfachem Testen aufkommen müssen. Dies muss über das Auswärtige Amt kommuniziert werden.

3. Einführung der systematischen Kontaktsuche von positiv getesteten Personen und Aufbau automatischer Kontaktsuche

- 3.1. Für jede positiv getestete Person wird eine vollständige Kontaktsuche durchgeführt („systematische Kontaktsuche“).
- 3.2. Einordnung der gefundenen Kontaktpersonen in einheitliche Kategorien (Überarbeitung der RKI-Kriterien), um schnell und effizient entscheiden zu können, welche Verdachtsfälle unmittelbar getestet werden müssen (siehe 1.7)
- 3.3. Die Ausweitung der Kontaktsuche als Aufgabe der Ländergesundheitsbehörden sollte durch zusätzliche, lokale Arbeitsgruppen und in den Teststationen und -laboren unterstützt werden. Hier benötigt es digitale Lösungen zur datengestützten Automatisierung und Vereinheitlichung der Protokolle im Verfahren.
- 3.4. Neben der systematischen, institutionellen Kontaktsuche muss ein System der automatischen, digitalen Kontaktsuche aufgebaut werden („location tracking“), um die Effizienz der Kontaktsuche deutlich zu erhöhen.
- 3.5. Automatisierte Kontaktsuche geht über bereits bekanntes „location tracking“ (z.B. ÖPNV-App, Kartendienste hinaus), da es Gesundheitsdaten beinhaltet, daher muss die Notwendigkeit dieser App von vornherein zeitlich begrenzt werden („Maßnahme auf Zeit“) und kann nur unter strengen Auflagen durchgeführt werden. Dies ist der Bevölkerung klar zu vermitteln.
- 3.6. Zentral hierfür ist die Entwicklung einer digitalen Lösung mit Applikation („App“), für die folgende Grundbedingungen berücksichtigt werden müssen:
 - 3.6.1. Die digitale Lösungen, Apps, müssen alle vorherrschenden Datenschutz- und IT-Sicherheitsanforderungen erfüllen.

- 3.6.2. Sie ist optional und darf nicht verpflichtend werden - eine Durchsetzung der Nichteinhaltung würde ohnehin nicht realisiert werden können und auch keine Akzeptanz bei den Bürgerinnen und Bürgern finden.
- 3.6.3. Um freiwillige Programmierer und- innen effektiv einzubeziehen, ist die Entwicklung als Open Source-Produkt zwingend erforderlich.
- 3.6.4. Soweit möglich (und unter Berücksichtigung von 4.5.1.) sind die aus der Nutzung gewonnen Daten / Informationen maschinenlesbar als Open Data frei verfügbar und per API abrufbar bereitstellen (vgl. Open Source Papiere der Regierungsparteien und Strategie des Bundes-CIO).
- 3.6.5. Transparenz bezüglich der Zielsetzung der App und der Nutzung der durch die App generierten Daten ist durch die Bundesregierung sicherzustellen.
- 3.6.6. Für Teile der Zielgruppe, die auf Apps nicht zugreifen können, sollte ein Fallback-Mechanismus (z. B. Website) bereitgestellt werden oder auf
- 3.7. Kosten der digitalen Lösung und Gesundheits-App werden anteilig von Ländern und Bund oder GKV und PKW übernommen.

4. Schutz besonders vulnerabler und Risikogruppen

- 4.1. Selbst wenn alle Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19 durchgeführt werden, bleibt es eine Herausforderung, Risikogruppen vor der Infektion zu schützen.
- 4.2. Während des Kontaktverbotes und eines strikten „Lockdowns“ muss psychologische Betreuung und soziale Begleitung für Personen und Familien, sowie insbesondere für vulnerable Personen, die Älteren und Personen mit Vorerkrankungen sichergestellt werden. Dies kann online und/oder telefonisch geschehen und von zivilgesellschaftlichen Einrichtungen wie Kirchen oder Nachbarschaftshilfe organisiert werden.
- 4.3. Alle Menschen (inklusive Menschen ohne Aufenthaltsstatus, Menschen im Asylverfahren und z.B. obdachlose Menschen) müssen Zugang zu Testverfahren und zur Gesundheitsversorgung erhalten. Ohne sie wird die Eindämmung nicht gelingen.
- 4.4. Pflege- und Gesundheitspersonal und Ärztinnen und Ärzten muss angeboten werden, während der ganzen Pandemie-Zeit in Hotels und/ oder in freien Wohnungen untergebracht zu werden, um ihre Angehörigen vor der Infektionsgefahr zu schützen. Eine Unterrichtung für alle Ärztinnen und Ärzte und Gesundheits- und Pflegepersonal über Sicherheitsmaßnahmen zu COVID-19 muss unmittelbar und flächendeckend durchgeführt werden. Außerdem sollten sie bei regelmäßigen Testverfahren vorrangig behandelt werden.

5. Kommunikation und Koordinierung

- 5.1. Der Bundesminister für besondere Aufgaben im Bundeskanzleramt übernimmt ab sofort die zentrale Koordination der COVID-19-Krise im Auftrag der Bundeskanzlerin.
- 5.2. Der Bundesminister für besondere Aufgaben im Bundeskanzleramt informiert die Bevölkerung in den folgenden vier Wochen der Krise zweimal täglich, spätestens nach acht Wochen nur noch einmal täglich, über aktuelle Entwicklungen, offizielle Zahlen, Maßnahmen und Neuigkeiten. Dieses Briefing wird zur besten Sendezeit auf allen Kanälen der öffentlich-rechtlichen Sendestationen (Radio & TV) übertragen, außerdem wird es live online gestreamt und als Push-Nachricht auf Handys übertragen.
- 5.3. Der Bundesminister für besondere Aufgaben wird damit zum Gesicht der Kommunikation und Koordination der COVID-19-Krise. Sein regelmäßiges Auftreten in der Öffentlichkeit stabilisiert das Vertrauen in die demokratischen Institutionen und wirkt dem weiteren Aufkommen von Fake-News und der daraus folgenden Verunsicherung der Bevölkerung entgegen. Die Kommunikation aus dem Kanzleramt muss verlässlich, evidenzorientiert und transparent sein. Das RKI, die BZgA und ausgewählte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterstützen in einem Contain-COVID-19-Gremium beratend.

6. Aufklärung der Bevölkerung über die Notwendigkeit der folgenden Maßnahmen

- 6.1. Strikte Maßnahmen der physischen Distanzierung sind nur zwingend notwendig bis zur Etablierung eines wirksamen Test- und Meldesystems und bis zum Aufbau von Isolationsmöglichkeiten („Pandemieschutz-Infrastruktur“).
- 6.2. Die Bevölkerung muss darauf vorbereitet werden, dass es a) zunächst zu einem Anschwellen der entdeckten Fälle kommen wird, wenn das Testen massiv ausgeweitet wird, b) es trotz der Sofort-Maßnahmen kurzfristig zu einem weiteren Anstieg der Infektionsfälle und c) mittelfristig auch zu einem Anstieg der schweren/kritischen Fälle und der Todesfälle kommen wird.
- 6.3. Die politische und gesellschaftliche Kommunikation ist zentral darauf auszurichten, die soziale Akzeptanz der vorgeschlagenen Maßnahmen zu erhöhen, um so – mit der aktiven Mitarbeit und Unterstützung der Bürgerinnen und Bürger – gleichzeitig die notwendigen Zwangsmaßnahmen auf ein zeitliches Minimum reduzieren.
- 6.4. Diese Maßnahmen zur Schaffung einer Pandemieschutz-Infrastruktur sind nur mit der Unterstützung der Bevölkerung umsetzbar. Es muss stetig an den „Gemeinsinn“ und die „Verantwortung jedes Einzelnen“ appelliert werden. Dabei kann ein neues und einheitliches Narrativ unterstützen, wie „gemeinsam distanziert“.
- 6.5. Eine Folgenabschätzung der Maßnahmen (Vereinsamung, Zunahme an häuslicher Gewalt, Suizide, psychische Erkrankungen, etc.) ist ab sofort mitzudenken, umzusetzen und auch mit zu kommunizieren.