



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	08.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Frau Thaiss

- ! Bundeswehr
 - Frau Roßmann



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag: nichts neues zu berichten, abfallender Trend in Spanien und Italien ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag: ebenso keine großen Trendwenden, Fallabfall in Österreich und Schweiz bereits berichtet <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Norwegen</u>: Maßnahmenlockerung (z.B. Wiedereröffnung von Schulen) geplant, Bericht an Krisenstab wenn mehr Information zu genutzten Deeskalationskriterien zur Entscheidungsfindung bekannt ist ○ Südamerika Fokus <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Brasilien</u>: aktuell häufig in den Medien, ~ 12.000 Fälle, Inzidenz (~6/100.000), Fallsterblichkeit 4,6%; alle Bundesstaaten sind betroffen, 58% der Fälle im Südosten wo die größten Städte liegen (Sao Paulo, Rio de Janeiro, Espirito Santo, Minas Gerais); ~ 55.000 Testungen nur von schweren Fällen, 29 Labore akkreditiert, positiv 14,4%; 1. Fall aus Italien zurückkehrender Geschäftsmann; laut Ministerium im ganzen Land community transmission, weiterer Fallanstieg ist zu erwarten; bereits Mitte März wurden an die jeweiligen Bundesstaaten-Gesundheitssysteme angepasste Maßnahmen etabliert die in jedem Staat verschieden sind (Politik der Bundesstaaten richtungsweisend), Grenzen zu Nachbarstaaten wurden geschlossen; könnte als Risikogebiet erwogen werden ▪ <u>Venezuela</u>: gestern 3h TK mit 35 venezolanischen TN; <200 Fälle, 7 Todesfälle, Fallsterblichkeit 4,2%, Inzidenz ~0,6/100.000; Fälle vor allem in Caracas und Miranda; initial war nur von importierten Fällen die Rede, seit 24.03. von lokaler Übertragung; Testungen ~ 1.800, bis zu 200 Tests/Tag in 1 Labor, positiv 9,3%, kaum Kapazitäten aber Kits aus China und Russland erhalten; landesweit gibt es nur 200-400 ICU-Betten; Brockmann Projektion suggeriert abfallende Kurve beruht jedoch auf kleinen Zahlen; wegen isolierter politischer Situation ist Influx ggf. gering, Lage ist schwer zu interpretieren; TN der TK wiesen keine Panik vor, Vorbereitungen laufen und System scheint nicht über- 	ZIG1

	<p>lastet, Venezuela ist neben Haiti PAHO-Fokusland (große Vulnerabilität); gesundheitlicher Notstand bereits am 12.03. ausgerufen, bundesweit nicht heterogener partieller Lockdown, Reiserestriktionen, Schulschließungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Russland</u>: morgen TK es mit Partnern vor Ort, Fallzahlen noch beschränkt, Maßnahmen sehr ausgeprägt, kein Verdacht großer Untererfassung, gute Laborkapazität ○ Nature Medicine Publikation: 1. Publikation zum Effekt von Masken bei SARS-CoV-2, Nutzung eines Apparats zur Messung der Viruspartikel in Tröpfchen und Aerosol, chirurgische Masken können Übertragung von symptomatischen Personen verhindern ○ Maskenpflicht-Evaluierung: von 97 Ländern haben 10 diverse Arten von Maskenpflicht, in ganz Asien gibt es keine Maskenpflicht, nur Empfehlung, dennoch Compliance sehr hoch, Thema wird weiter beobachtet <ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 europäische Region: Slowakei, Tschechische Republik, Österreich, Slowenien, Ukraine, Usbekistan, Israel ▪ 2 Afrika: Äquatorialguinea, Elfenbeinküste ▪ 1 Westpazifik: Vietnam ▪ 1 Amerika: Venezuela <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Am Freitag den 10.04. werden wahrscheinlich die Risikogebiete abgeschafft und eine 14-tägige angeordnete Quarantäne aller Einreisenden etabliert ○ Verweis auf länderspezifische Inzidenzen, und Beobachtung des Verhältnisses zwischen importierten und autochthonen Fällen in Deutschland ○ Wenn Eindämmungsstrategie erfolgreich ist, wird das Thema importierte Fälle wieder relevanter werden ○ In der AGI besteht keine Einigkeit zur Abschaffung der Risikogebiete und kein Konsens zur anzuordnenden Zwangsquarantäne ○ Rechtslage zu Quarantäne nicht ganz abschließend geklärt, bezieht sich auf „ansteckungsverdächtige“ Personen, wo ist Ansteckungsverdacht größer? ○ Möglicherweise sollte IfSG angepasst werden? ○ Vorschlag: besser Rede von „Aussetzung“ des Ausweisens von Risikogebieten <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 103.228 (+4.003), davon 1.861 (1,8%) Todesfälle (+254), Inzidenz 124/100.000 Einw., ca. 46.300 Genesene, R=1,3 (1,0- 	<p>FG32</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>1,6)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inzidenzen: BY (211/100.000), dann BW, HH, SL, LK Tirschenreuth am stärksten betroffen ○ Todesfälle: Altersmedian 82 Jahre, 62% Männer ○ Genesene: Sprachregelung zur Umstellung heute im Anschluss an Krisenstab zu klären ○ Expositionsorte: neue Darstellung nach Import/ autochthon, starke Abnahme importierter Fälle, aber viele (45%) ohne Angabe von Expositionsort ○ Labortestungen KW14 ~ 362.000, positiv 9%, Anstieg seit KW12 (15-20%), dies soll auch beim Nowcasting berücksichtigt werden (mit Matthias an der Heiden abgesprochen), allerdings können diese Zahlen nicht nach BL aufgesplittet werden <p>! Amtshilfeersuchen: nicht besprochen</p> <p>! Modellierungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ s. Folien zu Nowcasting und Trendanalyse Brockmann ○ Nowcasting wird morgen veröffentlicht, heute noch Anpassungen und Integration der neuesten Daten, muss verständlich kommuniziert werden ○ IHME (Institute for Health Metrics & Evaluation, Link) <p>! Sentinelsurveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb und AGInfluenza ARE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorläufiger Wochenbericht in Vorbereitung ▪ ILI Raten auf niedrigem Niveau im Vergleich zu Vorjahren ▪ Auch ARE-Konsultationsinzidenz in allen Altersgruppen abgefallen, drastischer Abfall bei jüngeren Gruppen ▪ Grippesaison offiziell zu Ende (basierend auf Positivrate in KW12) ▪ EpiBull Artikel hierzu in Abstimmung ▪ Wahrscheinlich wurde Grippewelle durch COVID-Maßnahmen frühzeitig beendet ▪ AGI Positivrate mit 1,1% niedrig in Sentinel-Proben, durch Nachmeldungen in KW13 etwas mehr mit 3% ! keine Anzeichen für flächendeckende community transmission in der Allgemeinbevölkerung ▪ COVID-Positivrate in Grafik nicht ersichtlich, es ist ein logistisches Problem da es ein anderer Nenner ist (wenn Patienten nicht auf richtigem Schein einwilligen, können Proben nicht auf COVID getestet werden, ist nur selten ein Problem) 	FG36
--	---	------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ ICOSARI <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für hospitalisierte Fälle tägliche Datenlieferung ▪ Alle ICD-Diagnosen ab Grippe (JXX) berücksichtigt ▪ Bei jüngeren Zahlenrückgang, Anstieg bei 35-50-jährigen (anders als in vorherigen Jahren) ▪ Anteil ICOSARI mit COVID-Laborbestätigung: Kinder (<15 J.) nicht betroffen, aber Anteil von 7% (KW12) angestiegen auf 24% (KW13) und 37% (KW14), ○ Influenza Wochenbericht wird beibehalten, und alle COVID-spezifischen Ergebnisse einmal wöchentlich in den RKI COVID-19-Lagebericht integriert (Mi od. Do) ○ FG36 erhält auch Daten von Helios, Kristin Tolksdorf arbeitet mit FG31 an einer Automatisierung ○ Frage von Präs: Könnte ein Dienstleister FG36 unterstützen und diese Prozesse beschleunigen? ○ Kurzfristig nicht absehbar da es eine komplexe Datenbank ist, die von zuständigen MA gut bearbeitet wird, Möglichkeit wird jedoch im Hinterkopf behalten und Optimierungspotential mit FG31 besprochen ○ GrippeWeb App soll bald laufen und Erkrankungs-Surveillance erhöhen ! Datenspende-App <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestern angelaufen, sehr großes Interesse, Ende der Woche mehr Klarheit zur Nutzung und Situation ○ Könnte sie in gezeigte syndromische Surveillance integriert werden? ○ Alle Vergleichswerte der syndromischen Surveillance sind auf ILI (nicht COVID-19) abgestimmt, deswegen ist noch viel Arbeit notwendig, Potentiale sind groß, aber Interpretation aktuell sehr schwierig ! DIVI-Zahlen liegen nicht vor, Umstellung des Portals hat zu Zusammenbruch geführt, MF4 arbeitet an der Behebung, neue Kliniken nehmen teil aber Zahlen noch nicht verfügbar 	<p>FG21/FG36</p> <p>FG32</p>
<p>2</p>	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Studie zu Masken s.o. 	
<p>3</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kein Anpassungsbedarf: noch steigen die Fallzahlen, Anpassung ggf. demnächst notwendig, tägliche Evaluierung ist wichtig ! Situation der Intensivstationen ist für die Bewertung auch relevant, diesen Zahlen sollten ebenfalls täglich evaluiert werden 	<p>Alle</p>

	<p>Aufmerksamkeit, Sprachregelung wichtig</p> <p><i>ToDo: Vorbereitung der Abschaffung von Risikogebieten und verbundenen Empfehlungen (Presse)</i></p> <p><i>ToDo: Vorbereitung der Webseite auf Quarantäne-Verordnung für Einreisende aus dem Ausland (Presse)</i></p> <p><i>ToDo: Sprachregelung zur Umstellung der Errechnung der Genesenen für PK und Webseite an Presse (FG36, FG32, Abt.3?)</i></p>	
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Deeskalation: Nicht besprochen <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kommunikation Deeskalationskriterien <ul style="list-style-type: none"> ○ RKI hat mögliche Kriterien vorgegeben, und wird Zahlen zu deren Quantifizierung liefern müssen ○ RKI hat Dokumente beim BMG eingereicht, BMG hat RKI nicht freigegeben, sich hierzu zu äußern ○ Regierung befindet sich in Abstimmung, Entscheidung unterliegt politischen Entscheidungsträgern ○ Eventuell erneut Klärung, dass Ball bei BMG liegt ○ RKI soll bis Donnerstag Kriterien entwickeln, diese werden ans BMG geschickt und nicht veröffentlicht ! Kommunikation Modellierungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Nowcasting geht diese Woche online ○ Brockmann Forecast mit Kurzzeitprognosen ist nicht auf unserer Webseite verlinkt (trägt aber RKI Logo) ○ Publikation des Modells in Science akzeptiert ○ Annahmen sind artifiziell, gehen z.B. von statischer Quarantäne aus, wirkliches Erkrankungsbild wird nicht berücksichtigt und Verschiebungen darin nicht aufgenommen ○ Erklärung der Darstellung und der dem Modell unterliegenden Annahmen ist sehr wichtig, muss differenziert zum Nowcasting gesehen werden, welches auf aktuellen Zahlen und Parametern beruht ○ Vor möglicher Verlinkung von RKI-Webseite müssen Annahmen klar verständlich erklärt werden <p><i>ToDo: Dirk Brockmann sollte die klar formulierten Annahmen für sein Modell auf seine Webseite stellen, damit RKI-Webseite darauf verweisen kann</i></p>	<p>FG32/Alle</p> <p>VPräs/FG36/alle</p>



<p>6</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>AGI Sentinel</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Probeneingang sehr gering, Absturz des Praxisindex, letzte positive Probe (aus KW14) am Montag ! Freiwerdende Zeit aktuell zur Prozessoptimierung genutzt, z.B. Einbau der Corona-PCR in Multiplex-PCR ! Montag wurde Ringversuch erhalten, weitere Ringversuche befinden sich in der Pipeline ! Da Patienten mit ARE Symptomen wahrscheinlich seltener werden soll ein Aufmunterungsschreiben an Praxen gehen damit weiter systematisch abgestrichen wird, FG36 und FG17 stimmen sich hierzu ab, ggf. auch Aufnahme in den Wochenbericht <p><i>ToDo: Aufmunterung zu Abstrichen durch FG17 und FG36 in Vorbereitung</i></p>	<p>FG17/FG36</p>
<p>8</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> ! IBBS sieht hohen Klärungsbedarf bezüglich klinischem Vorgehen von HCW, z.B. zu invasiver bzw. nicht invasiver Beatmung auch im Sinne des Arbeitsschutzes, teilweise werden aufgrund von Aerosol-produzierenden Arbeiten Entscheidungen nicht nur mit Sicht auf Patienten getroffen ! Unklar, ob es hierzu bereits existierende Daten gibt, jede Uniklinik kann anhand ihrer Daten selber Studien durchführen ! Szenario: HCW die positiv sind schleppen Virus ein und dann folgen viele Übertragungen, teilweise 70% Ansteckung, z.B. Bericht aus kleinem Haus im Saarland wo 13-14 HCW (jedoch kein Patient) positiv waren ! Betrifft vor allem medizinisches Personal, weniger die Patienten, was den Fremdschutz durch MNS bestätigt ! SurvNet stellt zusätzliche Datenquelle dar aber Abfrage ist für diese Zielsetzung nicht differenziert genug (Ziel=Surveillance) ! FG37 webkess Krankenhaussurveillance schwerer Fälle ist startklar, seitens RKI muss aus datenschutzrechtlichen Gründen nach §26 noch ein Vertrag abgeschlossen werden, für die Charité ist dies nicht notwendig, deswegen läuft Pilotphase an und Vertrag wird parallel unterschrieben ! Präs berichtet: Abteilungsleitung von BMBF berichtete von Gesetzesänderung bei klinischen Studien, Votum eines (und nicht aller BL) Datenschutzbeauftragten genügt, RKI-L hat Auftrag, aus der aktuellen Krisenzeiterfahrung mögliche Prozessoptimierungen zu identifizieren/etablieren 	<p>IBBS/FG36</p>

	<p>! alle MA sind eingeladen Verbesserungsmöglichkeiten festzuhalten die ggf. dauerhaft umgesetzt werden können</p> <p>Erfahrungen aus der klinischen Praxis</p> <p>! O.g. Bedarf an praktischen und aktualisierten Therapiehinweisen für HCW soll niederschwellig und in kurzen Zeitabständen zur Widerspiegelung der aktuellen Erfahrung umgesetzt werden</p> <p>! STAKOB abgestimmte Empfehlungen alleine werden dem Bedarf nicht gerecht, mit weiteren intensivpflichtigen Patienten sind mehr Empfehlungen notwendig, da Patienten nicht dem typischen Krankheitsbild anderer Erreger entsprechen</p> <p>! Überarbeitung von Dokumenten durch Fachgesellschaften oft langwierig (10 Tage)</p> <p>! Regelmäßiger „Bericht aus der Praxis“ mit Schwerpunkt intensiv-medizinische Versorgung ist geplant, soll keinen Leitlinien-Anspruch haben und nicht evidenz- sondern erfahrungsbasiert sein</p> <p>! Kleiner ausgewählter Kreis von namentlich genannten Infektiologen und Intensivmedizinern (aus STAKOB, DGI, DIVI) soll fortlaufendes, wöchentlich aktualisiertes Dokument erstellen, das für breite Fachöffentlichkeit zur Verfügung und bei Wunsch Kommentierung gestellt wird</p> <p>! Vorgehen birgt Konfliktpotential aber Bedarf soll abgedeckt werden, klare Kommunikation, dass RKI keine Therapie-Empfehlungen gibt sondern lediglich eine Plattform bietet</p> <p>! Format ist aktuell noch in Überlegung und wird noch mit diversen Akteuren (z.B. DÄB) besprochen</p>	FG36
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Surveillance</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Internationales</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Studien</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Wichtige Termine</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Mittwoch 08.04. <ul style="list-style-type: none"> ○ HSC-TK: ZIG-L ○ PHE – Teststrategien ○ ÖGD-Webinar: FG32, FG36 ! Donnerstag 09.04. <ul style="list-style-type: none"> ○ EpiLag: FG32 ○ AGI-TK: FG32 (u.a.?) ○ AG Flughafen-TK: FG32 ! Generell zahlreiche Diskussionen zu Kreuzfahrtschiffen 	FG32/ alle
16	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Straffung Krisenstabs-Sitzung: nicht täglich jedes Thema ! Gegenseitiges Informieren über Erkenntnisse und Aktivitäten weiterhin sehr wichtig (bevor offizielle Berichte herausgehen) ! Update zu aktuellem Stand der AG Diagnostik durch <u>AL1</u> – <u>Dienstag 14.04.</u> ! Nächste Sitzung: Donnerstag, 09.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	Alle