



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	20.03.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
 - o Lars Schaade
 - o Lothar Wieler
- Abt. 1
 - o Martin Mielke
- Abt. 2
 - o Thomas Lampert
- FG21
 - o Patrick Schmich
- Abt. 3
 - o Osamah Hamouda
- FG14
 - o Melanie Brunke
- FG17
 - o Thorsten Wolff
- FG 32
 - o Ute Rexroth
 - o Maria an der Heiden
 - o Ariane Halm (Protokoll)
- FG36
 - o Walther Haas
 - o Silke Buda
- FG37
 - o Tim Eckmanns
 - o Sebastian Haller
- IBBS
 - o Christian Herzog
- Presse
 - o Ronja Wenchel
- ZBS1
 - o Janine Michel
- ZIG
 - o Johanna Hanefeld



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

- INIG
 - o Basel Karo
 - o Andreas Jansen
- BZGA : Frau Thaiss
- Bundeswehr: Frau Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingetragen von
1	Aktuelle Lage International • Trendanalyse (Folien hier) - o <u>Iran</u>: Bericht von Andreas Jansen/WHO Einsatz ▪ 18.407 Fälle (+1.046), davon 1.284 (7,0%) Todesfälle (+149) ▪ Nur schwere Fälle werden gemeldet, bei milden Fällen beginnt jetzt erst Testung, von Faktor 10 ist bei der berichteten Fallzahl auszugehen, exponentieller Anstieg jetzt etwas abgeflacht, die meisten Fälle sind noch nicht erfasst ▪ Infektionsgeschehen primär im Norden, Teheran und Ghom, im Süden weniger Fälle (auch deutlicher Temperaturunterschied) ▪ Modellierungen (s. Folie 2) ausgehend von Anteil der Bevölkerung (%), der aus dem Infektionsgeschehen entfernt wird, und verschiedener Isolierungs-Arten, z.B. - Wenn 10% entfernt, Mitte Mai, 2,5 Mio. Fälle - Bei 40% (Optimum), Mitte Mai ca. 800.000 Fälle (unterste Kurve) - Realität zwischen 25-32% ▪ Umfangreiche Maßnahmen umgesetzt, Land hat gutes Primary Healthcare System (PHC), Einrichtung von spezialisierten COVID-Krankenhäusern, 8 davon in Teheran (Auslastung von 80%), Laborkapazitäten von 200 auf 5000 Tests/Tag hochgefahren ▪ Mobile Kliniken und „recreation homes“ (Kohortenisolation), um Fälle vorzeitig 48h nach Fieberende ohne weitere Tests (Kapazitätsproblem) aus Krankenhäusern zu entlassen, dient der Entlastung und hat gut funktioniert, kaum Leute kamen von dort zurück ins Krankenhaus ▪ Ausgeweitete social distancing Strategie, Freitagsgebet-Verbot, usw. ▪ Umfangreiche Risikokommunikation, konstante COVID Thematisierung mit Empfehlungen, viel Mobilisierung ▪ Einsatz künstlicher Intelligenz: Screening App	ZIG1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	etabliert, Personen geben Symptome, Ort und Vorerkrankungen an, Algorithmus berechnet Wahrscheinlichkeit von COVID, so werden 4 Mio. Menschen erreicht, stellt eine Vorsortierung dar, anscheinend wenig Leute die von App als „negativ“ klassifiziert waren wurden positiv getestet Tracking-System: GPS, Bluetooth, QR Codes ▪ Viele Fälle wurden aus anderen Ländern importiert, aktuell keine Importe, aber es werden ggf. weiterhin Fälle exportiert wenn Epidemie nicht besser in Griff bekommen wird ▪ Seit letzter Woche wieder Direktflüge aus Teheran nach Frankfurt und Hamburg • An deutschen Flughäfen: Aussteigerkarten und Meldepflicht, spezielle Vigilanz bei Reisenden aus Risikogebieten; gibt es ein Landeverbot bzw. wird dies kohärent umgesetzt, eigentlich sind jetzt EU-Grenzen vor allem für nicht EU-Staatsbürger geschlossen, Frau Singer (INIG) ist gestern mit Qatar Air aus Manila eingereist <i>ToDo: LZ (zsm. mit FG32?) soll klären, wie Linienflügen aus (noch) Risikogebieten an den Flughäfen gehandhabt wird</i> ○ <u>Katar</u>: 460 Fälle, kein Todesfall, Epikurve rücklaufend, Verdachtsfälle und Kontakte für 14 Tage in „guest houses“ in Quarantäne, ab 14.03. Einreise nur noch für Staatsangehörige, die dann 14 Tage in Quarantäne kommen ○ <u>Norwegen</u>: >800 Fälle im Ausland und >600 im Inland infiziert, Grenze geschlossen, diverse Maßnahmen u.a. seit 14.03. Hausquarantäne (rückwirkend bis 27.02.) für alle die aus dem Ausland kommen (Ausnahme: Schweden, Finnland) • Risikogebiete: entfallen ab nächstem Montag auf Wunsch des BMG, sollten wir angesichts der Abschaffung 14 Tage Quarantäne nach Einreise nach Deutschland empfehlen? ○ Norwegens Entscheidung wurde stark kritisiert und wird nicht von allen getragen ○ Pro ▪ Risikogebiete werden abgeschafft weil klare Differenzierung der Hochrisikogebiete nicht mehr möglich ist ▪ Erfassungssysteme der Ländern sind sehr verschieden, wir wissen zunehmend weniger, welche wirklich die Situation ist ▪ Wenn Maßnahmen intern verstärkt werden, können sie auch extern verschärft werden, RKI wird Maßnahmen rechtfertigen müssen, z.B. auch Wegfallenlassen der Risikogebiete	
--	---	--

VPräs/alle



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	▪ Freiwillige Absonderung von Einreisenden möglicherweise sinnvoll ▪ Wir eskalieren aufgrund von Modellierungen hoch, müssen zunehmend Kompromisse machen, es existieren Reisewarnungen - o Contra ▪ Deutschland ist Hochinzidenzland ▪ Risiko ist nicht in allen Ländern gleich hoch, Maßnahme wäre ggf. irritierend und irreführend ▪ Nicht jede Person, die aus dem Ausland kommt, kommt aus Gebiet mit Infektionsrisiko/möglicher Exposition, bei Einreise aus Ländern mit geringer Inzidenz ist 2-wöchige Quarantäne nicht angemessen, Einreisende haben möglicherweise hier höheres Risiko hier in Deutschland ▪ Mögliche internationale Folgen bei solcherart Maßnahmen - o Weitere zu bedenkende Punkte ▪ Berufspendler-Problematik ▪ Überlastung GA, aber Quarantäne sollte freiwillig sein, ohne Anordnung/Kontrolle, Testungen in Deutschland sind recht sensitiv, bei anderen Ländern ist dies deutlich anders ▪ Nur für Rückkehrer aus außereuropäischem Ausland - o Abstimmung Krisenstab dagegen (9 gegen 2) - o Vorschlag ans BMG einer Empfehlung zur freiwilligen Quarantäne für außereuropäisch Einreisende, ggf. jetzt vor möglicher Ausgangssperre <i>ToDo: Frage an BMG zu freiwilliger häuslicher Quarantäne nach Einreise aus dem außereuropäischen Ausland (wer?)</i> • Durch baldiges Wegfallen der Risikogebiete hat sich geändert, was von ZIG gebraucht wird, jetzt Fokus auf Maßnahmen National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) - o SurvNet übermittelt: 13.957 (+2.958), davon 31 (0,2%) Todesfälle (+11) - o Exponentieller Inzidenz-Anstieg immer deutlicher - o Inzidenzen Bundesländer: alle > 5/100.000 Einwohner, BW (25) hat HH (32/100.000 Einw.) noch nicht eingeholt - o Geografische Verteilung (s. Folien): Karten mit kumulativen Inzidenzen (auch in Lagebericht) und Tagesinzidenzen (3-, 5-Tage, und 7-Tage) - o LK Hohenlohekreis höchste Tages-Inzidenzen gefolgt von Heinsberg, Tirschenreuth - o Expositionsorte	ZIG FG32
--	---	------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	▪ National: oben Heinsberg gefolgt von Aachen (hier Übermittlung von Expositionsort nicht differenziert), ▪ International: fast 3.000 Fälle aus Österreich gefolgt von Italien, daher Resistenz gegen Aufhebung Risikogebiete ○ Indikatoren zur Definition besonders betroffener Gebiete (Folie 11): Heinsberg, Hohenlohekreis (kaum Exporte), Tirschenreuth, Freiburg auf Rang 7 (Inzidenz), dort und in ganz Bayern Ausgangssperre • Sehr viele Cluster werden über internationale Kommunikation nachverfolgt, Flugbezogene Nachverfolgung jetzt eingestellt, aktuelle AA-Rückholaktionen, Kreuzfahrtschiff und abgehaltene Kongresse sorgen für viel Arbeit • Amtshilfeersuchen ○ Sehr viele, RKI kommt nicht hinterher, Nürnberg, Berlin, NRW, Tirschenreuth, Saarland (nosokomialer Ausbruch), Konsultation von der Ferne aus durchgeführt, aber wenig Kapazitäten zu weiterer Unterstützung ○ Priorisierung derer, bei denen Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen betroffen sind Meldedaten/Now-Casting • Es ist (noch) unklar, wann Maßnahmen in Fallzahlen sichtbar werden, und wie lang der Beobachtungszeitraum sein soll • Druck vom Minister zugunsten pragmatischer Lösungen steigt, z.B. Wunsch die Zahlen von Johns Hopkins zu verwenden • Im deutschen infektionsepidemiologischen Meldewesen werden valide und zuverlässige Daten sowie die relevanten Informationen erhoben, diese sind schnell verfügbar und werden frühzeitige Abbildung der Maßnahmen erlauben; wir müssen (mehr) in das Meldewesen und dessen Methoden investieren • Daten, von denen wir nicht wissen, woher sie kommen und wie sie erhoben werden sind nicht sinnvoll und nicht interpretierbar • Möglichkeit des Now-Casting auf Basis der Meldezahlen: wie viele Fälle haben wir wirklich? • Bericht aus Italien zeigt mit Now-Casting eine Verlangsamung der Entwicklung, ggf. sind Verringerungen so gut/früh sichtbar <i>ToDo: Matthias an der Heiden soll federführend Now-Casting vornehmen mit Unterstützung von Udo Buchholz</i> BZgA • Zahl der wahrscheinlich genesenen Fälle könnte Akzeptanz der Maßnahmen erhöhen (Erfolg/Hoffnung) • Genesung ist nicht meldepflichtig, GA könnte dies mit genügend Ressourcen sofort übermitteln, wenn genug Ressourcen wäre es sofort verfügbar • Gestrige Schätzung basierend auf groben Zahlen weist jetzt ca. 1000 genesene Fälle auf (wenn keine Hospitalisierung bzw.	
--	---	--

Alle

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

Seite 6 von 12



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	sollte möglichst strukturiert vorgegangen werden RKI-Modellierung - Ist fertig und soll heute online gehen, Entscheidung zu übergeordneter Rubrik und Titel steht aus: Modellierung der Ausbreitung (und Schwere)? - Präs und VPräs treffen nach der Sitzung eine Entscheidung, Originaltitel von FG36 bevorzugt, da es widerspiegelt, dass es um (verschiedene) Szenarien geht FAQ Masken - Anpassung in Arbeit: FAQ werden um Tragen textiler Masken erweitert, ist als Ergänzung zu Maßnahmen der Distanzierung zu sehen - Bitte Rückmeldung der angeschriebenen Kollegen mit Zustimmung bzw. Verbesserungsvorschlägen - FG14 hat auch Gesamtübersicht über Äußerungen zu Fragen zu Maskenqualität, Herr Thanheiser steht in engem Austausch mit BMG und BfArM - Zu Selbstbaumasken wird RKI nichts sagen (keine Nähgruppen bei Ausgangssperre), dazu gibt es Beiträge von Textilherstellern, BMG Koordination wünschenswert Dashboard - Ist nach kleinen Anlaufschwierigkeiten jetzt online und läuft (Link) - Für webmaster@rki.de wurde Autoreply Nachricht eingestellt, eingehende E-Mails werden dennoch bearbeitet	Presse AL1/FG14 Presse
5	RKI-Strategie Fragen Exit-Strategie - Wird mit 3 Bereichen vorbereitet: soziale Akzeptanz der Maßnahmen, Risikokommunikation, klinisch-epidemiologische Zeitpunkte, auch Abt 2 und FG37 sind involviert - Externe Abfrage hat begonnen mit Ländern in Asien die sich in der De-Eskalationsphase befinden, Fachexperten wurden auch befragt (Drosten, Rehfuss) - Aktuell interne Besprechung, Montag Fertigstellung, Dienstag BMG-Deadline Netzwerke - Gestern STAG-ICH TK, Gespräch zu Informationsbedarf/ Indikatoren in 4 Bereichen: burden of disease, Testungen, Planung von Phasen, internationale Dimension - Auch Initiative von BMI Staatssekretär Kerber, zsm. mit Ökonomen und anderen Disziplinen (bestehender Kontakt zu Matthias an der Heiden) - RKI ist in diesen Gruppen durch Präs vertreten, es ist wichtig, gut informiert zu bleiben und RKI Input sicherzustellen	ZIG Präs



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	- Kommunikation „ARE/Personen mit Erkältungskrankheiten sollen zu Hause bleiben“ hat begonnen, und muss verstärkt und überall mitbeachtet werden Andere Ressorts - BMI-Lagebild zu Übersicht zu Maßnahmen und Ressourcen, IBBS hat Kontakt zu BMI aufgenommen und wird nachfragen, s. auch unter 9 (Maßnahmen zum Infektionsschutz) - BMG-Runde zu Testkapazitäten & Maskenverfügbarkeit: aktuell laufen viele Diskussionen ins Leere weil dieses Problem nicht behoben wird, dies ist ein zentral zu lösender Aspekt und muss auch auf EU-Ebene thematisiert werden, Krankenhauspersonal kann bald nicht mehr arbeiten, BMG sollte mit Herstellern Elefantenrunde führen um Test- und Produktionskapazitäten zu sichern, Anfrage von höchster Ebene an das BMG, VPräs bereitet Zweizeiler vor und Präs schickt diesen an Holterm und Minister	alle
6	Dokumente Flussschema und Faldefinitionen - Wurden gestern der AGI vorgestellt und besprochen, zunächst Zustimmung, dann Verwirrung, keine Einigkeit bei den Ländern, weniger betroffene wünschen noch Risikogebiete, andere wollen sofortige Abschaffung - AGI wünscht ein Papier, das mehr Guidance gibt, dies ist schwierig, da Klinik vor Ort entschieden werden muss - KBV möchte frühzeitig in Überlegungen einbezogen werden und ist mit RKI Ansatz einverstanden, Hinweise aus Flussdiagramm sollten jetzt an KBV weitergegeben werden, damit diese in ihrer Stellungnahme mit RKI übereinstimmen - AGI-Sentinel-Testungen (Durchführung läuft sowieso) werden hier nicht erwähnt um keine Verwirrung zu stiften - Entscheidung - Nummern aus Flussschema werden gelöscht um Missverständnis einer Priorisierung der Testung vorzubeugen - Länderwünsche zum Teil berücksichtigt, Anpassung gewisser Formulierungen (s. E-Mail Ute 20.30.2020, 12:17) - AL1 informiert KBV	FG32/alle
7	Labordiagnostik - AGI Sentinel suggeriert nach wie vor keine breite Zirkulation, keine positiven Proben in den letzten zwei Tagen - ZBS1 - Haben seit letzter Woche 700 Proben getestet, davon waren insgesamt 111 positiv, aus DRK Studie (Selbstabnehmer) waren es 112 Proben mit 9 positiven Ergebnissen - Seit gestern laufen auch Selbstabnehmerproben von der Charité, die Initialdiagnostik wird von Labor Berlin gemacht die in Verzug sind, Nachtestung nur der positiven	FG17 ZBS1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	vorgesehen - o Tägliche Bearbeitung von Proben, läuft ganz gut • Testevaluierung - o Wünschenswert: a) tatsächliche Erfassung Dunkelziffer, b) Testungen von HCW aus Krankenversorgung - o Serologie zur Unterstützung wäre wichtig um festzustellen, wann Infektion vorbei ist und ob Antikörper vorhanden sind - o Frau Niebank steht mit Charité zu COVID-Studie zu Pneumonien in Kontakt, Charité kann ggf. auch Serum abgeben zur Testvalidation mit den Seren in ZBS1 - o Studienprotokoll zu Testungen bei Blutspendediensten ▪ Wird von FG37 vorbereitet, ZBS1-Einbeziehung ▪ Sammlung der Seren im Wochenrhythmus an 5 Standorten deutschlandweit ▪ Später größere Querschnittspopulation und mehr Blutspendedienste vorgesehen zur Untersuchung, in wie weit Population durchseucht ist ▪ Protokoll wird kommendes Wochenende fertiggestellt ▪ Ab Montag Sammlung von Blutproben ▪ Testvalidation mit Proben von Charité ▪ Kontakt mit EuroImmun, weitere Testvalidierung, ob er für SARS-CoV-2 spezifisch ist - o IgM Schnelltest für Erregertest nicht geeignet, aber gut für Serologie, hierzu FG17 und ZBS1 Austausch bilateral - o HZI Gérard Krause hat gefragt, ob mini-KIGGS-Studie mit serologischer Fragestellung möglich ist, es wird aktuell geprüft unter welchen Voraussetzungen dies möglich wäre und ob schnell ein Konzept erstellbar ist - o Komplementäres Studiendesign wäre ideal: einerseits Blutbankdaten mit immer verschiedenen Patienten und gleichzeitig NAKO Ansatz serieller Testung der gleichen Patienten - o Aber: NAKO Studienzentren aktuell geschlossen • RKI Empfehlung zur Diagnostik in Landes-Veterinärlaboratorien, diese sind gerne dazu bereit, es fehlt jedoch die Erlaubnis, diese Tests durchzuführen, wurde an BMG weitergeleitet; in manchen Ländern ist dies bereits aktiviert • Möglichkeit der Unterstützung durch Veterinärlaboratorien oder Labore anderer Forschungseinrichtungen wurde auch mit AGI besprochen und kommt in das AGI Protokoll	VPräs/alle
8	Klinisches Management/Entlassungsmanagement • Nichts besprochen	IBBS
9	Maßnahmen zum Infektionsschutz Ausgangssperren • Zusehends verhängt, in unterschiedlicher Art und Umsetzung • Hinweis BMG: RKI soll nichts zu Ausgangssperren sagen	FG32/

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

Seite 10 von 12



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

13	Studien • New technologies ○ Projekt ChatBot aufgrund zu großer Bedenken eingestellt, stattdessen wird Charité ChatBot durch RKI erweitert ○ Datenspende Wearables: Temperaturmessung via Smartwatch, Patrick Schmich schickt noch Informationen, ist bereits in rechtlicher Prüfung (Freihandvergabe, Letter of intent), Firma ist bereit, Kommunikation nach außen sehr wichtig und Strategie zsm. mit Frau Glasmacher in Vorbereitung ○ Corona-App über Bluetooth (ähnlich wie im Iran, s.o.), Puls-Messung, Datenübermittlung auf freiwilliger Basis, kann auf halben Meter Daten erfassen, verschlüsselte Daten können an GA gehen, Kollaboration mit Oxfordgruppe die an gleichem System arbeitet, Kanzleramt und BMG unterstützen dies, Spende einer Schweizer Firma ○ Letzter Punkt riesiges Konsortium zu App wie woanders auch in Deutschland umzusetzen, BFDI alles bereits in Progress zu Danteschutzkonformen Lösungen, sehr umfangreich, RKI beteiligt, datenspende Ausweis, Richtung Ende März, in 5 Tagen App die erprobt ist und in Einsatz gehen kann, Puls Messung und Dunkelziffer besser in den Griff kriegen ○ Herr Brockmann nutzt Telekom und Telefonica/O2 Daten • Stellenausschreibung für Studenten raus und Bewerbungen kommen bereits, FG37 bereitet Sprechpunkte in Abstimmung Presse für Präs für PK vor • Herr Wieler klärt Zeitpunkt der Kommunikation dieser Punkte mit Minister (Risikogebiete sind bereits entschieden)	FG21/Präs
14	Information aus dem Lagezentrum • Versuche weiterer räumlichen Entzerrung, virtueller Übergabe • Schließen von Schichtplan-Lücken symptomatischen MA • Mehr und mehr interessierte RKI-MA, Konsistenz/Kohärenz ist bei großem Pool eine Herausforderung • Bei der Telefonhotline schwierig die Qualität der Beratung hochzuhalten, Fokus verweisen auf Informationen im Internet • AL2: großes Interesse der Unterstützung bei MA, bei manchen Kompetenzen noch nicht klar wie sie am besten eingebracht werden können, FGL machen noch Vorschläge hierzu Anfang nächster Woche	FG32
15	Andere Themen • Präs möchte gerne Montag gerne erneute Nachricht ans Haus schicken, hierzu sollen sich Ute Rexroth und Barbara Buchberger absprechen damit alle RKI-MA erneut und gleich informiert sind • Nächste Sitzung: Montag, 23.03.2020, 13:00 Uhr, via Vitero	

