



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	22.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- Institutsleitung
 - o Lothar Wieler
- Abt. 1
 - o Martin Mielke
- ZIG
 - o Johanna Hanefeld
- FG12
 - o Annette Mankertz
- FG14
 - o Melanie Brunke
 - o Mardjan Arvand
- FG 32
 - o Ute Rexroth
 - o Michaela Diercke
 - o Maria an der Heiden
 - o Ariane Halm (Protokoll)
- FG33
 - o Ole Wichmann
- FG34
 - o Viviane Bremer
- FG36
 - o Walther Haas
 - o Silke Buda
- FG37
 - o Tim Eckmanns
- IBBS
 - o Christian Herzog
- L1
 - o Joachim Mehlitz
- Presse
 - o Jamela Seedat
- ZIG1
 - o Andreas Jansen
- BZGA
 - o Heidrun Thaiss
- Bundeswehr
 - o Katalyn Roßmann



TO P	Beitrag/Thema	eingbracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> o Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>USA</u>: am stärksten betroffenes Land, 825.306 Fälle, >45.000 Todesfälle (5,5%), starker Peak über Nacht, ggf. verbunden mit Testungen, morgen hoffentlich mehr Informationen dazu o Länder mit >7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage, generell weiter abfallender Trend, Russland (links unten) vermehrter Anstieg von Neuinfektionen <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Russland</u>: Tendenz steigt, Inzidenz 36,5/100.000, R>1 mit leicht abfallender Tendenz, Todesfälle <500, Fallsterblichkeit 0,9%; TK vor 2 Tagen; <ul style="list-style-type: none"> - Fälle in allen 85 Regionen, auch außerhalb von Kernregionen Moskau und St. Petersburg; - Teststrategie: alle symptomatischen aber auch Kontaktpersonen, 8 selbstentwickelte Tests, Kapazität nicht begrenzt, keine Abhängigkeit von ausländischen Ressourcen, >2 Mio. Testungen, Positivrate 2,5%, 220 Labore im Land; - Klinische Versorgung: 20.000 Betten in Hauptstadtregion, dort KKH-Neubau mit 800 Betten, insgesamt national 70.000 Betten, 40.000 Beatmungsplätze, auf dem Land ist Versorgung schlechter, im medizinischen Bereich sind die Kapazitäten an der Grenze, aber es gibt kaum Informationen über Zustände in der Peripherie; - Vermehrte Unterstützung anderer Länder (inkl. Italien, USA); - Maßnahmen: etablierter Selbstisolierungsindex, der die Mobilität/ Selbstisolierung der Einwohner beschreibt, keine Stratifizierung verfügbar (Privat vs. Berufsverkehr), verschiedene Phasen, initial Fokus auf einreisende Personen, dann Verbot von Versammlungen und Schließung öffentlicher Einrichtungen, dann Putin-Urlaub (Rede am 15.04.), der zu vermehrten Urlaubsreisen geführt hat, dann Ausgangsbeschränkungen, jetzt zusätzlich digitale Ausgangspässe etabliert, massive Probleme in der Durchsetzung der Maßnahmen o Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Bangladesch</u>: weiterhin problematisch, mehr hierzu Ende dieser Woche ▪ <u>Singapur</u>: weiterer Fallanstieg, Ursache ist ein 	<p>ZIG1</p> <p>FG32/FG36</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Ausbruch in Gastarbeitersiedlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> o Länder mit >100 Fällen und einem $R_0 > 1$: Länder mit höchstem $R > 2,5$ (links) sind Sudan, Somalia, und Venezuela, niedrige Fallzahlen aber starker Start und sehr schwache Gesundheitssysteme <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> o SurvNet übermittelt: 145.694 (+2.237), davon 4.879 (3,3%) Todesfälle (+281), Inzidenz 175/100.000 Einw., ca. 99.400 Genesene, $R=0,9$ (95% KI 0,8-1,1, Stand 17.04.) o Zu allen Zahlen und Darstellungen siehe Folien o Todesfälle: jetzt auch Alterskategorie 100+ Jahre in der nationalen Inzidenz und Altersverteilung der Fälle enthalten, Altersgruppe >100 ist stark betroffen (550-650/100.000 Einw.) o Trend generell deutschlandweit abnehmend • BZgA Frage: RKI Einschätzung der Anzahl von Todesfällen <ul style="list-style-type: none"> o Anteilig besteht eher eine Übererfassung der Todesfälle im Vergleich zu mildereren Verläufen, insgesamt keine große Untererfassung erwartet o Generell werden schwere Verläufe besser erfasst, da leichte Verläufe weniger/seltener getestet werden • Obduktionen <ul style="list-style-type: none"> o Obduktionen werden international und national viel diskutiert, verstorbene an bzw. wegen COVID-19 o Im Vergleich zu anderen Ländern wird in Deutschland weniger obduziert o Dem RKI ist nicht bekannt, wie viele COVID-19-Fälle in Deutschland obduziert werden o In HH wurde angeordnet, dass alle Fälle obduziert werden, dann sollte die Situation etwas klarer werden o RKI soll weiterhin offensiv eine Maximalzahl (labor-diagnostische Fälle, die versterben) berichten o Um aus Obduktionen zu lernen, ist individuell vor Ort zu erfolgende wissenschaftliche Aufarbeitung nötig o Klinischer Bericht aus Hamburg (BZgA): dort gab es noch keine Obduktion eines Falles ohne Grunderkrankung • DIVI Intensivkapazitäten: insgesamt 10.252 Intensivbehandlungen, <1.300 meldende Stellen, recht zuverlässige Darstellung • Fälle unter Personal in medizinischen Einrichtungen: Länder sind mit näherer Untersuchung dieser Gruppe einverstanden, bisher wurden <8.000 übermittelt, 18 hiervon sind verstorben • Syndromische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> o AG Influenza <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ungewöhnlich wenig ARE-Aktivität o AG Influenza virologische NRZ Surveillance: sehr wenige Proben (Stand 21.04.), in KW 15 ist ein zusätzlicher SARS-CoV-Fall hinzugekommen 	<p>FG32/FG36/ Alle</p>
--	--	----------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> o GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auch hier ILI-Raten (basierend auf ICD-10, beinhaltet nur infektiöse und keine allergischen Atemwegserkrankungen) auf allzeit-niedrigem Niveau, das sonst nur zu Hochsommer/ Ferienzeit gesehen wird, die Außergewöhnlichkeit der Lage lässt sich durch GrippeWeb gut nachvollziehen ▪ Konsultationsverhalten: Arztbesuche wegen ARE sehr viel weniger, auch da Krankschreibungen vor Ort nicht mehr notwendig sind, Videokonsultationen sollen auch eingetragen werden o ICOSARI <ul style="list-style-type: none"> ▪ Raten sind auch hier deutlich gefallen, besonders bei Kindern aber auch in anderen Altersgruppen, nur nicht bei 15-34-jährigen ▪ KW 16 zeigt, dass der Anteil von SARI- Fällen abnimmt, der von COVID-19-Fällen steigt, Auswertung läuft noch o In Kontakt mit KV-en, viele haben zugesagt Daten schneller zukommen zu lassen (normalerweise zunächst Datenprüfprozess), Daten bis März erhalten, 3-4 Wochen Verzögerung o Validation mit KV-Daten ist wichtig, aber ansonsten keine Daten über liegende Patienten, dies ist nahe dran am System • Thema Schwangere <ul style="list-style-type: none"> o Viel diskutierte und von Interesse o Erste Meldedaten-Analyse zeigt 217 schwangere mit erhöhten OR für Hospitalisierung (mag an Krankheitsschwere oder auch Schwangerschaft liegen), jedoch keine ICU-Aufnahmen und keine Todesfälle o In der Literatur sind diesbezüglich große Schwankungen (0-32%) dokumentiert, teilweise viele asymptomatische Verläufe (88%) und selteneres Auftreten von Fieber o In den ICOSARI-Daten sind lediglich 3 schwangere enthalten o Generell sollten schwangere niedrigschwellig getestet werden • Testkapazität und Testungen <ul style="list-style-type: none"> o >2 Mio. Testungen insgesamt, in KW 16 >323.000, Positivanteil 6,7%, Rückstau wird geringer o Weiterhin Lieferschwierigkeiten gewisser Reagenzien o Testkapazität ist vorhanden aber Verteilung nicht optimal, teils lange Wartezeiten bis ein Ergebnis verfügbar ist (13 Tage) → wir haben mehr Testkapazität aber längere Wartezeit o Durch neues Gesetz wird die Einbindung von Veterinärlaboren in SARS-CoV-Testung erleichtert, 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>dies wird in manchen BL (BY) kritisch gesehen, in anderen gut praktiziert, große regionale Unterschiede</p> <ul style="list-style-type: none"> o Nach der Umstellung der Teststrategie am 26.03. ist ein deutlicher Wandel im Anteil der Positivtestungen zu sehen, Positivrate ist gesunken, und jetzt bei knapp 6% relativ stabil o % Positivtestungen pro BL: generelle Tendenz des Anteils sinkend, liegt in BW und BY mit den meisten Fällen jetzt bei knapp 10%, in BE und BB niedriger, in HH Phase wo Positivrate bei 15% lag, sie ist jetzt jedoch wieder gesunken 	
2	Erkenntnisse über Erreger <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
3	Aktuelle Risikobewertung <ul style="list-style-type: none"> • Kein Anpassungsbedarf 	
4	Kommunikation BZgA <ul style="list-style-type: none"> • Aktualisiertes Material für ArbeitgeberInnen, zu ambulanter Pflege • Einzelne Berufsgruppen äußern Mangel an Schutzausrüstung, besonders OP-masken, z.B. Hebammen • MNS/MNB <ul style="list-style-type: none"> o Weiterhin ein großes Thema mit vielen Nachfragen o Z.B. Benutzung während der Pflege, wie handhaben und wiederverwerten o BZgA hat einen Film, der ausschließlich MNB-Nutzung im freien zeigt o RKI Empfehlung ist MNS/MNB vor allem in geschlossenen Räumen o → Bitte an BZgA, dies anzupassen • Desinfektion von Oberflächen <ul style="list-style-type: none"> o BZgA fragt nach RKI Empfehlung mit konkreter Anleitung welche Desinfektionsmittel (Materialoberfläche/Desinfektionsmittel) o RKI Dokument Reinigung in allgemeiner Öffentlichkeit (Reinigung vor Desinfektion, ist Desinfektion notwendig, welche Mittel) o Außerdem gibt es Dokumente von BfR und BAUA (auch auf RKI-Webseite verlinkt) • Thema Sucht: nimmt bei BZgA im Rahmen der Ausgangssperre in allen Variationen zu (weniger Drogen als Alkohol zu Hause), damit hat das RKI sich bisher nicht auseinandergesetzt Presse <ul style="list-style-type: none"> • Sprachregelung R wurde nach der Überarbeitung durch Matthias 	BZgA



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>an der Heiden und Kommentierung von Walter Haas vom BMG freigegeben und wird im Laufe des Tages publiziert</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulschließungen bzw. Wiedereröffnung: Publikation ist für heute geplant, empfiehlt eine stufenweise Öffnung, RKI wartet auf BMG-Rückmeldung • Internetseite: kann die Fallzahlen Tabelle (hier) entfallen, da die Zahlen auch über das Dashboard verfügbar sind? Diese war ursprünglich vor allem auf besonders betroffene/ Risikogebiete bezogen, muss aufgrund der Dopplung nicht erhalten werden 	Presse
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
6	<p>Dokumente</p> <p>Prüfung von Konzepten von Institutionen/ Organisationen/ Verbänden</p> <ul style="list-style-type: none"> • RKI wird vermehrt von externen Akteuren gebeten, deren Konzepte zu beraten, prüfen, bewerten usw. • In den wenigsten Fällen handelt es sich um fachliche, eher um organisatorische, ingenieur-technische oder logistische Anfragen • Dies ist nicht leistbar und geht an den RKI-Aufgaben und Zuständigkeiten vorbei • Beispiel: Sportministerkonferenz, Frage zur Gestaltung des stufenweisen Wiedereinstiegs in Wettkampfbetrieb → dies müssen die in den Verbänden tätigen Fachkräfte erledigen • Teilweise können Anfragen auch an andere Instanzen weitervermittelt werden (z.B. BMAS) • Es muss zwischen primärer Zielgruppe und dritten unterschieden werden (Sportverbände ≠ primäre Zielgruppe) • Anfragen von Bundesebene sollte das RKI versuchen, zu bearbeiten oder weiterzuleiten, bei anderen Anfragen Verweis auf Gesundheitsbehörden der entsprechenden Ebene • Zielstellung RKI: Zusammenfassung und Aktualisierung der fachlich relevanten Empfehlungen, die dann von den jeweiligen Verbänden angepasst werden können • RKI-Empfehlungen werden ständig aktualisiert, deswegen punktuelle Prüfung auch nicht sinnvoll • Sollte so klar von allen/LZ aus dem RKI kommuniziert werden 	FG36
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>BMG Papier „testen, testen, testen“/AG Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papier kommt von Jens Spahn, Arbeitsebene wurde vorab nicht stark eingebunden • Inhalte werden in der AG Diagnostik von 3 Unter-AGs bearbeitet • Frau Korr (BMG) ist Teil der AG, die dienstags tagt, und möchte 	AL1/alle



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>einen wöchentlichen Bericht (Format hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieser wurde RKI-intern kommentiert und Martin Mielke gibt BMG heute Rückmeldung • BMG-Papier wurde gestern polemisch bei der AGI TK besprochen • RKI Priorität: langfristig gucken, wie Maßnahmen so gering einschränkend wie möglich, aber mit größtmöglicher Sicherheit eingehalten werden können, z.B. sich durch Testen eine gewisse Sicherheit erkaufen • Es gibt in Deutschland viele Gebiete, in denen die Inzidenz sehr niedrig ist und viel getestet wird, z.B. Studie aus Leipzig in Altenheimen, in denen keine positiven Fälle gefunden wurden • RKI-Vorschläge werden beim BMG oft angenommen, deswegen sollten wir bereits für die Phase, wenn es weniger Fälle gibt, planen • AG Diagnostik arbeitet fruchtbar und hat viel Sachverstand, der RKI-interne Teil sollte in Vorbesprechungen gut abgestimmt werden, auch mit den BL 	
8	Klinisches Management/Entlassungsmanagement <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
9	Maßnahmen zum Infektionsschutz <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
10	Surveillance Rechtsänderung IfSG: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> • RKI-Kommentierung des BMG-Papier muss heute erfolgen • Sehr umfangreiches Gesetz, 66 Seiten • Für RKI relevante Änderungsvorschläge: <ul style="list-style-type: none"> o COVID-19 und SARS-CoV-2 permanent verankert, auch in Bezug auf neu eingeführte Meldepflichten o ÖGD-veranlasste SARS-CoV-2-Testungen sollen symptomunabhängig durch gesetzliche Krankenkassen erstattet werden o ÖGD soll verstärkt durch den Bund unterstützt werden o Auch TierärztInnen sollen testen dürfen o Verordnungsermächtigung für eine gesetzliche Verankerung einer laborbasierten Surveillance soll aufgenommen werden, auch ggf. Meldung negativer Labortests und Genesungen o Immunstatusdokumentation soll analog der Impfdokumentation als mögliche Dokumentation eines Immunitätsnachweises dienen • Andere, weniger für das RKI relevante Punkte: Entlastung KKH, Finanzierung ausländischer Patienten, mehr Flexibilität für 	L1/FG32



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Ausbildungsberufe, ersetzen der Terminologie Quarantäne durch Absonderung, usw.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurzfristige Ergänzungen, vor allem auf Wunsch vom BKAm, das BMG zu mehr ÖGD-Unterstützung drängt <ul style="list-style-type: none"> o RKI Kontaktstelle für ÖGD o GA sollen Finanzhilfen vor allem für IT-Modernisierung erhalten o ÖGD soll Überlastungsanzeige stellen können (wenn GA keine KoNa Kapazitäten haben, Meldung hiervon an RKI, muss auch an Landesbehörden gehen) o Erhebung und Verarbeitung zusätzlicher Angaben im Meldewesen, z.B. wahrscheinlicher Infektionsweg, einschließlich Umfeld, wahrscheinliches Infektionsrisiko, getroffene Ermittlungen und Schutzmaßnahmen o Verordnung bezüglich SARS-CoV-Nachweis, elektronische Meldung von Laboren an RKI soll auch ohne Bundesrat-Zustimmung geschehen, letzte • Einzelne betroffene IfSG-Paragraphen (s. Folien, hier sind nur zusätzliche Informationen vermerkt) <ul style="list-style-type: none"> o §4 Abs. 1 Kontaktstelle ÖGD am RKI: in AGI TK Besorgnis bei den Ländern, es geht nicht darum Funktion der Landesstellen zu übernehmen, sondern aktuell stattfindende Aktivitäten zu stärken, Lehre, Schulungen, SurvNet Support, Vorschlag zu praktischer Umsetzung ist in Arbeit, Kommunikationsweg zwischen Landesbehörden und GA soll nicht unterbrochen werden o §5 Abs. 4 (neu) Meldepflicht Negativbefunde: lange Diskussion, wo dies im Gesetz aufgenommen werden sollte, dem RKI Vorschlag mehrere Erreger zu integrieren wurde nicht nachgekommen, ist auch in Absprache mit DEMIS-Projekt-partnern, einzelne namentliche Nennung von Fällen wäre auch interessant um zu wissen wann ein ehemaliger Fall negativ wird, ggf. Zugriff auf alle Testergebnisse, Wunsch von FG33 Masern und Röteln, von FG36 für Tuberkulose (für welche ein Eliminationssziel besteht) hinzuzufügen o §6 Abs. 2 Meldung Genesene (≠Behandlungsergebnis): dies ist ein politischer Wunsch, wahrscheinlich werden keine aussagekräftige Daten erhalten, bezieht sich nur auf COVID-19, Tag der Genesung als Meldeinhalt o §9 Abs. 1 zusätzliche Meldeinhalte: Umfeld erfassung ist wichtig, z.B. Übertragungsort, ÖPNV, Arbeitsplatz, konkretere Erfassung ist in SurvNet möglich; AGI-TK Diskussion: GA/BL befürworten nicht alle Übermittlung von Schutzmaßnahmen, in der Vergangenheit war dies über §12 IGV abgedeckt, soll nun für 	
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>COVID-19 standardmäßig etabliert werden bis zur Bezirks- bzw. LK Ebene, keine Einzelfallinformation, z.B. aggregiert wie viele Tätigkeitsverbote, wie viele und wie lange Absonderungen, usw. Wunsch des RKI Risikofaktoren mit aufgenommen nicht berücksichtigt</p> <ul style="list-style-type: none"> o §11 Abs. 1: Einführung einer 8-stelligen Gemeindekennziffer, um kleinräumige Auflösung zu ermöglichen, noch zu prüfen, ob Umsetzung aus Datenschutzperspektive möglich ist o §12 Abs. 1 Ergänzung: RKI wünscht Erweiterung der Mitteilung von Meldungen, meldende Einrichtung soll auch (proaktiv) zur Übermittlung neuer Informationen verpflichtet werden, bisher nur auf Nachforderung o § 13 Abs. 4 laborbasierte Surveillance Verordnung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetzliche Verankerung ▪ Nachteil: BMG muss dies erlassen ▪ Vorteil: ist ohne Zustimmung des Bundesrates möglich, keine große Vorbereitung, kann einfach Verordnung erlassen werden und Pflichten gelten, sachgerechte Lösung ▪ RKI Vorschlag der Verpflichtung bestimmter Labore, Wunsch wurde bereits an BMG übermittelt und FG37 ist in Kontakt mit BMG o §22 Abs. 5 Dokumentation Immunstatus: BMG-Wunsch, auch eventuell in Zusammenhang mit Impfpass, praktische Umsetzung noch zu klären, ziemlich unklar wie dies handhabbar sein soll (Immunitätsdauer, Testprobleme), außerdem Risiko, dass Personen sich auf Antikörper testen und dann nicht impfen lassen wollen <ul style="list-style-type: none"> • L1 Offene Punkte des Berichts vom 16.04., gestern E-Mail Fouquet <ul style="list-style-type: none"> o Befugnis im Nachgang zu Amtshilfe Daten in pseudonymisierter Form und Proben für eigene Zwecke zu nutzen (wird seit letztem Sommer gefordert) o Ermöglichung der Zusammenarbeit mit internationalen Organisation, Übermittlung pseudonymisierter Daten, z.B. für ECDC-Tessy o Verstetigung Syndromische Surveillance: auch die Länder wollen dies • In neuestem CdS-Beschluss vom 21.04. waren viele der o.g. Punkte (Kontaktstelle ÖGD am RKI, Finanzhilfe GA) nicht mehr beinhaltet, lediglich noch Containment Scouts, GA-Überlastungsanzeige, Medis4ÖGD (Projekt Unterstützung ÖGD durch Medizinstudierende), insofern ist anzunehmen, dass diese nicht mehr im Gesetz enthalten sein werden <p><i>ToDo: L1 und FG32 finalisieren RKI-Kommentierung und geben Rückmeldung an BMG</i></p>	
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

11	Transport und Grenzübergangsstellen <ul style="list-style-type: none">• Nicht besprochen	
12	Internationales (nur freitags) <ul style="list-style-type: none">• Nicht besprochen	
13	Update digitale Projekte (nur montags) <ul style="list-style-type: none">• Nicht besprochen	
14	Information aus dem Lagezentrum <ul style="list-style-type: none">• Nicht besprochen	
15	Wichtige Termine <ul style="list-style-type: none">• Nicht besprochen	
16	Andere Themen <ul style="list-style-type: none">• Nächste Sitzung: Donnerstag, 23.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	