



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	20.04.2020, 13 Uhr

Teilnehmende:

- Institutsleitung
 - o Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
 - o Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
 - o Osamah Hamouda (Moderation)
- ZIG Leitung
 - o Johanna Hanefeld
- FG12
 - o Annette Mankertz
- FG14
 - o Melanie Brunke
 - o Mardjan Arvand
- FG17
 - o Barbara Biere
- FG 32
 - o Maria an der Heiden
 - o Ute Rexroth
 - o Ulrike Grote (Protokoll)
- FG34
 - o Viviane Bremer
- FG36
 - o Walter Haas
 - o Silke Buda
- FG37
 - o Tim Eckmanns
- IBBS
 - o Christian Herzog
 - o Claudia Schulz-Weidhaas
- Presse
 - o Jamela Seedat
- ZBS1
 - o Janine Michel
- ZIG1
 - o Andreas Jansen
- BZGA
 - o Heidrun Thaiss



- Bundeswehr
 - Frau Roßmann
 -



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	Aktuelle Lage International Fälle, Schwere, Risikofaktoren • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Länder über 70.000 Fällen: ○ USA: Ein abfallender Trend bleibt bestehen. Es gibt nun fast 762.000 Fällen mit über 35.000 Todesfällen. In den südlichen Staaten ist ein Anstieg von Fällen zu beobachten. Die Fall Zahlen im Staat New York sind weiterhin rückläufig. • Länder mit 7.000 – 70.000 Fällen: ○ Frankreich: Es gab Nachmeldung von Fällen aus Altenheimen, wodurch im R0 Trend der Huckel entstanden ist. Von den nachgemeldeten Fällen gibt es auch einige Todesfälle. ○ Russland: Für Russland hat sich ein R0 Trend um die 2 eingependelt. Es gab bereits am Freitag einen TK mit dem russischen Ministerium für Epidemiologie. Ergebnisse aus dieser TK werden im Laufe der Woche vorgestellt. Es sind in Russland nun auch mehr ländliche Gebiete betroffen. Vorher gab es Hotspots in St. Petersburg und Moskau. • Länder mit 1.400 – 7.000 Fällen: ○ Weißrussland: Es gab gestern orthodoxen Feierlichkeiten. In anderen Ländern wurden diese abgesagt. Es ist mit einem Anstieg der Fälle in Weißrussland zu rechnen. • Südafrika: Die Strategie der Länder ist es, die „Kurve flach zu machen“. In Südafrika wurde die Kurve nicht flacher, sondern gebrochen. Es gibt 3.148 Fälle (54 Todesfälle). Die am meisten betroffenen Regionen sind Western Cape und Gauteng. Es gibt seit Beginn viele Testungen seit Beginn. Es wurden 114.711 Tests durchgeführt (Ziel: 10.000-15.000 Tests pro Tag). Anfangs wurden Kontaktpersonen und Personen aus Risikogebieten, nun Personen mit COVID-19 typischen Symptomen getestet. Am 15.03. wurde landesweit der Katastrophenfall ausgerufen und ab 27.03. ein landesweiter Lockdown eingeführt, der u.a. Ausgangssperre, Schließung von Geschäften und Schulen als auch von Grenzen auch innerhalb der Regionen beinhaltet. Die Maßnahmen werden mit starkem Militäreinsatz durchgesetzt. Es wird befürchtet, dass wenn Maßnahmen aufgehoben werden, es einen extrem starken Anstieg von Fällen gibt. Die Maßnahmen hatten	ZIG1



	primär das Ziel, Zeit zu gewinnen. Es gibt inzwischen Pläne mit 8 verschiedenen Stadien zum Umgang mit der Situation nach dem Lockdown. Südafrika hat den Vorteil, dass es eine aktive Fallfindung durch HCW gibt. • 2 interessante Publikationen: ○ Bericht über Ausbruch in Ort Vò (Italien): Hier gab es Abstriche in 2 Phasen: 1. nach ersten Todesfall am 21.02. und nach der 2 wöchigen Quarantäne. Ergebnisse zeigen, dass über 43% der bestätigten SARS-CoV-2 Infektionen asymptomatisch waren. Die Viruslast bei asymptomatischen und symptomatischen Personen war gleich. Von den 374 Kindern wurde kein Kind positiv getestet. Dies steht im starken Widerspruch zu bisherigen Ergebnissen/Publikationen. Falsch negative Tests spielen hier eine große Rolle. Darüber hinaus zeigt das Ergebnis des Berichts, wie groß der Anteil asymptomatischer Patienten ist und ggf. doch die Wichtigkeit von Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen. • Offener Brief (Lancet 17.04.): Von 37 Experten 8u.a. von der LSHTM) wurde eine alternative Exit Strategie vorgestellt. Es wird vorgeschlagen, wöchentlich ein Screening durchzuführen. Eine Pilotierung sollte in mehreren Städten von 200.000-300.000 EW stattfinden. Bei positivem Befund soll für den Fall sowie die Haushaltsangehörigen eine Quarantäne verhängt werden. Bei nationaler Einführung sollten 10 Millionen Test pro Tag durchgeführt werden. Es wäre kein Lockdown nötig. Wenn man dies in Deutschland einführen würde bräuchte man eine gute Teststrategie. Eine solche Massentestung bringt viele Personen zusammen, sodass es ggf. eher ein Verbreitungs- als Kontrollinstrument ist. Auch die Logistik (z.B. Umgang mit Kontakten) muss bedacht werden. Evtl. können auch Mitarbeitende von Krankenhäusern oder Alten- und Pflegeheimen öfter getestet werden, damit dort eine Infektion nicht eingeschleppt wird. Es sollte auch überlegt werden, wie die Bevölkerung mit einbezogen werden kann (mobile Tester, verstärkte syndromische Surveillance durch Grippeweb). Die zentrale oder de-zentrale Steuerung sollte in den Händen des ÖGD sein (Fokus: Stärkung des ÖGD). • Es kommt die Frage auf, ob diese lessons learnt (auch von anderen Ländern) systematisch erfasst werden. Das	
--	---	--



	BMG hat ZIG1 gebeten, den Austausch mit anderen Ländern schriftlich festzuhalten. National • Fallzahlen, Todesfälle, Inzidenz, Trend (Folien hier) • Die Inzidenz liegt bei 170/100.000 Einwohner, der Anteil Verstorbenen bei über 3% • Von den Bundesländern ist Bayern weiterhin am stärksten betroffen. Die Entwicklungen sind weiterhin rückläufig. • Bei dem R0 gab es am Wochenende wegen der SurvNet Umstellung Probleme. Beim BMG gibt es viel Irritation, wie das R0 mit Korrelation zu den Maßnahmen in den Medien aufgegriffen worden ist. • Es gibt auch eine R0 Berechnung für die Bundesländer, bei der Bremen und Mecklenburg-Vorpommern hervorstechen. Insgesamt ist das R0 für Deutschland bei 0,8; von den Bundesländern gibt ein R0 von 0,8 haben. Umso kleinteiliger die Berechnung ist, umso unsicher wird sie. Sowohl Bremen als auch Mecklenburg-Vorpommern haben eine für das R0 ein großes Präditionsintervall. Daher soll die R0 Berechnung nicht auf Land- oder Stadtkreise ausgeweitet werden. • Bei der Geschlechtsverteilung der COVID-19 Fälle hat sich nichts geändert (m=48%, w=52%). Das mediane Alter (50 Jahre) ist etwas gestiegen. Die Kurve der Verstorbenen steigt an. • Daten aus dem DIVI Register: Es werden mehr abgeschlossene Behandlungen gemeldet. Der Anteil aktuell beatmeter Patienten ist gesunken. • Es gibt 7.413 COVID-19 Fälle unter HCW; 13 sind verstorben. Der Altersmedian liegt bei 42 Jahre. Es sind mehr Frauen als Männer betroffen, was die Zusammensetzung beim medizinischen Personal widerspiegelt. Es gibt keine Informationen zu Vorerkrankungen. Wenn es zu einer Aufstockung an Personal für die Gesundheitsämter kommt, wäre es gut, wenn solche Daten ermittelt und nachgetragen werden könnten. Bislang sind keine Studien zu an COVID-19 erkrankten HCW in Deutschland bekannt. <i>ToDo: FG32 fragt über die AGI/EpiLag an, ob es in Ordnung ist, dass die Daten im RKI zusammengetragen und ausgewertet werden kann (insbesondere für die verstorbenen HCW)</i> • Amtshilfeersuchen: Es gibt 2 Amtshilfeersuchen aus	FG32
--	--	-------------



	Berlin (Domchor und Trompete). Darüber hinaus bittet Tirschenreuth um Wiederaufnahme der Amtshilfe. Abteilung 3 befürwortet dies und will unterstützen. • Es sollte eine klare Sprachregelung herrschen, welche Faktoren das RKI als relevant ansieht, um Ausbruch zu betrachten: Meldezahlen, R0 etc. Neben R0 ist auch Schwere (nicht nur die Anzahl von Todesfällen) wichtig, d.h. behandelte, klinische Beatmungsfälle. Auch die AGI fragt nach solchen Kriterien.	
2	Erkenntnisse über Erreger • Es gibt Publikationen zur Übertragbarkeit im Umfeld mit Patienten: neben der Tröpfcheninfektion spielt die Aerosolübertragung in bestimmten Situation doch eine Rolle. Dies wird weiter beobachtet. Ggf. müssen Dokumente angepasst werden. Es gibt bislang wenig Informationen zur Rolle des Grundverhaltensmuster im normalen Leben auf Infektionen, d.h. wie viel spricht jemand mit Person, wie laut, viel lachen u.ä. Wenn dies einen Einfluss auf Infektion hat, könnte eine Anpassung des Sprechverhaltens empfohlen und ggf. Masken empfohlen werden, Masken werden allerdings im häuslichen Umfeld nicht getragen, daher besteht dort keinen Schutz. • Es gibt hierbei eine Limitation der Contact Tracing Apps, die nur physische Nähe von 2 Geräten messen und nicht so ein Verhalten. Dadurch können leicht negative Effekt entstehen z.B. 2 Personen in U-Bahn sitzen physisch in der Nähe, wechseln jedoch kein Wort.	Alle
3	Aktuelle Risikobewertung • <i>Nicht besprochen</i>	
4	Kommunikation BZgA: • Es gibt im infektiösen Geschehen 3 Komponenten: Der Sender, der Tröpfchen aussendet, das physikalische Geschehen der Übertragung dazwischen und dann der Empfänger. Es gibt leider auch nach vielen Wochen Personen in der Bevölkerung, die nichts über den Übertragungsweg wissen. Wenn Lockerungen kommen, wird die Frage nach der Umsetzung aufkommen. Es besteht sehr viel Informationsbedarf. Schon jetzt erhält die BZgA Fragen, ob in der Schule beim Austeilen von Unterlagen die Lehrkraft Handschuhe tragen muss. (Anmerkung RKI: Das Tragen von Handschuhen ersetzt nicht die Händehygiene. Hände waschen ist	BZgA

Seite 7 von 11



	2) Herr Haas (FG36) bereitet einen Artikel zu Schulschließungen vor. (<i>siehe auch TOP „6 Dokumente“</i>) 3) Es gibt eine 3. Version zum Nowcast mit veränderter Grafik und Erklärung zu R0 • Allgemein gibt es einen großen Informationsbedarf zu R0. • Morgen am Pressebriefing um 10 Uhr nimmt Herr Schaade teil. • Bei den Kolleginnen, die die Infohotline und das RKI Info Postfach betreuen gibt es Fragen zum Flussschema z.B. ist es ein und oder ein oder bei den einzelnen Kategorien)	
5	Strategie Fragen Allgemein • Sicherheitsbetrachtung Datenspende-App, Chaos Computer Club (<i>vertagt</i>) • <u>Contact tracing app</u>: Es gibt eine große Gruppe, die sagt, Daten dürfen nur dezentral genutzt werden, d.h. es dürfen nur die Personen selber die Daten erhalten zusammen mit Informationen und sie müssen sich selber beim Gesundheitsamt melden. Es gibt eine weitere Gruppe, die eine zentrale Lösung favorisiert, d.h. die Daten werden auch auf einen Server gespeichert. Dies ist für eine Auswertung, wie viele Personen betroffen sind und aufgefordert wurden in Quarantäne zu gehen, nötig. Heute gibt es hierzu einen offenen Brief, in dem eine dezentrale Lösung gefordert wird. Eine Entscheidung folgt diese Woche. • <u>„Ampelsystem“ für GÄ (Erfassung, Dashboard)</u>: Es gab eine Anfrage aus dem Bundeskanzleramt zu der Entwicklung eines Konzepts entwickeln, bei dem auf zentraler und Landesebene erkannt werden kann, ob Gesundheitsämter überfordert oder ob sie z.B. noch in der Lage sind Kontaktpersonennachverfolgungen durchzuführen, Fälle zu melden etc.. Dies geht in Richtung performance Indicator oder Überlastungsanzeige. Das RKI soll fachlich beraten und nicht als Kontrollinstanz angesehen werden. • Ministerielles Anliegen: Testung aller KP 1 und alle in Alten- und Pflegeheimen liegenden und arbeitenden und besuchenden Menschen (<i>nicht besprochen</i>) RKI-intern • Strategie-Papier „Stärkung ÖGD“ (<i>nicht besprochen</i>)	Präs/ FG32/alle



6	Dokumente • <u>Entwurf Artikel Epi. Bull., Stand 17.04.2020, „Wiedereröffnung von Bildungseinrichtungen – Überlegungen, Entscheidungsgrundlagen und Voraussetzungen“</u>: Der Artikel sollte nicht ins Detail gehen bzgl. Entscheidungen von Maßnahmen, die vor Ort von den zuständigen Personen getroffen werden müssen. Das Dokument sollte vor Veröffentlichung mit Bitte zur Kenntnis und ggf. Kommentierung her an das BMG gehen. Zeitgleich soll das Dokument an zur Kenntnis an die AGI gehen. • <u>Übersicht über Surveillance Systeme</u>: Es gibt neben der von Frau Buda angefangenen Übersicht, bereits eine Übersicht zu Surveillance-Systemen im Internet. Frau Buda sollte dies weiterentwickeln (z.B. kurze Beschreibung). Ziel ist es, Interessierten, aber auch dem Laienpublikum zu zeigen, dass es mehr gibt, als nur die Meldedaten. <i>Es soll in einer der nächsten Krisenstabssitzungen besprochen werden, wie mit den beiden Übersichten umgegangen werden soll.</i> • <u>„Kochbuch“</u>: Das Dokument wurde Freitag an das BMG geschickt. Eine Überarbeitung, Abgleichung, Aktualisierung und Feinabstimmung ist noch möglich, bevor die nächsten Schritte (z.B. AGI, Veröffentlichung) stattfinden. • <u>Gemeinsames Papier zwischen FLI und RKI zu Haustieren</u>: Das Dokument beschäftigt sich mit Haustieren (insbesondere Katzen) mit COVID-19. Es soll mit Hinweisen für die Besitzer ergänzt werden und dann auf der FLI Internetseite veröffentlicht werden. Es ist in Ordnung, wenn das RKI in dem Dokument nur erwähnt wird und es ein Dokument des FLI ist. Das RKI kann verlinken, (insbesondere Katzen).	FG36/FG32
7	Labordiagnostik • Freitag wurde das Papier von Jens Spahn mit dem Titel „Testen, testen, testen“ finalisiert. Dies ist nur zum Teil mit der AG Diagnostik abgestimmt. Kritische Aspekte wie z.B. zur umfangreichen Testung von asymptomatischen Personen hat das BMG eingebracht. Für Rückfragen steht Herr Mielke für die AGI TK morgen zur Verfügung. • <u>ZBS1</u>: Letzte Woche war von der Anzahl eingehender Proben die schwächste Woche (660 Proben). Wenn die serologische Studie beginnt, wird mit einem Arbeitsanstieg gerechnet. Proben treffen aus der ganzen Bundesrepublik ein und betreffen immer mehr die	Abt 1 ZBS1



	Entlasskriterien. • <u>Virologische Surveillance AGI</u>: Die Sentinel Praxen wurden noch einmal mit der Bitte, mehr Proben zu senden, angeschrieben. Es gibt von den Sentinel Praxen zunehmend die Rückmeldung, dass sie keine Patienten mehr mit COVID-19 Symptomen sehen, da diese zu speziellen Teststellen gehen. Es ist die Frage, wie sich dies auch auf die allgemeine ARE/Influenzasurveillance auswirkt, wenn keiner mehr in die Praxen geht. Ggf. gibt es zukünftig auch wieder mehr Proben, da jetzt keine elektronische Krankschreibung mehr möglich ist. Diese Entscheidung, die elektronische Krankschreibung aufzuheben wurde vom G-BA ohne BMG Abstimmung gefällt. Das BMG versucht Rücksprache zu mit dem G-BA zu halten, da eine elektronische Krankschreibung sehr sinnvoll ist. • <u>Sero-Epi Studien</u>: Frau Seeling (Abt 2) hat sich mit FG36 ausgetauscht, von wo statistisch repräsentativ Proben gewonnen werden könnten. FG36 hat die Standorte der AGI Praxen geteilt und könnte diese anschreiben, um sie für die Studie zu gewinnen. • <u>Blutspendeeinrichtungen</u>: Die Vorbereitungen sind schon weit fortgeschritten, eine letzte Abstimmung mit dem Datenschutz ist noch offen.	FG36 FG34
8	Klinisches Management/ Entlassungsmanagement • Herr Grabenhenrich soll zukünftig den Anteil der freien High Care Bettenkapazität in der Verlaufskurve (DIVI) mitzunehmen.	FG32
9	Maßnahmen zum Infektionsschutz • Spezifische Hygiene-Empfehlungen für Berufsstände: Von immer mehr Stellen gab es den Wunsch nach spezifischen Empfehlungen für unterschiedliche Berufe. Das BMG hat angefragt, in wie weit das RKI für unterschiedliche Berufsstände Empfehlungen zur Wiedereröffnung geben kann. Das RKI hat hierfür aber weder die Zuständigkeit noch die Kapazität.	FG32
10	Surveillance • Es gab ein 3. Gespräch, um Grippeweb zu IZT Bund umzusiedeln. Ziel ist u.a. die Kapazitätserweiterung sowie die Identifizierung von Gruppen/Regionen, in denen Test nötig sind. Es werden dabei auch Daten zu Vorerkrankungen erhoben. Grippeweb kann eine Kombination aus Befragung, aber auch Kommunikation (push)/Rückmeldung sein.	FG36



11	Transport und Grenzübergangsstellen • Nicht besprochen	
12	Internationales (nur freitags) • Nicht besprochen	
13	Update Digitale Projekte (nur montags) • Global Alert/Alert Germany (vertagt)	
14	Information aus dem Lagezentrum • Anfrage aus BMFSJ zu Beteiligung RKI an Leitfadenerstellung zur Wiedereröffnung Kitas (vertagt)	
15	Wichtige Termine • o	
16	Andere Themen • Nächste Sitzung: Dienstag 21.04.2020, 11:00 Uhr	