



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	01.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- Abt. 1
 - Martin Mielke
- Abt. 2
 - Thomas Lampert
- Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ZIG
 - Johanna Hanefeld
- FG12
 - Annette Mankertz
- FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- FG17
 - Thorsten Wolff
- FG 32
 - Ute Rexroth
- FG 34
 - Matthias an der Heiden
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- FG36
 - Walther Haas
- FG37
 - Tim Eckmanns
- IBBS
 - Christian Herzog
- Presse
 - Jamela Seedat
- ZIG1
 - Andreas Jansen



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

- INIG
 - Basel Karo
- BZGA
 - Frau Thaiss

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ In Italien hält der abnehmende Trend an, die Maßnahmen scheinen sich langsam in der Fallzahl widerzuspiegeln. ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine großen Änderungen in Österreich und Schweiz: Ist der Rückgang der Neuinfizierten auf Änderungen in Surveillance oder Teststrategie zurückzuführen, oder handelt es sich tatsächlich um eine Abnahme der Fallzahl? ▪ Die Diagramme zeigen die Anzahl der neuen Fälle pro Tag, und zeigt das gleitende Mittel der letzten (6?) Tage als Kurve. ○ <u>Skandinavien</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg in Gesamtskandinavien, Hauptanteil an Fällen in Schweden, Norwegen und Dänemark. 1. Peak durch importierte Fälle; 2.Welle sind autochthone Fälle. ○ <u>Norwegen</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4.447 Fälle, 28 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 0,6%); hospitalisierte Fälle: 318 (ICU: 97); Inzidenz: 83,7 ▪ Anzahl Tests ist sehr hoch, Positivenrate: 4,8% ▪ Gestern wurde eine Studie begonnen, bei der eine repräsentative Anzahl von Personen aus ganz Norwegen ohne Symptome getestet wird. In Anlehnung an das „Island-Modell“: 6.163 Isländer ohne Symptome wurden getestet: 0,8% der Proben waren positiv. ▪ Maßnahmen: ähnlich wie in Deutschland Maßnahmen zur sozialen Distanzierung: Geschäfte haben noch geöffnet, öffentliche Einrichtungen wurden geschlossen. Einreiseverbot und Schließung der Grenzen: 14-tägige Heimquarantäne für Einreisende aus dem Ausland. Ab heute Einsatz einer Tracing-App, die auf bluetooth-Technologie basiert. Auch 	ZIG1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Reisebeschränkungen innerhalb des Landes.</p> <ul style="list-style-type: none"> o <u>Schweden</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ähnlich Anzahl Fälle wie in Norwegen: 4.435 Fälle, 180 Todesfälle (Anteil Verstorbenen 4,1%); 358 Intensivfälle; Inzidenz: 44 ▪ Südschweden / Großraum Stockholm ist am meisten betroffen, hier wohnt der größte Teil der Bevölkerung. ▪ Es wurden nur halb so viele Tests wie in Norwegen durchgeführt, bei ca. doppelter Bevölkerung. Die Positivenrate ist mit ca. 12% auch höher. ▪ Seit 2 Wochen Testung wird auch innerhalb des Influenza-Sentinels getestet: 6% positiv sind positiv (ca. 150 Proben/Woche) ▪ Surveillance geplant mit Selbstabstrich ▪ In den meisten Regionen wird „Community transmission“ angenommen ▪ Maßnahmen zielen sehr auf Eigenverantwortung der Menschen, wenige restriktive Maßnahmen, setzen auf schnelle Entwicklung einer Herdenimmunität. ▪ ECDC, Vergleich der Altersstrukturen: in Schweden ist die größte Anzahl positiver Tests in hohen Altersgruppen zu finden; sieht aus, als ob in erster Linie Ältere getestet werden würden; getestet werden vor allem Menschen, in Krankenhäusern. ▪ Vermutlich eher Untererfassung von Fällen; ob Schweden Risikogebiet wird, soll morgen entschieden werden. o <u>Dänemark:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2.815 Fälle, 90 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 3,2%); 533 Fälle hospitalisiert; Inzidenz: 48,3 ▪ Hauptsächlich Gegend um Kopenhagen betroffen. ▪ Wenige durchgeführte Tests mit Positivquote von 12%. ▪ Maßnahmen eher restriktiv: Verbot von Aktivitäten mit mehr als 10 Personen, geschlossene Einkaufszentren; Grenzkontrollen. ▪ Diagramm zur Teststrategie mit Anzahl der Tests pro Tag: Teststrategie wurde in 2 Phasen geteilt: Eindämmungstestung bei durch Reisen importierten Fällen und Begrenzungstestung bei autochthonen Fälle. In der Mitte ist die Testung eingebrochen, was auf einen Mangel an Material für DNA-Extraktion zurückzuführen ist. o Eine Abbildung mit Darstellung der täglichen Tests und Positivenquote wäre auch für Deutschland sinnvoll, um den Übergang von Testung aufgrund von Aufenthalt in Risikogebieten zur Testung aufgrund 	
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>von Symptomatik und Schwere zu beschreiben. Es gibt jedoch nur wöchentliche Testzahlen. Für einen Teil der Labore sind tägliche Testzahlen in ARS verfügbar. Eine Visualisierung wäre zu begrüßen; wäre auch international von großem Interesse. Im Moment sind Ergebnisse von 3 Wochen verfügbar. Eine Abbildung könnte mit täglichen Berichten der ARS-Labore ab Anfang Januar ergänzt werden.</p> <p><i>ToDo: Eine Abbildung auf BL-Ebene und für ganz Deutschland soll bis morgen vorbereitet werden, mit Positivraten und Umstellung des Testschemas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o TK der Modellierer: Hr. Brockmann modelliert mit anderen Methoden als das Nowcasting von Hr. an der Heiden eine Kurzzeitprognose für wenige Tage. Beide gehen von R_0 um 1 herum aus. Beide Modelle werden in einer kurzen Zusammenfassung veröffentlicht, mit Beschreibung der Unsicherheiten. Die Schätzungen sind als Triggerpunkt für eine Lockerung von Maßnahmen sinnvoll. Beide Bewertungen beruhen auf Meldezahlen, darüber hinaus sollten weitere Surveillancesysteme, wie die syndromische Surveillance, miteinbezogen werden. o Daten aus den syndromischen Surveillancesystemen sollten auch in die Gesamtbetrachtung der Situation und Diskussion der Triggerpunkte einbezogen werden o Ein Text hierzu, der auf den Ergebnissen von GrippeWeb und AGI-Daten beruht, ist in Vorbereitung, da die Wirkung der Maßnahmen auf die Suppression der ARE-Aktivität sensitiv ablesbar ist <p><i>ToDo: FG36 schreibt einen Text zu den Ergebnissen der syndromischen Surveillance, Hr. an der Heiden und Hr. Brockmann schreiben zu Modellierungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o Die Interpretation sollte nicht sein, dass die Lage komplett unter Kontrolle ist. o Flüge aus Iran wurden verboten. <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> o SurvNet übermittelt: 67.366 (+5.453, 8%), davon 732 Todesfälle (+149), betroffene Landkreise 412 o Entwicklung der Fallzunahme, % Zunahme zum Vortag <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle Steigerungsraten werden mit Ausnahme der Wochenenden im Überblick dargestellt: heute 8% Steigerung im Vergleich zum Vortag. %-Zunahme ist schlechtes Maß, weil Nenner immer größer wird, soll so nicht dargestellt werden; nur der Trend soll interpretiert werden. o Die Bedeutung von internationalen Expositionsorten 	<p>FG32</p>
--	--	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>wird geringer.</p> <ul style="list-style-type: none"> o 3 BL mit kumulativer Inzidenz >100: BY, HH, BW; alle BL zeigen rückläufige oder gleichbleibende Tendenz. o 7-Tage-Inzidenz soll ins Dashboard aufgenommen werden, ist noch von Datenschutzfreigabe abhängig. o 7-Tage-Inzidenz: 17 LK mit Inzidenz > 100 o 5-Tage-Inzidenz: 7 LK mit Inzidenz > 100 o 3-Tage-Inzidenz: 1 LK mit Inzidenz > 100; 5 LK mit 51-100 Fälle/100.000 Einwohner o Vergleich Inzidenz mit Vorwoche: Zunahme in aktueller Woche zu sehen o Trendanalyse der Kreise mit den meisten Fällen: LK Rosenheim und Tirschenreuth nimmt noch zu o Weiterhin zunehmendes Alter o Amtshilfeuntersuchen: demnächst Bericht aus LK Wittenberg o Am Sonntag, den 5. April, 0 Uhr wird von Risikogebieten Abstand genommen. <p><i>ToDo: Montag, 8 Uhr sollen die Risikogebiete von der Website genommen werden, Presse.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • DIVI Intensivregister, Datenstand von gestern <ul style="list-style-type: none"> o Mittlerweile 912 meldende Kliniken/Abteilungen: 1876 Personen aktuell in intensivmedizinischer Behandlung. o Weitere Tabelle mit Angaben zu aktuell in Behandlung, beatmet, verstorben, frei und belegt; Angaben gesamt und nach BL. Unterteilt nach low care und high care, und wie viele Betten zusätzlich bereitgestellt werden können. Ergebnis: in Deutschland sind noch Kapazitäten vorhanden. o Bekommt das BMG die DIVI-Daten? Ja, wird intern verteilt. o Angaben zur durchschnittlichen Liegedauer der Patienten wären hilfreich; DIVI erfasst nur wenige Faktoren. o Umfangreichere Angaben sind über andere Tools verfügbar; Surveillance Hospitalisierter und Intensivfälle im KH von FG37 steht kurz vor der Datenschutzfreigabe und kann mehr Informationen, wie auch Dauer, liefern. Daten werden aber erst in einigen Wochen verfügbar. o Auch aus ICOSARI können Daten zur Beatmungsdauer beigesteuert werden. o Anzahl Labortestungen kommen 1* wöchentlich in den Lagebericht. • AGI-Syndromische Surveillance: in letzter Woche deutlicher Rückgang der ILI-Raten, betrifft alle Altersgruppen und ist ein direkter Beleg für den Einfluss der Maßnahmen. • Virologische Surveillance: die Positivenrate der Influenzaviren 	<p>FG37</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>geht stark zurück, die Influenzasaison geht dem Ende entgegen. Die Geschwindigkeit des Rückgangs ist größer als in den Vorjahren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GrippeWeb: fieberhafte und akute respiratorische Erkrankungen gehen zurück. • COVID-Fälle müssten irgendwann sichtbar werden. Bei Grippeweb+ mit ca. 100 Selbsttests, wurde bisher kein Fall gefunden. • Auch beim AGI Sentinel wurden nur einzelne Fälle positiv getestet; noch kein Anstieg der Raten. • Wenn es nur so wenige Fälle sind, und der aktuelle Höhepunkt schon erreicht ist, heißt das, die Bedeutung der Krankheit ist für das Gesundheitswesen doch nicht so gravierend? Sind die Maßnahmen dann adäquat? Man kann noch nicht davon sprechen, dass der Höhepunkt der Fallzunahme möglicherweise bereits überwunden wurde. Die Maßnahmen haben das exponentielle Wachstum gebremst, es gibt noch lineares Wachstum. Auch finden weiterhin noch viele Einträge in vulnerable Gruppen, z.B. Altenheime statt. Die Anzahl der Todesfälle hängt deutlich nach. • <u>Schwere Fälle</u> (Informationen aus Angaben zur Schwere der Meldedefälle): <ul style="list-style-type: none"> o Tabelle 2: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil mit ILI-Falldefinition (Fieber und Husten) ist in allen Altersgruppen gleich, ab 60 Jahre nimmt der Anteil mit Fieber ab. COVID präsentiert sich dann als ARE und nicht als ILI. ▪ Pneumonie: Angabe wird angekreuzt, bei fehlendem Haken ist nicht klar, ob keine Pneumonie vorlag oder die Information fehlt. ▪ Hospitalisierung: bei älteren Altersgruppen sind häufiger Angaben zur Hospitalisierung zu finden. Bei 80jährigen und älter sind 58% hospitalisiert, in jüngeren Altersgruppen deutlich weniger. ▪ Todesfälle: betrifft vor allem die ältesten Altersgruppen. o Tabelle 6, Risikofaktoren für Verstorbene (Verstorbene der letzte 14 Tage werden nicht betrachtet): <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 verstorbene Fälle < 59, noch keine Angaben zu Risikofaktoren verfügbar, bei über 60jährigen spielen Risikofaktoren eine Rolle. Datenvollständigkeit ist nicht sehr gut - verbesserungswürdig o Diese Daten sind relevant in Hinblick auf Risikostratifizierung und Exit-Strategie. Wer sind vulnerable Gruppen und wie kann man sie schützen, wie soll das publiziert werden? <p><i>ToDo: Soll so schnell wie möglich verfügbar gemacht und regelmäßig aktualisiert werden. Angaben fließen auch in Steckbrief ein.</i></p>	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Maßnahmen über einen relativ kurzen Zeitraum soweit gedrückt, dass Epidemie durch gezielte Fall- und Kontaktsuche in den Griff zu bekommen ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> o <u>Schaukel</u>: Epidemie ist durch massive Maßnahmen über einen kurzen Zeitraum unterdrückt; Maßnahmen werden aufgehoben und bei weiterer Welle an Erkrankungen wieder eingeführt. o <u>Shield</u>: Maßnahmen werden für allgemeine Bevölkerung aufgehoben, Risikogruppen werden geschützt, während eine weitere Durchseuchung der Bevölkerung stattfindet. o <u>Hammer – Dance – Stepwise + Shield</u>: Bestehende Maßnahmen werden schrittweise, nach klinisch-epidemiologischen Parametern und bezogen auf wirtschaftliche und soziale Folgen zurückgenommen. Risikogruppen werden durch gezielte Maßnahmen geschützt. <ul style="list-style-type: none"> • Soll jede Übertragung verhindert werden oder nicht? Davon hängt ab, wie mit vulnerablen Gruppen umgegangen wird und wann vulnerable Gruppen wieder in die Öffentlichkeit gehen können. Ist eine Durchseuchung der Bevölkerung erwünscht? Soll KoNa weiter betrieben werden? • Am ehesten ist das 4.Szenario realistisch, eine akute respiratorische Erkrankung kann auf Dauer nicht aufgehalten werden. Der Aufwand wäre sehr groß und würde mit sehr großen Einschränkungen des öffentlichen Lebens einhergehen. Eine begrenzte Ausbreitung wäre tolerabel. • KoNa steht im Vordergrund um die Ausbreitungsgeschwindigkeit zu kontrollieren. Es sollte max. Aufwand betrieben werden, um infizierte Personen früh zu entdecken. Der Eintrag von umgebenden Ländern kann nicht komplett ausgeschlossen werden. Die Ausbreitung in der Bevölkerung soll auf möglichst niedrigem Niveau stattfinden, d.h. möglichst geringe Viruszirkulation bis andere Maßnahmen verfügbar sind. • Da Elimination vermutlich unrealistisch ist, muss entschieden werden, welche Steigerungsraten tolerabel sind. Eine täglich sich minimierende Zahl hinzukommender Fälle wäre erstrebenswert. • Eine Durchseuchung der Bevölkerung sollte nicht angestrebt werden. Die Lösung für die gesamte Gesellschaft kann nicht nur in der Isolation von Älteren bestehen. Ältere Menschen können nicht dauerhaft sozial isoliert werden. • Szenario 4 wird favorisiert: eine schrittweise Zurücknahme der Maßnahmen mit gleichzeitig massiver Ausweitung der Testung und KoNa sowie frühzeitige Isolation und konsequente Quarantäne. • GA müssen hierfür besser aufgestellt werden; DEMIS sollte möglichst schnell ausgerollt werden, evtl. zunächst nur in einem LK oder BL. Hierfür stehen auch andere Neuentwicklungen im Bereich digitale Projekte zurück. • An welchem Punkt mit der Aussetzung von Maßnahmen begonnen wird, ist Aufgabe der Politik. Das RKI kann klare 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Kriterien benennen und mit Werten für Indikatoren hinterlegen. Die Politik wird entscheiden, was realistisch ist. Alle Optionen sollen dem BMG vorlegt werden, die Entscheidung wird im Kanzleramt getroffen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Strategie sollte vorab darauf getestet werden, wie sie ankommt. • Tragen von MNS könnte eine wesentliche Komponente sein, als erweiterte Standardhygiene. • Sollten FFP2-Masken wieder verfügbar sein und alle, bei denen es sinnvoll wäre, diese tragen würden, könnte dadurch die Ausbreitung stark verlangsamt werden. • Ein wichtiger Indikator ist die Dunkelziffer und deren Entwicklung. Kann mit der Strategie solange gewartet werden, bis Ergebnisse der ersten Studien vorliegen? Demnächst wird es erste Zahlen aus Heinsberg geben, auch beim RKI starten demnächst einige Studien. • Hr. Wolff hat Hr. Streek noch nicht telefonisch erreicht, wird es aber weiterhin versuchen. Hr. Streek berichtet schon seit Wochen über Geschmacksverlust. In so einem Fall bitte niederschwellig schnell an Personen mit Informationen herantreten. Auch wenn es sich nicht um offizielle Stellen handelt, können diese aktiv kontaktiert werden. • KoNa mit SORMAS soll auf die Agenda der AGI gesetzt werden, jedoch noch nicht in dieser Woche. Zunächst muss die datenschutzrechtliche Prüfung abgeschlossen werden. Erst dann soll Sormas vorgestellt werden. Das Programm ist nur eine Möglichkeit von mehreren. Es gibt keine klare Aussage vom BMG, wann die Festlegung getroffen werden soll. Primäres Ziel ist das Meldewesen für Fälle zu vereinfachen. <p><i>ToDo: Kernpunkte in der schriftlichen Kommunikation mit Gerard Krause schriftlich niederlegen, alles soll gut nachvollziehbar sein.</i></p>	
6	<p>Dokumente</p> <p>Stand Dokument – Umgang mit Leichen Ist in Abstimmung, als neue Kategorie wurde auf Wunsch der Länder „Tätigkeiten ohne Sekret“ eingefügt. Diese Kategorie setzt jedoch die Erfahrung des Bestatters voraus. Am Ende soll nochmal entschieden werden, ob das RKI dahinter steht.</p> <p>Optionen getrennte Patientenversorgung ambulant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen <p>Stand Flussdiagramm für Bürger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	IBBS
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>AG Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die AG besteht aus 3 Gruppe: Intern, mit BMG und 	FG17/ZBS1 AL1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	Schwesterinstituten und mit interessierten aus der Gruppe der Seuchenreferenten.	
8	Klinisches Management/Entlassungsmanagement Entlasskriterien – ambulanter Bereich <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	IBBS/FG32/ alle
9	Maßnahmen zum Infektionsschutz <ul style="list-style-type: none"> • Maskenpflicht: bei Kommunikation besprochen 	
10	Surveillance <ul style="list-style-type: none"> • Update verschiedene Surveillanceinstrumente zur Schwere bei aktueller Lage besprochen 	FG36
11	Transport und Grenzübergangsstellen Anordnungen gemäß Gesetz zum Schutz der Bevölkerung von nationaler Tragweite <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen <p>BMG-Anfrage: RKI-Stellungnahme gegen Reduktion der Frequenzen in ÖNV?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es wird gewünscht, dass sich das RKI vehementer zur Verdichtung des Nahverkehrs äußert. <p><i>ToDo: Fr. Rexroth schickt einen Text über die Pressestelle hierzu an Hr. Wieler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ins Pressebriefing soll außerdem ein Text von Hr. Eckmanns zur getrennten Versorgung von COVID-19 positiven und negativen in Krankenhäusern. • <u>Erntehelfer</u>: wie soll mit diesen umgegangen werden? Hr. Haas unterstützt BMI und BMEL bei der Entwicklung eines Konzepts, TK um 14 Uhr. Linie des Hauses ist eine freiwillige Quarantäne für 14 Tage als Ausgangspunkt. Ist das realistisch? Wie soll bei Erkrankungsfällen umgegangen werden? <p>AKKÜ bittet Bund um zentrale Koordinierung bezgl. Kreuzfahrtschiffen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zur Information: Küstenländer werden von vielen Kreuzfahrtschiffen angefahren, die bis zur Wiederaufnahme des Kreuzfahrtbetriebes vor Anker gehen wollen. Internationale Crew hat kein Recht, Deutschland zu betreten, um nach Hause zu reisen. AKKÜ koordiniert und erwartet vom Bund Hilfe. 	FG32
12	Internationales (nur freitags)	ZIG/FG32
13	Update digitale Projekte (nur montags)	FG21/Präs



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

14	Information aus dem Lagezentrum <ul style="list-style-type: none">• Nicht besprochen	FG32
15	Andere Themen <ul style="list-style-type: none">• Nächste Sitzung: Donnerstag, 02.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	