Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	23.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - Annette Mankertz
- FG14
  - Melanie Brunke
- FG 32
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- FG34
  - Viviane Bremer
- FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- FG37
  - Tim Eckmanns
- IBBS
  - Christian Herzog
- L1
  - Joachim Mehlitz
- Presse
  - Ronja Wenchel
- ZIG1
  - Andreas Jansen
- BZGA
  - Heidrun Thaiss
- Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ USA: Der gestern vorhandene Peak ist wieder verschwunden, unklar um was es sich gehandelt hat (Doppelmeldungen o.ä.). Fallzahlen zeigen weiterhin abwärtszeigende Tendenz, wenn auch nicht mehr so deutlich wie zuvor. Santa Clara County, CA: Bei Autopsien wurden zwei Personen, die am 6. und am 17. Februar 2020 zu Hause starben, positiv auf SARS-CoV-2 getestet (bisher ist man vom 1. Fall am 9. März ausgegangen). Hinweis, dass es Zirkulation schon viel früher gab, ähnliche Hinweise auch aus Afrika. Rockefeller Foundation hat neue nationale Strategie veröffentlicht: 30 Mio Teste in der Woche, berechnete Kosten geringer als Lockdown. *ToDo: Strategie der Rockefeller Foundation wird von Hr. Jansen an Krisenstab versendet.* o Länder mit >7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ Schon in den Tagen zuvor berichtet, keine weiteren Auffälligkeiten. Die meisten Länder pendeln sich bei R eff = 1 ein. ▪ R eff: Wenn R eff unter 1 liegt wird nun die Halbwertszeit (decay ? time) berechnet. Sie kann aber nur bis R eff von 0,5 berechnet werden, darunter ist sie unendlich. ▪ Russland: R eff geht etwas herunter, Folgen der starken Maßnahmen ▪ Frankreich: R eff liegt unter 0,5, Frankreich hat allerdings 1800 neue Fälle. Folge des großen Peaks aufgrund der Umstellung der Surveillance-Strategie, muss bei der Interpretation beachtet werden. o Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag ▪ Singapur: stark ansteigend, TK mit Singapur durchgeführt, Heime wurden geschlossen, jedoch weiterhin Probleme. ▪ Bangladesch: wird morgen berichtet ▪ Weißrussland: Kirchen blieben für die orthodoxen Osterfeierlichkeiten geöffnet, bildet sich in den neuen Fallzahlen ab. o Länder mit >100 Fällen und einem Reff >1 ▪ Sudan und Nigeria haben gefolgt von Singapur den höchsten R eff. Nächste Woche wird über Sudan und Nigeria im Krisenstab berichtet. o Vietnam: ▪ 90 Mio Einwohner, 1400 km Grenze zu China, 23.01.	ZIG1/BZgA

	erster Fall Exposition Wuhan, derzeit 268 Fälle, letzte Woche kein neuer Fall. Es gibt eine gute Surveillance, daher sehr realistische Fallzahl. Es gibt Cluster, aber verteilt über das Land. Hanoi und Ho-Chi-Minh-Stadt am stärksten betroffen. ▪ Teststrategie: Positivanteil 0,14 –vor Südkorea, Taiwan und Singapur, getestet werden symptomatische Personen, Einreisende und KP1-3, Testkits lokal produziert, Test kostet 25 $ ▪ Auch zwei Wellen sichtbar, insges. 63% importierte Fälle ▪ Maßnahmen: Frühe Schließung der Grenzen (schon Mitte Jan.), Mundschutz-Pflicht, Skalierte Quarantäne-Strategie (4 Ring-Strategie), proaktive KoNa, Quarantäne der Kontakte in Quarantänelagern (militärisch geführt, aber gut in Bevölkerung angenommen), social distancing campaign – bei Fallzahl von 10 – 20 neuen Fällen pro Tag ▪ Falluntersuchung, Ermittlung und Entscheidung liegt auf lokaler Ebene, sehr starkes Primary health care system, viele Personen vor Ort, sorgt. dafür, dass auch ohne Ressourcen die Epidemie ganz gut unter Kontrolle bleibt ▪ Mobilisierung von community health worker sichtbar in allen low and middle income countries – besser als App o Im Präventionsgesetz das mit Kassen ausgehandelt wurde, ist eine Stärkung der kommunalen Ebene mit Einbeziehung der GÄ verankert. Es soll ein kommunales Gesundheitsnetzwerk entwickelt werden. Es war angedacht den Koordination im GA zu etablieren, nicht mit GKV zu realisieren, stattdessen in Kommunalverwaltung, idealerweise beim Dezernenten. Stelle muss mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet sein, z.T. Leitung von GA und Sozialamt kombiniert. In England und Wales Erfahrungen mit solch einem System nicht nur positiv, muss eng verlinkt sein. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 148.046 (+2.352), davon 5.094 (3,4%) Todesfälle (+215), Inzidenz 178/100.000 Einw., ca. 103.300 Genesene, R=0,9 (95% KI 0,7-1,0, Stand 22.04.) o Zu allen Zahlen und Darstellungen siehe Folien o Estmals ein BL mit Inzidenz über 300: Bayern = 301 Fälle/100.000 o Foliensatz zu Schätzung von R ging an BMG und wird auch an BL verteilt. 2 BL (Saarland und HH) liegen auch im KI unter 1. o Altersverteilung: Seit drei Wochen stabile Verschiebung der Fallzahlen in höhere Altersklassen o Eine klarere Definition von Risikogruppen wird häufig angefragt, insbesondere bzgl. Lehrer, ggf. sollte diese präzisiert werden. Die BZgA hat eine Information für chon. kranke Menschen (in Zusammenarbeit mit BMG) erstellt. Fr. Thaiss bietet an das Dokument zu teilen.	FG32

	o Insgesamt weiter abnehmende Inzidenz, bei den übermittelten Fällen der letzten drei Tage gibt es nur einen LK, der über 50 Fälle/100.000 Einwohner liegt. o Notaufnahme-Surveillance: Fr. Schranz wird nächste Woche Daten genauer vorstellen. Vorab: Bei Auswertung nach Triage-Code sieht man, dass weniger leichtere Fälle (Triage Code 5) die Notaufnahmen besuchen (Daten aus AKTIN). Interesse daran diese Daten auch in Lagebericht darzustellen, da viele Nachfragen dazu. Bei Besuchen in Notaufnahmen z.T. auch Besuche aufgrund von KP-Testungen erfasst. o Mortalitätssurveillance: ▪ EUROMOMO: Man sieht europaweit eine Exzessmortalität über alle Altersgruppen, 2020 sehr kleine Influenzawelle, aber danach starker Anstieg, trotz Maßnahmen höher als die Influenzawellen in den 3 Jahren zuvor. ▪ Es wäre wichtig bei der gegenwärtigen Diskussion zur Bewertung des Geschehens sich nicht nur auf Transmissionsparameter zu beziehen, sondern auch die klinische Schwere und dem Impact von COVID zu kommunizieren. ▪ Es gibt Sprachregelung vom BMG in die Hr. Haas den Aspekt der Schwere eingebracht hat, aber dabei geht es um die Erläuterung von R. Wichtig wäre unsere Bewertung des Geschehens und die Wirksamkeit der Maßnahmen im Bezug auf die Schwere darzustellen. o Testungen • DIVI Intensivkapazitäten: derzeit 35.000 freie Betten • Syndromische Surveillance o Nachfrage zur begleitenden Surveillance während der schrittweisen Lockerung der Maßnahmen: ▪ Derzeit ist syndromische Surveillance nicht ausreichend sensitiv und die Fallzahlen, wenn genug getestet wird, sensitiver. Der Ausbau der syndromischen Surveillance ist jedoch geplant, Steigerung bis Sommer: zunächst Migration von Grippeweb auf ITZ Bund und Weiterentwicklung der App. 200.000 oder mehr Messpunkte für bessere Sensitivität sinnvoll. ▪ In 80% ist COVID eine ARE. Derzeit werden auch schon Syndrome ohne Husten und Fieber erfasst, andere spezifische Marker kann man ebenfalls kurzfristig kombinieren. ▪ Vorteil der syndromischen Surveillance ist Schnelligkeit und ein unverzerrteres Bild. Laborteste können Bild verzerrt darstellen (z.B. durch vermehrtes Testen in KH und Altenheimen). ▪ Zentrale Voraussetzung für die Lockerung der Maßnahmen ist zudem eine Teststrategie nach der sehr viel in wohlüberlegten Bereichen getestet wird und durch die demnach sensitiv auch kleinere Veränderungen identifiziert werden können.	Alle

	▪ Beide Systeme (syndromische Surveillance und Testungen) sollten parallel weiter ausgebaut werden, um eine höhere Sensitivität zu erreichen. ▪ Nach dem abgestimmten Flussschema sollen alle Atemwegserkrankungen gleich welcher Schwere getestet werden. ▪ Derzeit geht es in AG Diagnostik eher um Konsolidierung und nicht so sehr um eine starke Erweiterung der Testkapazitäten. Fr. Mankertz sendet Diskussionsvorschlag der AG Diagnostik an Krisenstab und wird Herrn Mielke informieren. o Diskussion zu aktuellem Stand der Teststrategie, je nach Verfügbarkeit von Hr. Mielke am 24.04. oder in der folgenden Woche.AG Influenza • Testkapazität und Testungen o ARE (Folien hier): ▪ Tage zwischen Entnahme und Testung pro BL: Grds. wird die Verzögerung fast überall geringer. In Sachsen liefern alle teilnehmenden Labore die Ergebnisse in unter einem Tag, in Berlin steigt der Testverzug gerade etwas an. ▪ Ein schnelles Ergebnis ist notwendig, sollte wenn möglich unter einem Tag vorhanden sein. Dort wo sehr viel getestet wird, nicht immer zu leisten. ▪ Aufgliederung der Kategorie „Andere“ ▪ Anzahl Testung pro 100.000: viele Teste bei <80-Jährigen 60-79-Jährige werden nicht mehr getestet als jüngere. ▪ Ggf. ist bei 60-79-Jährigen die Inzidenz geringer, da diese sich besser selbst schützen können, (weder im Beruf, noch im Altenheim), daher ggf. nicht so oft Testindikation gestellt. Dafür spricht, dass die Anzahl der pos. Tests in dieser Altersgruppe nicht höher liegt als als bei den jüngeren Altersgruppen ▪ Die Anzahl positiven Tests pro 100.000 bei >80-Jährigen geht zurück, wahrsch. wg Testungen bei Ausbrüchen in Altersheimen ▪ In Zukunft sollen auch Ct-Werte übermittelt werden. ▪ Auswertung mit Altersgruppen ist wichtig. Derzeit Kinder und Jugendliche i.d.R. nicht getestet, da hauptsächlich asymptomat. Bei der Teststrategie sollte klar definieren sein welche Ziele erreicht werden sollen, und dass es einheitlich deutschlandweit umgesetzt wird. • Nachfrage Kommunikation mit Bevölkerung bei Bedarf an Testung: o Derzeit auf BZgA Materialien PLZ-Suche zum Kontakt mit ÖGD zur Testung o Testungen ohne Symptome höchstens in Ausbruchsuntersuchungen (KP), Aufnahmescreenings etc. o Bevölkerung sollte bei Symptomen, die sie abklären lassen wollen ärztliche Bereitschaft (116117) anrufen. Es sollte nicht ohne Symptome getestet werden. o In BL z.T. zusätzlich auch andere Hotlines geschaltet	FG37

	o Ärztliche Bereitschaftshotline ist inzwischen gut aufgestellt, keine großen Wartezeiten mehr, aber nicht überall gut bekannt, sollte ggf. weiter kommuniziert werden	BZgA/alle
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Zur Beantwortung einer ARD-Anfrage wurden dermatologische Erscheinungen näher betrachtet (von Hr. Jahn und Hr. Buchholz), wird auch in Steckbrief einfließen. Es finden sich bei einigen Patienten Exantheme, Einblutungen etc., Rezeptor auch in Endothelien	FG36
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf	
4	**Kommunikation** **BZgA** • Mund-Nase-Bedeckung: Nachfragen dazu wo die MNB bezogen werden kann, derzeit wird v.a. in Apotheken nachgefragt • Infopaket für Schulen fertig gestellt (Poster, Erklärfilme etc.), wird zunächst es proaktiv über Arbeitskreis Gesundheit der KMK verbreitet aber danach auch Kachel auf Webseite **Presse** • Sehr viele Anfragen zu Risikogruppen, Interesse an BZgA Dokument • Webseite zu Risikogebieten wird offline genommen. Irgendwas auf Webseite zu Fallzahlen • Im Aufbau eine Webseite zu Testkapazitäten mit dem Tabelle aus Lagebericht, wird jeweils Do früh aktualisiert	BZgA Presse
5	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • ÖGD-Stärkung: Die CdS-Beschlussvorlage hat nur die Punkte umfasst, die schon beschlossen waren, die anderen (u.a. finanzielle und personelle Stärkung des RKI) werden jedoch noch weiter diskutiert. *ToDo: Fr. Rexroth sendet erstes Konzept für Kontaktstelle an BMG* **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	FG32
6	**Dokumente** • Sprachregelung zu Konzepten von Institutionen/Organisationen/Verbänden o Wurde am 22.04. besprochen. Es werden nach Möglichkeit nur fachliche Anfragen beantwortet. o BMG unterstützt Entscheidung. BMG hat nach Rücksprach des LZ mit Herrn Holtherm das RKI aufgefordert eine Sprachregelung zu erstellen. Presse erstellt diese bis morgen DS.	FG36

	• Papier „Backtolife“ der KBV (Seite 6, Bezug auf Tracking App und RKI) (Folien hier) o Satz wird kritisch bewertet, sollte so nicht vermittelt werden, Daten sollen nicht ans RKI gehen (wenn dann an GÄ) und solche Aussagen könnten die App-Entwicklung negativ beeinflussen o Ggf. wurden hier verschiedene Entwicklungen vermischt (DEMIS-Beschleunigungsaktion und PEPP-PT App) o Bei der App soll es eine TAN/einen Aktivierungscode geben, als Bestätigung, dass man selbst auch wirklich positiv getestet wurde. *ToDo: Hr Wieler kontaktiert Hr. Mielke, der in Kontakt mit der KV steht.*	
7	**Labordiagnostik** • Es wurden 2 Proben SARS-CoV-2-positiv getestet, jedoch nicht aus Sentinel, sondern vom Helios KKH (wahrscheinlich Emil-von-Bering KH, erstes virolog. ICOSARI Sentinel-KH) • Täglich normalerweise 10-20 Proben zur Testung	FG12
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Dokument zur Pneumologie/Beatmungsmedizin (auch verlinkt): COVID-19 wird als 3-phasige Erkrankung dargestellt: frühe Phase, pulmonale Manifestation, hyperinflammator. Phase • Nachfrage Paper zu Fällen, die zunächst negativ waren und dann wieder positiv getestet wurden: o Bei den Fällen in Südkorea wird von Genomausscheidung ausgegangen o IBBS vermittelt Einzelfälle an ZBS1, ansonsten wird auf die Studie von FG37 gewartet • Eine Fachgruppe Intensivmedizin/Infektiologie wird auf Anregung von BMI/BMG eingerichtet, setzt sich aus DIVI, STAKOB und DVI zusammen, IBBS nimmt teil, Aufgaben: Strateg. Patientenverlegung, Praktische Erfahrungen für Mediziner, Visitenroboter bei Mangel an Fachexpertise	IBBS/FG36
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • In der BMG TK wurde heute früh gesagt, dass Hr. Spahn dem RKI letzte Woche den Auftrag zur Erarbeitung eines Konzepts zur Impfung erteilt hätte • Es gibt eine große Erwartungshaltung • Es ist nur bekannt, dass die STIKO grds. dazu berät • FG33 wurde heute kontaktiert. *ToDo: Hr. Schaade klärt die Frage mit Hr. Wieler*	FG32
10	**Surveillance** **Rechtsänderung IfSG** • Vorschläge des RKI sind am 22.04. im BMG eingegangen und wurden vom BMG eingearbeitet. **Serologische Untersuchungen**	FG32

	• Zunächst wird die Studie mit Blutspendern begonnen, Hotspot-Untersuchungen folgen danach • Steuerungsgruppe zu serolog. Untersuchungen tagt am 23.04. nachmittags. Es gibt mehrere offene Punkte/Fragen: Kohortenbildung, Kinder, Landkreise • Grundsätzlich sollen 4-5 Orte angefahren werden (Begonnen wird im Hohenlohe-Kreis, und danach Untersuchungen im LK Rosenheim), es wird nicht an allen Orten das gleiche durchgeführt, Konzept wird so bald wie möglich vorgestellt • Es ist wichtig sichtbar mit den Serostudien zu beginnen • Kinder sollten unbedingt einbezogen werden, da gerade dazu Studien fehlen	AL2
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Heute TKs mit AkKÜ und der AG IGV-benannte Flughäfen	FG32
12	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
13	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 24.04.2020, 13:00 Uhr, via Vitero	