



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	14.05.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- AL1
 - Martin Mielke
- AL3
 - Osamah Hamouda
- ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- FG17
 - Barbara Biere
- FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Ariane Halm (Protokoll)
- FG36
 - Silke Buda
- FG37
 - Tim Eckmanns
- IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- Presse
 - Jamela Seedat
- ZIG1
 - Basel Karo
- BZGA
 - Heidrun Thaiss
- Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann





Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> o Reproduktionszahl <ul style="list-style-type: none"> ▪ Matthias an der Heiden hat einen Begleittext zum neuen, geglätteten R-Wert vorbereitet ▪ Reff-Werte BL: nur für HH > 1, aufgrund von IT-Problemen wurden einige Fälle verspätet gemeldet o 7-Tages-Inzidenz liegt in 4 LK/SK über Inzidenz-Schwellenwert <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coesfeld: NW, fleischverarbeitender Betrieb ▪ Sonneberg: TH, Alten-/Pflegeheim und KKH, aktive Fallsuche in Einrichtungen ▪ Coburg: BY, direkt neben Sonneberg, auch viel Pendelverkehr ▪ Rosenheim: BY, Reihenuntersuchungen in Asylunterkünften ▪ In manchen Kreisen wurde großflächig gescreent, auch gab es aufgrund des Wochenendes bzw. IT-Problemen Übermittlungsverzögerungen ▪ Negative Erfahrung durch das Medieninteresse reduziert ggf. Testfreudigkeit ▪ Aktuell sind in Coburg keine Maßnahmen geplant o In DE sind unter den Fällen mehr Frauen als Männer, dies liegt ggf. an der sensitiveren Testung (Schwere nicht ausschlaggebend für Testung, mehr Männer unter schweren Fällen) o Altersgruppen von Todesfällen: ändert sich in Richtung jüngerer Todesfälle, vermehrt Anfragen ans RKI, detaillierter über die Fälle zwischen 0 und 19 Jahren zu berichten (LK/SK, Vorerkrankungen, etc.), Datenschutzüberprüfung läuft o Fälle nach Einrichtungen (Tätigkeit/betreut): mehr Fälle unter Personen die in Küchen oder Gaststätten von Einrichtungen tätig sind (§42), unter betreuten Personen ist trotz Screening die Fallzahl rückläufig o Aktuell sind knapp >1.300 Patienten intensivpflichtig o Ausbruchsgeschehen fleischverarbeitende Betriebe: mit Datenstand 11.05. ~250 Fälle, • Überlastungsanzeigen <ul style="list-style-type: none"> o KoNa kann nicht (immer) durch das RKI gesichert werden o Die Medien haben auch Abfragen bei den GA gemacht o Unterstützung durch die Bundeswehr (BW) muss über das BMG laufen, dort gibt es zwei Verbindungsoffiziere o BW hat stehende Vorgehensweisen, es gibt verschiedene formale Wege, die aktuell konsequent weiter so gehandhabt werden. Heute findet eine Absprache zwischen RKI (Ute Rexroth) und den Verbindungsoffizieren der BW am BMG statt. Ab übernächster Woche wird die BW auch Containment Scouts mit schulen 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> o Eventuell können BL die innerhalb ihres Landes verfügbaren Containment Scouts umdisponieren, bzw. Rückmeldung ans BMG senden wenn Bundeswehr-Unterstützung notwendig ist o Wichtige Unterscheidung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Überlastungsanzeigen</u> sind politische Anzeigen, dass GA überlastet sind. Zunächst muss das BL seine Kreise unterstützen, wenn dies nicht möglich ist, gucken, von wo Hilfe geholt werden kann. Das RKI dokumentiert dies lediglich ▪ <u>Amtshilfeersuche</u> sind Bitten um fachliche Unterstützung, diese versucht das RKI je nach Kapazitäten zu bedienen 	
2	Internationales (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
3	Update digitale Projekte (nur montags) <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
4	Neues aus der Wissenschaft <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
5	Aktuelle Risikobewertung RKI-Risikobewertung (Vorschlag hier) <ul style="list-style-type: none"> • Eine Anpassung der RKI-Risikobewertung ist geplant • „hoch für die Gesamtbevölkerung, sehr hoch bei Risikogruppen“ bleibt vorerst so erhalten • Diese Bewertung ist keine Prognose, wird aber häufig als solche gehandelt • Die Grundlagen der Risikoeinschätzung sind aktuell auf einer separaten Webseite erklärt (hier) • Die Kriterien, die der Bewertung zugrunde liegen sollen nun auch innerhalb der Risikobewertung kurz skizziert werden, indem die Systematik in Kurzform aufgezählt und das Ergebnis dargestellt wird, die Grundlagen (separat) bleiben gleich • Achtung: Zusehender Detailgrad beinhaltet ein höheres Risiko, sich auf verschiedenen Seiten/in verschiedenen Dokumenten zu widersprechen • Es erscheint bereits jetzt sinnvoll, zu überlegen wie die nächste Abstufung sein könnte, z.B. „regional hoch“, wenn der aktuelle abnehmende Trend sich fortsetzt <p><i>ToDo: LZ entwickelt Vorschlag zur Anpassung der Risikobewertung, Darstellung der Kriterien/Systematik zur Bewertung und der Ergebnisse.</i></p>	VPräs/alle
6	Kommunikation	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anmerkung zu Risikobewertung: was folgt als Konsequenz aus den möglicherweise kommenden „regionalen Risikogebieten“? Hier stellen sich ggf. die Frage insbesondere für Risikogruppen • Telefonaktionen zusammen mit regionalen Tageszeitungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Mit Lockerung der Maßnahmen steigen die Unsicherheiten in der Bevölkerung bezüglich der Nachholung von Terminen, Familienfesten, usw. ○ Top Themen: Impfungen, auch bestehende, z.B. Influenza und Pneumokokken <p>Wo Lockerungen schwieriger sind</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für Menschenansammlungen auf engem Raum, wo die Personen danach wieder verstreut sind (nicht unbedingt im gleichen Haushalt), ggf. mit Musik, Alkohol, lauter Unterhaltung, werden Lockerungen kritischer gesehen, z.B. Discos, Clubs, Schützenfeste • Es sind keine/wenig Daten zu solcherart Settings verfügbar • Wenn die Fallzahlen weiter sinken und keine Leute mehr infiziert sind, kann man sich im Club nicht anstecken, dann ändert sich auch dort das Übertragungsrisiko • Aktuell gibt es Fall-Häufungen in Unterbringungen, wo Leute eng zusammenkommen, z.B. Altenheimen, KKH, etc. Mit der Zeit bessert sich hoffentlich die Einhaltung der Hygienemaßnahmen • Angepasste Maßnahmen sind auch bei Abwesenheit des Erregers wichtig, Beispiel MRSA im KKH, auch wenn Erreger nicht präsent ist, sollten Maßnahmen gut umgesetzt werden • In vielen LK gibt es in den letzten Wochen keine Fälle mehr (unerwartet gut!), die Sensitivität muss aufrechterhalten werden, wenn Maßnahmen gelockert werden • In DE hat die Bevölkerung bereits gewisse Maßnahmen umgesetzt, bevor offizielle Maßnahmen angekündigt wurden • Wie immer ist auch hier gute Kommunikation wichtig: selbst bei wenigen Fällen müssen Superspreading Events verhindert werden, bei großen Menschenansammlungen in geschlossenen Räumen → dies sollte auch erneut für die Bevölkerung klargestellt und noch besser kommuniziert werden • Es ist auch wichtig, dass die Erwartungen realistisch gehalten werden, eine Vorstellung, dass regelmäßige Testung der Allgemeinbevölkerung freie Bewegung ermöglicht muss verhindert werden • BZgA: zunächst müssen die Botschaften deutlich definiert und anschließend zielgruppenspezifisch kommuniziert werden (Entwicklung spezieller Materialien die zielspezifisch zum Einsatz kommen) • BW: Vieles kann mit positiven Nachrichten kommuniziert werden, z.B. bereitet Bundeswehr Sportmedizin etwas zum Vereinssport vor, dies wird mit RKI geteilt wenn es fertig ist • Es soll unbedingt eine gute Abstimmung mit BZgA bezüglich dieser Botschaften stattfinden, Verhaltensänderung ist nicht RKI sondern BZgA Stärke 	<p>BZgA</p> <p>VPPräs/alle</p>
--	---	--------------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risikobewertung wurde oben besprochen • Heutige wird die abgestimmte Stellungnahme zum Entry und Exit-Screening publiziert • Nächste Woche Publikation aus dem LK Paderborn zur Testung Personal in Alten- und Pflegeheimen • Nutzung von tagesaktuellen Daten der Notaufnahmen ist geplant 	Presse
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Teststrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Thema wurde gestern im Krisenstab angesprochen aber AL1 war nicht dabei, ist noch nicht abgeschlossen • Nächsten Montag bespricht AG Diagnostik mit allen drei Untergruppen die Teststrategie, BMG ist auch dabei, beinhaltet sind: <ul style="list-style-type: none"> ○ Testung bestimmter Populationen (symptomatische, Kontaktpersonen, Risikogruppen Altenheime und Aufnahmestationen im KKH, seroepidemiologische Studien) ○ Aussagekraft seroepidemiologischer Studien/Qualität von Antikörper-Tests ○ Korrelation neutralisierender Antikörper und Immunität • Papiere zum Kontaktpersonenmanagement übernimmt Udo Buchholz aus FG36, zusätzliche Informationen gerne an FG36 schicken um gute Überarbeitung zu ermöglichen, diese soll auch mit AL1 abgestimmt werden • Im Rahmen der KoNa soll auch Möglichkeit der Testung asymptomatischer KP der Kategorie 1 eröffnet werden. Ob diese mehrmals getestet werden oder ob einmalige Testung genügt wird noch diskutiert. • Bevölkerungsweites Screening: dieser Ansatz wird nicht durch das RKI unterstützt, AL2 beginnt ein Positionspapier um die Probleme damit aufzuzeigen (statistische Bedenken, falsch positive Ergebnisse, Interpretierbarkeit, usw.). Das Papier wird auch in der Lage-AG vorgestellt werden, aktuell ist Frau Neuhauser (?) hierfür verantwortlich • Weitere Fragestellungen sind die Bedeutung von seroepidemiologischen Studien zur Bewertung der Durchseuchung, z.B. wann ist die weitergehende Untersuchung einer größeren Gruppe regional überhaupt von Bedeutung (auch hinsichtlich der Schonung von Testkapazitäten)? Welche ist die Sinnhaftigkeit weitergehender Untersuchungen abhängig von der Unterschreitung des Signalwertes? • Die Begrifflichkeiten müssen gut gefestigt werden damit auch politisch klar ist, wovon geredet wird, dies muss bei der Arbeit zu seroepidemiologischen Studien mitberücksichtigt werden • Aus den BL kommen Zweifel auf an der Zuverlässigkeit der Tests, 	alle



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>z.B. wenn mehrere Leute eng zusammenwohnen und immer nur eine Person positiv ist</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsfragen sind intensiver Bestandteil der AG, das Diagnostik-Papier wird auch diesbezüglich überarbeitet • Die PCR-Analyse ist hochsensitiv und stellt in der Regel kein Problem dar, nur wenige Labore haben diesbezüglich noch keine gute Performance, bei falschen Ergebnisse handelt es sich eher um Abnahmefehler • Die Möglichkeit der Antikörper-Testung bei klinischem fortbestehenden Verdacht wird diskutiert, ggf. kann die Antikörper-Testung als weiteres diagnostische Kriterium angeführt werden • Daten aus Island: jede 2. Person, die PCR-positiv ist, ist asymptomatisch, von asymptomatisch getesteten serokonvertieren nur ca. 20% <p><i>ToDo: AL1 bespricht Positionspapier zu Bevölkerungsscreening mit AL2</i></p> <p>Spucke zur Testung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kann Spucke als Medium zur leichteren Probennahme irgendwann in Erwägung gezogen werden? • Dies wird betrachtet und ist vorstellbar • Die Herausforderung ist eher, dass die Laborlogistik sehr auf die Nutzung von Abstrichen ausgerichtet ist, eine Erweiterung auf Speichelproben würde diese Durcheinander bringen • Spucke als Probenmaterial hat auf die Sensitivität keine große bzw. schlechte Auswirkung, ist jedoch nicht Mittel der Wahl und eher eine Ausweichalternative • Kollegen aus Norwegen haben ihr gesamtes System auf Testung von Spucke umdisponiert (im Rahmen der Deeskalation), in ein paar Wochen wird klar, wie dies läuft • Sollte durch RKI im Auge behalten werden <p>Grenzöffnungen (aus TK VPräs mit BMG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMI macht Druck bezüglich Grenzöffnungen und möchte Kriterien dazu, wann man diese möglicherweise wieder zurückfährt (Grenzschließung, Quarantäne) • Die vorgeschlagene 14-Tage-Inzidenz von 50/100.000 Einw. erscheint relativ hoch (viele Fälle), sollte eher eine niedrigere Schwelle benutzt werden (25/100.000)? • Ein höherer Wert wäre eher zu präferieren um zu schnelle/häufige Schließungen zu verhindern, BMI ist jedoch entschlossen, RKI soll versuchen, einen unsinnigen Grenzwert zu verhindern • Das BMG wünscht, dass ECDC diese Kriterien definiert und plant dies heute Nachmittag in die HSC TK einzubringen, sie werden einen einheitlichen Cut-off verlangen • Johanna Hanefeld soll sich auch mit der europäischen Kommission (EC) und ECDC dazu austauschen • BMG möchte ECDC über die EC dazu zwingen, EC ist gut platziert um Druck auszuüben und auf ECDC einzuwirken. Wenn ECDC 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>dies annimmt, könnte es ein gutes Vorgehen für die Region sein, allerdings bleibt fraglich, ob die Inzidenz der einzige Wert für die Bewertung sein soll, Testkapazitäten sollten auch berücksichtigt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> • RKI versucht unbedingt den Ansatz einer regionalen bzw. differenzierten Einschätzung zu unterstützen, um gezielte Maßnahmen/Meidung zu erlauben <p>ÖGD Kontaktstelle Provisorium (aus TK VPräs mit BMG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das RKI-Konzept wurde vom BMG beurteilt und als grundsätzlich nicht schlecht gefunden, Anmerkungen folgen und sollen mit eingebaut werden um das Konzept anzupassen • BMG muss noch die Finanzierung der 40 Stellen sichern, ggf. als außerplanmäßige Ausgabe vor 2021 • Aus politischen Gründen ist eine bereits sehr zeitnahe, partielle Umsetzung erwünscht, das BMG möchte ein Provisorium bauen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mini-Satellit des RKI-LZ das sich um GA kümmert ○ 2-3 RKI MA inkl. ÖGD-Kontaktstellen-Leitung ○ Rottmann wendet sich an andere Ressorts und ordnet dem RKI auf zeitbefristeter Basis 15 weitere Personen zu, die sich bereits etwas auskennen (von BW, MSF, BMEL, Rotes Kreuz, BBK, BVÖGD) ○ RKI muss sich Gedanken machen wo die 15 zusätzlichen Leute hingesetzt werden, inkl. räumliche Abstandhaltung ○ Zeitlicher Horizont ist zunächst 12 Wochen ○ Aufgrund der Wahrnehmung der Öffentlichkeit besteht keine Alternative zu einer sofortigen Schaffung dieses Provisoriums am RKI ○ Einige Fragen sind noch zu klären, z.B. ab wann? Welches soll die Qualifikation der ex-RKI-Personen sein und wie findet die Auswahl statt? Wie ist die hierarchische Position, kann das RKI nicht RKI-MA auch entsenden? ○ Abstimmungs- und Eingewöhnungsprozess sowie Schulung dieser Leute ist wichtig ○ Containment Scouts haben aktuell sehr viel Kontakt mit den GA, bestimmte LZ-Aktivitäten können ggf. übergeben werden (Kommunikation wichtig) <p>2 RKI-intern</p> <p>Think Tank (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Titel: der Begriff des Think Tanks ist unglücklich, dies ist idR eine unabhängige Organisationsstruktur die langfristig und ergebnisorientiert arbeitet, eine andere Benennung ist vorzuziehen, da es besonders international kein passendes Wording ist • Alternativvorschlag: <u>COVID-19-Beratergruppe</u> • Es ist nicht geplant, dies gezielt öffentlich zu machen, aufgrund der von den Medien als nicht immer transparent empfundenen Kommunikation des RKI sollte der Austausch mit anderen 	
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Fachexperten jedoch auch sichtbar werden (mangelnde Kommunikation macht das RKI angreifbar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Gruppe soll aus ca. 10-12 Personen bestehen und von einem (potentiell langwierigen) offiziellen Berufungsprozess wird abgesehen, Schwerpunkt soll ein Austausch und Nutzung von Expertise sein • Es ist ein Beraterkreis bestehend aus Personen, die teilweise bereits mit dem RKI kollaborieren/verbunden sind, manche davon sind berufen worden (e.g. KL, NRZ) • Genderbalance erscheint wichtig wenn eine Legitimationsfunktion nach außen erfüllt werden soll • Wenn Gremien um Benennung oder Vorschläge gebeten werden, dauert es länger, ein pragmatischer Ansatz wäre, die RKI-Leitung sucht aus, von wem sie gerne beraten werden möchte • Heute keine abschließende Diskussion, nächste Schritte: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mitglieder <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es soll noch mehr auf Gender geachtet und mehr Frauen sollen vorgeschlagen werden ▪ Mehr Experten mit klinischem Bezug ▪ STIKO Vorschlag (Herr Mehrpol?) ging am Wochenende ans LZ, sollte geprüft werden ▪ Frau Gastmeyer hat viele Verpflichtungen, Frau Prof Mattner wurde jetzt von der Gesellschaft für KKH-Hygiene berufen ▪ Frau Thun von der Charité wegen Digitalisierung? ▪ STIKO Gast des Expertenrats Frau Hummer? ○ Dokument <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es soll eine Spalte eingeführt werden um zu vermerken, wo die Experten aktuell verortet sind, auch, in welchen Gremien sie ggf. bereits beraten ▪ Textergänzung durch Aussagen zum Rahmen, der Nennung und Ankündigung der Beratergruppe <p><i>ToDo: LZ/LZ-Leitung nehmen o.g. Veränderungen vor</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorgehen Fleischindustrie/ Publikation: nicht besprochen • Fall-Kontroll-Studie zu Risikofaktoren: nicht besprochen 	
8	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung von Antigentesten: verschoben, nicht besprochen • Anhalt für Anteil falsch positiver Ergebnisse? Nicht besprochen • Nichts neues aus FG17 	AL1 FG17
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
12	Surveillance <ul style="list-style-type: none"> • Karten 7T Inzidenz >50/>35 (Mirko Faber/Alexander Ullrich): nicht besprochen • Berichterstattung „Community Transmission“ ECDC: Es muss bald geklärt werden was erwünscht ist, DE macht Druck bezüglich der Indikatoren aber liefert nicht, wird ggf. gleich in der AGI TK besprochen: wie kann basierend auf deutschen Daten eine Einschätzung erreicht werden 	FG32
13	Transport und Grenzübergangsstellen <ul style="list-style-type: none"> • Siehe oben unter Strategie-Fragen: BMI Grenzöffnungen 	FG32
14	Information aus dem Lagezentrum <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	FG32
15	Wichtige Termine <ul style="list-style-type: none"> • AGI-TK • TK AG Flughäfen • ECDC BMG TK VPräs wird von BMG organisiert 	alle
16	Andere Themen <ul style="list-style-type: none"> • Nächste Sitzung: Freitag, 15.05.2020, 13:00 Uhr, via Vitero 	