Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	07.09.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - Annette Mankertz
- FG13
  - Jennifer Bender
- FG14
  - Mardjan Arvand
- FG17
  - Thorsten Wolff
- FG24
  - Thomas Ziese
  - Alexander Rommel
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- FG36
  - Walter Haas
- FG37
  - Tim Eckmanns
  - Muna Abu Sin
- FG38
  - Nadine Zeitlmann
  - Ulrike Grote
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- IBBS
  - Christian Herzog
- P1
  - Ines Lein

- Presse
  - Maud Hennequin
- ZBS1
  - Janine Michel
- ZIG1
  - Sarah Esquevin
- BZgA
  - Heidrun Thaiss
- BMG
  - Christophe Bayer

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Ca. 26,9 Mio. Fälle und ca. 881.800 Verstorbene (3,3%) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Insgesamt wenig Veränderung o Trend in Vereinigten Staaten, Kolumbien und Peru absteigend o Größte Veränderung in Frankreich • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner o Neu dazu: Libyen mit 7T Inzidenz von 61 o In Afrika eher Rückgang, vor allem in Algerien, Südafrika o Nord- und Südamerika ähnlich stark betroffen o In Asien vor allem Indien betroffen, auch Anstieg in Indonesien, Nepal und Vereinigte Emirate. o In Europa geht Trend weiterhin nach oben. o Ozeanien: in Melbourne wurden Ausgangbeschränkungen um 2 Wochen verlängert. • Subregionen in EU/EEA/UK und CH mit 7d-Inzidenz >50/100.000 Ew. o Neu auf der Liste: 1 Region in Bulgarien, 4 Regionen in Frankreich (ansteigender Trend), 2 Regionen in Kroatien, die Region Viken in Norwegen, Wien in Österreich, 2 Regionen in Rumänien, Fribourg in der Schweiz, Prag in Tschechien, Budapest in Ungarn. o Nicht mehr dabei sind Dänemark (Faroe), 2 Regionen in Kroatien, Malta, Monaco, 2 Regionen in Rumänien. o In Frankreich findet ein regelmäßiger Survey zur Einhaltung der Bekämpfungsmaßnahmen statt. So kann die epidemiologische Situation der Einhaltung der Maßnahmen nach Altersgruppen gegenübergestellt werden. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 250.799 (+814), davon 9.325 (3,7%) Todesfälle (+0), Inzidenz 302/100.000 Einw., ca. 225.000 Genesene, Reff=1,12; 7T Reff=0,95 o Aktuell auf ITS 228 (+10), davon beatmet 134 (+8)	ZIG1 FG32

	▪ Am Wochenende haben 14 von 16 BL übermittelt, keine Übermittlung aus MV wegen geringer Fallzahlen und aus Hamburg wegen technischer Probleme. ▪ Fallzahlen sind wieder etwas höher als WE davor, R-Wert ist leicht über 1, kaum Unterschiede bei Anzahl Personen auf ITS. o 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer ▪ Gesamt-Inzidenz seit längerem auf Plateau ▪ Entspannung in Hessen ▪ Fallzahlen in BY und BW noch nicht rückläufig. o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Höchste Inzidenzen in SK Landshut und SK Memmingen, vor allem auf Reiserückkehrer zurückzuführen ▪ Inzidenz in München > 35 ▪ Relativ hohe Inzidenz in Berlin Friedrichshain, bisher auf kein spezifisches Geschehen zurückzuführen o Frage: Sollte das Wording im Lagebericht bereits angepasst werden? Stabilisierung ist nach wie vor in Ordnung. Sollte im Lagebericht eine sinkende Tendenz erwähnt sein, sollte diese rausgenommen werden. *ToDo: Anpassen des Wording der Zusammenfassung und allgemeinen Einordnung im Lagebericht und Altersverteilung ansehen, gehen die Fallzahlen bei den Älteren hoch? (FG 32)* • Flussschema COVID-19 Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen o Jeder mit akuten respiratorischen Symptomen soll getestet werden, unabhängig von Risikofaktoren. o Frage: Könnte das in der Erkältungssaison zu sensitiv sein und zu viele Teste generieren, die dann evtl. nicht mehr abgearbeitet werden könnten? Sollten für den Herbst ggf. etwas weniger sensitive Testkriterien vorbereitet werden? o So sagt z.B. das Kultusministerium in Berlin, dass Kinder bei unspezifischen Erkältungssymptomen ohne Fieber nicht getestet werden müssen. o ECDC nennt Husten, Fieber oder Atemnot. Möglicherweise könnten Symptomkombinationen oder Zusatzkriterien epidemiologischer Art verwendet werden. o Eine Teststrategie ist vorhanden. In dieser wird die Testung symptomatischer Patienten priorisiert. 2.Priorität haben Kontaktpersonen der Kat 1. o Auf Routinetestung und Screeningmaßnahmen könnte zuerst verzichtet werden. o Bei Isolierung und Quarantänezeitverkürzung mit abschließenden Tests könnte die Quarantänezeit wieder verlängert und auf Tests verzichtet werden. o Solange es möglich ist, sollte ausreichend breit getestet werden. Die Testung sollte erst eingeschränkt werden, wenn die Testkapazitäten knapp werden, dann Einschränkung nach Symptombild, Risikogruppe oder Risikoeinrichtung. o Wenn nicht mehr alle symptomatischen Personen getestet	Schaade / Alle

	werden, hat das Einfluss auf das ganze System der Kontaktpersonen Nachverfolgung. Die aktuelle Containment-Strategie trägt dazu bei, dass in Deutschland die Situation weiterhin stabil ist. o RKI sollte sich nicht ganz von gelebter Praxis entfernen, Empfehlungen sollen in der Praxis anwendbar sein. Bisher folgen nur Kultusministerien nicht, die von Kinder- und Jugendmedizinern beraten werden. o Die Kombination von Symptomen und individuellem Risiko könnte bei nicht ausreichender Testkapazität eine Strategie sein. Für eine individuelle Risikoabwägung müsste ein Arzt die Expositionssituationen evaluieren. Ein Expositionsansatz wäre auch besser als ein regionaler Ansatz. o Herausforderung: auf welche Szenarien bereiten wir uns vor? Bei einer sustained community transmission wäre eine grundlegend andere Teststrategie nötig. *ToDo: Teststrategie bei einzelnen Szenarien im Strategiepapier überlegen; Arbeitsauftrag für Strategiegruppe, FF Fr. Hanefeld, Hr. Mielke (AG Diagnostik?)* • Verkürzung Isolierungsdauer o In der Presse herrscht ein großes Durcheinander zwischen Isolierung und Quarantäne und Aussagekraft der Ct-Werte. o Ist es sinnvoll nach Ct-Werten zu entscheiden, ob ein Patient infektiös ist? Es handelt sich um eine individual-medizinische Testperspektive: wie geht man grundsätzlich mit infektiösen Personen um, wie gut ist die Probe (schwankt über den Tag)? o Hilfreich wären solide Studien, die die Symptomatik mit der Virusausscheidung korrelieren. Wie weit ist die Virusausscheidung vorverlagert? Wie lange ist sie noch so relevant, dass Personen isoliert werden müssen? Wenn solche Studien vorhanden wären, könnte anhand der Symptomatik entschieden werden. Bisher keine Studien bekannt. o Um alle Begrifflichkeiten und deren Zusammenhänge zu erklären, wäre eine FAQ überfrachtet. Ein Vorschlag wäre deshalb, einen Epid. Bull.-Artikel mit grafischen Darstellungen zu schreiben. o Presse: Eine FAQ zu Isolierung und Quarantäne gibt es bereits. Die Frage ist, ob sie ausreichend ist. *ToDo: Schreiben eines Epid.Bull.-Artikels; FF Autorenteam aus IBBS, FG37, ZBS, Max von Kleist und FG17; Zeitrahmen bis Mitte nächster Woche* o Themen: Begriffsklärungen, Viruskinetik, Ansteckungsfähigkeit, Aussagekraft von Ct-Wert und von Antigen-Testen. Klärung von Zusammenhängen, Erläuterung anhand von Grafiken. o In Hinweisen zur Diagnostik ist eine Korrelation von Viruslast und Infektiosität enthalten. Vergleich mit Symptomatik ist nicht vorhanden.	Schaade / Alle

	○ Ein Erlassbericht zur Verkürzung der Quarantäne ist schon letzte Woche ans BMG gegangen und kann mitverwendet werden. ○ Eine Verkürzung der Quarantänezeit führt zu Verlust an Sicherheit, für die Modellierung Hr. von Kleist dazu nehmen.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Letzte Woche wurden Links rumgeschickt. Einer verweist auf die Beschreibung der Risikosituationen. Wäre es sinnvoll einen Fragebogen mit den Risikosituationen für Praxen und den öffentlichen Gesundheitsdienst zu erstellen? • Soll am Mittwoch nochmal besprochen werden. **Presse** • Nichts Neues	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Es gibt einen Vorschlag von Europäischer Kommission und ECDC mit einem differenzierteren System für die Ausweisung von Risikogebieten (zu finden auf Webseite von ECDC). • Hierbei werden neben Inzidenz weitere Indikatoren verwendet, wie Zahl der Testungen pro Woche und Positivenrate *ToDo: Bewertung vom RKI erwünscht, FF ZIG*	BMG-Liaison
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** • Die Krankheitslast durch COVID-19 in Deutschland (Folien hier) ○ Ziel ▪ Krankheitslast von Covid-19 einordnen, Methoden entwickeln ▪ Bereits verschiedene Studien aus anderen Ländern vorhanden ○ Krankheitslast ▪ Zentraler Indikator: durch Krankheit und Tod verlorene Lebensjahre (DALY), hat eine Morbiditätskomponente, durch Krankheit verlorene	FG24 Rommel /FG34 /FG37

gesunde Lebenszeit (YLD) und eine Mortalitätskomponente, durch vorzeitiges Versterben verlorene Lebensjahre (YLL)
- Datenbasis sind Meldedaten
- Geografisch ist eine Nord-Ost/Süd-West Teilung von Deutschland sichtbar.
- 103 DALY/100.000 Einwohner, zu 99% auf vorzeitiges Versterben zurückzuführen
- DALY steigen mit Alter stark an
- Anteil der YLD an den DALY geht mit dem Alter zurück

- Zeitliche Entwicklung verlorener Lebensjahre
  - Bekannter Krankheitsverlauf mit Peak im April, zeitweise im Bereich einer beträchtlichen Krankheitslast, vergleichbar mit dem Tagesmittel von 2017 bei Trachea-, Bronchial- und Lungenkrebs.
  - Das COVID-Tagesmittel von März-August liegt eher im Bereich von unteren Atemwegsinfektionen.
  - Aktuell Infizierte schlagen sich nicht in Krankheitslast nieder.
- Verlorene Lebensjahre (YLL)
  - Alter und Geschlecht: deutliche Geschlechter-unterschiede: Männer ø12,0 Jahre, Frauen ø 8,7 Jahre
  - Relativ großer Anteil der Krankheitslast bei Personen < 70 Jahre: ø 25 Jahre
- Fazit & Ausblick
  - Krankheitslast:
    - entsteht überwiegend durch vorzeitiges Versterben,
    - war zeitweise sehr hoch, seit Mai/Juni stark rückläufig,
    - entfällt zu 1/3 auf Personen unter 70 Jahren, zu 2/3 auf Männer
  - Zurzeit letzte Abstimmung der Publikation, Einreichung bei Bundesärzteblatt nächste Woche geplant
- Noch wurde nicht berücksichtig, dass Krankheit Spätfolgen hat, sollte unbedingt mit ins Papier hinein.
  - Spätfolgen sind eine Limitation, werden bei der klassischen Burden of Disease Berechnung aber häufig nicht einbezogen.
- Wurden Komorbiditäten mitberücksichtigt?
  - Es gibt eine Studie aus Schottland, bei der auf Vorerkrankungen kontrolliert wurde. Normalerweise wird dies jedoch nicht gemacht. Wird im Papier aber diskutiert.
- Meldedaten eignen sich nicht für Fragen zum längeren Verlauf. Langzeitfolgen können in Daten nicht untersucht werden.
- Gibt es Überlegungen einen Prozentsatz der Untererfassung einfließen zu lassen?
  - Die Berechnung basiert auf Fällen, die gemeldet wurden. Untererfassung korreliert wahrscheinlich

	mit leichtem Verlauf. Bei Verstorbenen wird davon ausgegangen, dass Untererfassung nicht so groß war. ▪ Annahme, dass nur leichte Fälle untererfasst werden, ist nicht zulässig. Bei älteren Menschen könnte genau das Gegenteil der Fall sein. -> wird in Diskussion mitaufgenommen *ToDo: Papier soll zur Abstimmung auch an FG36 und AL3 gegeben werden.*	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • ZBS1 o In der letzte Woche gingen 942 Proben ein, davon wurden 83 positiv auf SARS-CoV-2 getestet (8,8 %). o Schnellteste von 2 Firmen werden zurzeit systematisch getestet. Die Ergebnisse sollen auf einer Folie zusammengestellt und mit dem Krisenstab geteilt werden. • Virologische Surveillance o Von 85 Proben wurden in den letzten 2 Wochen 59% pos. auf Rhinoviren getestet; kein Nachweis weiterer Erreger.	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Bericht Team Freising (Folien hier) o Amtshilfeersuchen GA Freising, Bayern ▪ Am 29.02 wurde ein COVID-Fall an GA Freising gemeldet: Reise nach NRW bis 21.02., 23.-26.02: Besuch vieler Faschingsveranstaltungen im LK ▪ Teststrategie: alle KP1 (auch asymptomatische) sollten getestet werden. ▪ Amtshilfeersuchen (04.03.), viele Routineaufgaben: Dokumentation der Informationen zu den Fällen, KoNa (14 Fälle und 200 Kontaktpersonen), beratende Tätigkeiten ▪ Herausforderungen: großer Druck von Politik und Bevölkerung, Testkapazitäten sehr ausgelastet, zu wenig Personal o Aufarbeitung Cluster Freising ▪ Studie zu Transmission ausgehend von asymptomatischen, präsymptomatischen und symptomatischen Fällen ▪ Telefonische Befragung der 59 Fälle im Cluster mit einem standardisierten Fragebogen zu: • Exposition (Quellfall, Fasching), • Symptomatik, • Kontaktpersonen in infektiösem Zeitraum, Symptome nach Kontakt, Kontakt während prä- oder symptomatischer Phase, Test, Ergebnis	Team Freising (Zeitlmann, Bender)

	▪ Deskriptive Auswertung, Modellierung Transmissionskette ▪ Berechnung von Transmissionsraten und Relativen Risiken o Ergebnisse ▪ Respons Rate von 90% (53 Fälle) ▪ 7 asymptomatische Fälle ▪ Am häufigsten wurde Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Husten, Geschmacksverlust und Fieber genannt. o Transmissionskette (modelliert, da manche Fälle mehr als eine Quelle nannten): ▪ mittleres serielles Intervall: 4,7 Tage, mittlere Inkubationszeit: 5 Tage, mittlere Generationszeit: 4,8 Tage ▪ Kein asymptomatischer Fall als Quellfall o Transmissionraten auf Kontaktpersonen ▪ höchste Transmissionsrate in präsymptomatischer Phase o Schlussfolgerungen ▪ Limitation: Basis ist Auskunft der Fälle, Kontaktpersonen wurden nicht kontaktiert ▪ Potentielles Super-Spreading bei kleineren Massenveranstaltungen ▪ Keine Infektionen ausgehend von asymptomatischen Fällen ▪ Höchste sekundäre Transmissionsrate in präsymptomatischer Phase ▪ Wichtige Daten zu Generations-/Inkubationszeit und seriellem Intervall o Manuskript ist fast fertig, soll bald in Emerging Infectious Diseases und für die Escaide eingereicht werden. o Bewertung Einsatz: viel Routinearbeit, deshalb sind Containment Scouts sehr wichtig; unzureichende IT-Nutzung, sehr viel Nachholbedarf	
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) o GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ Entwicklung setzt sich fort. Inzidenzen steigen weiter an und liegen leicht über Niveau Vorjahr; Nachweise von Rhinoviren. o Entwicklung der Fallzahlen: 0-5 Jahre ▪ Mittlerweile wieder KiTa-Regelbetrieb in allen BL, COVID-19 Fallzahlen gehen zurück. o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Kurzer Anstieg um 33.Woche, dann Rückgang o Betreuung in einer Einrichtung gemäß §33 ▪ Steigender Anteil bedeutet nicht automatisch, dass Fälle durch Betreuung infiziert wurden. ▪ Kann in naher Zukunft genauer analysiert werden. o 3 neue Ausbrüche in Kindergärten/Horte	FG36 (Haas)

	▪ Im Rahmen einer Eingewöhnung, eine betroffene Erzieherin war gruppenübergreifend tätig. ▪ 5 Kinder und 4 Erzieherinnen, vermutlich mehrere Gruppen betroffen. ▪ Kleiner Ausbruch mit 2 Fällen bei Erziehern. o 2 neue Ausbrüche in Schulen ▪ Lehrerin als Indexfall, bis auf 1 Schüler alle asymptomatisch ▪ 7 Schüler und 3 Lehrerinnen, vermutlich mehrere Klassen betroffen, vermutlich von Lehrerin ausgegangen	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Zurzeit diverse Erlasse • Aussteigekarten: Zwischenlösung mit RKI als Auftraggeber für Deutsche Post, Datenschutzfolgeabschätzung erforderlich. • Evaluierung, wie gut DEMIS als dauerhafte Lösung für digitale Aussteigekarten wäre. Kapazitäten sind sehr limitiert, im Moment Lösung mit DEMIS nicht sinnvoll.	FG32
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • BMG schickt in letzter Zeit Dokumente zur Publikation direkt an RKI webmaster - mit der Folge von mehreren zusätzlichen Kommunikationen, ob das bereits abgestimmt war usw. o Sorgt für Verwirrung bei Presse, welche Version publiziert werden soll. Besser wäre nur das fertige Produkt an Presse zu schicken. *ToDo: Fr. Hanefeld meldet an BMG zurück, dass Dokumente an Schichtleitung oder ZIG geschickt werden sollen.* o Nach Freigabe durch Schichtleitung oder ZIG gehen die Dokumente an die Presse. o RKI sollte nicht nur Plattform und Sprachrohr von BMG werden.	FG32
16	**Wichtige Termine** •	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	