



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	02.04.2020, 11-13 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2 Leitung
  - Thomas Lampert
- ! Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Anette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Avand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG35
  - Christina Frank
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel

- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
- ! BZGA: Frau Thaiss



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <p>! Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Länder mit &gt;7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Trend in Italien setzt sich fort.</li> <li>▪ Die Fallzahlen in den USA steigen weiterhin sehr stark an.</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine wesentlichen Änderungen</li> </ul> </li> <li>○ Methodik der Darstellung der Kurve: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es handelt sich nicht um die Darstellung eines zentrierten moving average, bei einem zentrierten moving average über 7 Tage werden die aktuellen 3 Tage nicht dargestellt. Da die aktuelle Woche relevant ist, wurde darauf verzichtet. Auswertung von FG31 erstellt.</li> </ul> </li> <li>○ Herr. Rottmann hat in der TK mit dem BMG ausdrücklich gebeten, dass das RKI keine weiteren Risikogebiete mehr an das BMG sendet, da ab nächster Woche auf Risikogebiete verzichtet werden soll (dokumentiert in Notizen-TK-BMG 02.04.2020, Fr. Thaiss bestätigt). Zuletzt GB, Nordirland und USA in Anordnung/NOTAM aufgenommen</li> <li>○ <u>Schweden:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit gestern 10% mehr Fälle, Fallsterblichkeit 4,8%, 393 Fälle auf ITS, Fälle sehr verteilt über das Land, Stockholm am höchsten, 36.900 Tests durchgeführt (Positivquote ca. 12%), zunehmend gibt es Kritik an schwedischem PH Institut, Maßnahmen in Stockholm werden von anderen Regionen als neg gesehen,</li> <li>▪ Verkehrsverbindungen: Inlandsreisen sind eingeschränkt möglich, Fährverkehr: PAX beschränkt auf 299, vornehmlich Frachtverkehr, Grenzen für Autoverkehr offen, Flugverkehr eingeschränkt.</li> <li>▪ Schließung nur einiger Skigebiet (3 von 6)</li> </ul> </li> <li>○ <u>Österreich:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt scheint die Kurve abzuflachen, Tirol, Voralberg und Salzburg zeigen die höchsten Inzidenzen.</li> <li>▪ 0,1% der Bevölkerung wurden pos. getestet (18% Positivquote), Verdopplungszeit wird länger:</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

	<p>gestern 6,4 Tage und heute 7,4 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stichprobentests werden durchgeführt: repräsentatives Kollektiv wird abgestrichen, um Rückschlüsse auf Untererfassung zu erhalten</li> <li>▪ Verlauf von Reff: Mitte März lag er bei 4, derzeit bei 1,2</li> <li>▪ Nachfrage zu Reff-Kurvenverlauf: Warum wird das Konfidenzintervall bei den aktuellen Daten geringer, während es am Beginn der Kurve größer ist – in D aufgrund von Meldeverzug etc. bei jüngeren Daten das Konferenzintervall größer, klärt ZIG1</li> </ul> <p>○ <u>Kanada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ starker Zuwachs, sehr unterschiedlich im Land verteilt, Testung insges. Positivquote 3,5%, Altersprofil v.a. Jüngere, Ältere noch nicht so stark betroffen – erklärt geringere Fallsterblichkeit (1,1%)</li> <li>▪ Kanada hat starke Maßnahmen in Kraft, aber derzeit noch zu früh für Bewertung, wie der Verlauf ist.</li> </ul> <p>○ Vergleichbarkeit der Positivquoten: Indikator für Teststrategie – eine hohe Positivquote bedeutet, dass v.a. schwere Fälle getestet werden</p> <p>○ Studien mit PCR-Stichprobentests:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Presse z.T. Fragen, warum in D nicht auch PCR Stichprobenuntersuchungen gemacht, auch Hr. Antes von Cochrane Deutschland hat empfohlen entsprechende großangelegte Studien zu beginnen.</li> <li>▪ Die derzeitige virologische Surveillance ist relativ insensitiv.</li> <li>▪ Es wäre ein großes Studienkollektiv nötig (einzelner Querschnitt zu verschiedenen Zeitpunkten) und erscheint aufgrund der relativ kurzen Zeit der Nachweisbarkeit nicht sinnvoll, würde viel Testkapazität binden.</li> <li>▪ In der AG Diagnostik ist die Maßgabe die Diagnostik auf die Testungen zu fokussieren an die sich unmittelbar Maßnahmen ableiten. Bei Konkretisierung der Fragestellung könnte es sinnvoll sein: z.B. PCR-Testung von HCW, um entsprechende Maßnahme anzupassen.</li> <li>▪ Grundsätzlich werden derzeit schon viele Personen per PCR getestet und es wird kein Gewinn durch eine PCR-Stichprobenuntersuchung gesehen.</li> <li>▪ Es erscheint besser sich auf serologische Surveillance zu konzentrieren.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 73.522 (+ 6.156, 8%), davon Todesfälle 872(+140)</li> <li>○ Genesene: 21.400, es wird aber derzeit der Algorithmus verändert</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>FG32</p>
--	--	-------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Epidemiologische Kurve in Deutschland: Bei relativ vielen Fällen werden die Erkrankungsdaten erst später nachgetragen</li> <li>○ Expositionsorte International: v.a. durch repatriierte Personen noch viele internationale Expositionsorte</li> <li>○ Expositionsorte National: BY, BW und HH haben Inzidenz &gt;130</li> <li>○ Trendanalyse BL: Alle dargestellten BL zeigen rückläufigen Trend</li> <li>○ Geographische Verteilung: Schwerpunkt in BW, BY und NRW sichtbar</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Derzeit 80 LK 51-100 Fälle/100.000 Einwohner und 20 &gt;100 Fälle/100.000 Einwohner</li> <li>▪ Darstellung wird aber von den Medien aufgenommen und verbreitet</li> </ul> </li> <li>○ 3-Tage/5-Tage-Inzidenz: Abnahme ist sichtbar</li> <li>○ Vergleich mit Vorwoche: Die Inzidenzen sind noch höher in der aktuellen Karte im Vgl. zur Vorwoche.</li> <li>○ Trendanalyse Kreise: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abnahme in HH und München, insgesamt bei den meisten stabiler abnehmender Trend, konsolidiert sich, könnte aber ggf. auch auf Limitationen der Testung hinweisen</li> </ul> </li> <li>○ Alters- und Geschlechtsverteilung: Inzidenz wurde auch in Dashboard aufgenommen.</li> <li>○ Alters- und Geschlechtsverteilung der Todesfälle: hängt etwas nach, da derzeit noch viele auf der ITS</li> <li>○ DIVI-IntensivRegister: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Derzeit 975 Kliniken/Abteilungen</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl Labortestungen: hat sich nicht weiter erhöht, teilnehmende Labore konstant geblieben, aber nur 143 haben in der KW13 ihre Testkapazität gemeldet, es gibt Rückstau von 24-25.000 Proben</li> <li>○ Amtshilfeersuchen: Sachsen-Anhalt hat ein Amtshilfeersuchen gestellt aufgrund eines Ausbruchs in einer Erstaufnahmeeinrichtung im Harz, ggf. auch Unterstützung von Ärzten ohne Grenzen</li> <li>○ EuroMOMO (Folien <a href="#">hier</a>)</li> </ul> <p>! Analyse der Altersentwicklung der Ausbrüche und spezielle Materialien für Altenpflegeheime</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufgabe ist an FG14 und FG37 vergeben worden – FG37 hat FF</li> <li>○ In Arbeit sind Dokumente zum Hygienemanagement, zum Personalmanagement (IBBS bringt das in geeigneter graphische Form), zum Surveillancesystem und zu Ausbrüchen (von Hr. Haller, Hr. Kramer), die alle</li> </ul>	
--	---	--

FG37, BZgA,  
alle

	<p>zusammengestellt werden sollen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anfrage vom BMG (Janina Straube und Gerit Korr) an FG37 zu Austausch dazu</li> <li>○ BZgA: bereitet Hinweise für die Praxis vor, Schutz von zu Pflegenden – das sollte abgestimmt werden mit den RKI-Materialien und möglichst in einem Dokument gebündelt werden</li> <li>○ Personal, das mit zu Pflegenden zu tun hat, sollte generell MNS tragen</li> <li>○ Wichtig Punkt Masken mit Ventil sollte aufgenommen und in den Dokumenten klar gestellt werden</li> </ul> <p>! Bericht von Christina Frank aus Jessen (Folien <a href="#">hier</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausbruchsunterstützung in Jessen, Sachsen-Anhalt, Ausbruchsteam aus: Christina Frank, Marina Lewandowsky, Neil Saad</li> <li>○ Jessen und der Vorort Schweinitz hatte man vor Ankunft des RKI-Teams abgeriegelt, Menschen mit systemrelevanten Jobs (z.B. med. Personal) dürfen raus, und LK, die Betriebe anfahren, dürfen rein</li> <li>○ Ausbruch v.a. im Alten- und Pflegeheim: derzeit 19 infiz. Bewohner (5 hosp., 1 Todesfall), 11 infiz. Pflegekräfte</li> <li>○ 25% Bewohner sind männlich, 75% weiblich, Altersmedian 86, infizierte Bewohner sind im Median deutlich älter (&gt;90)</li> <li>○ Bei Ankunft des RKI-Teams alle isoliert in den Zimmern mit zugeordneten Pflegekräften, pos. getestete Pflegekräfte werden nicht eingesetzt</li> <li>○ Auch auf Empfehlung des Teams wurden alle Personen, auch in den anderen Wohnbereichen getestet, dort gab es auch Infizierte</li> <li>○ Neukohortierung: 2 Wohnbereiche mit infizierten Bewohnern mit zugeordneten Pflegekräften</li> <li>○ Danach bislang nur eine Bewohnerin neu pos. getestet</li> <li>○ Epidemiekurve: Erkrankungsdatum vor allem im Heim weitgehend unbekannt, wenige Fälle mit unklarer Zuordnung, immer wieder reiseassoziierte Fälle bzw. Fälle aus anderem Kreis</li> <li>○ Ausbruch ging aus von 3 Reiserückkehrern aus Salzburger Land (zu der Zeit kein Risikogebiet), die Familienangehörige und Kollegen angesteckt haben.</li> <li>○ Von einem der 3 Fälle ging Ausbruch im Pflegeheim aus: Er hat zunächst seine Frau infiziert, die im Pflegeheim arbeitet. Die Frau hatte eine Nacht Schüttelfrost, morgens ging es ihr aber gut und sie hat 2 weitere Tage gearbeitet, danach wurde ihr Mann pos. getestet, erst in der Quarantäne ist sie erkrankt; MNS hätte, wenn konsequent getragen, geholfen.</li> <li>○ Grundsätzlich gab es, sobald ein Fall bekannt wurde i.d.R. nur noch einen weiteren Fall unter den Kontakten.</li> <li>○ Amtsarzt mit Infektionsschutzerfahrung u.a. in Afrika ist zuvor ausgefallen; aber sehr motiviertes Personal</li> </ul>	FG35
--	--	------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>(aufgestockt um &gt;12 u.a. Veteriärämtermitarbeiterinnen), konnten insgesamt Infektionsketten gut beenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Guter Krisenstab: erprobt durch Elbeüberschwemmungen</li> <li>○ Probleme bei Info-Management im GA (viele Infos versandeten), benötigt wurde Exceltabelle für Fälle und Kontrollen, um neue frische Befunde nachzuschlagen, Zusammenhänge zu erkennen und nachzuhalten, Gearbeitet wurde z.T. mit gefaxten Listen oder PDF Listen, die z.T. abgetippt werden mussten. Schwierigkeit Daten abzugleichen.</li> <li>○ Klassische Instrumente der Ausbruchseindämmung haben funktioniert, aber Voraussetzung, um solch einen Ausbruch unter Kontrolle zu bringe ist hohe Testkapazität</li> <li>○ GA war dankbar für RKI Dokumente</li> <li>○ Ambulante Pflegedienste und auch andere Heime im Kreis wurden informiert und sollten niedrigschwellig bei respirator. Symptomen testen</li> </ul> <p>! ARS (Folien <a href="#">hier</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufgetragen Mittelwert der Anzahl der Tage zw. Abnahme und Testung im Labor und Testdatum, zusätzliche Info Anzahl Testungen (Größe der Pkt.)</li> <li>○ Zeit zw. Abnahme und Testung nimmt zu – im Mittel 2-3 Tage – Delay zeigt, dass Belastung in Laboren größer ist</li> <li>○ Roter Strich = neues Flusschema! es ist nicht ersichtlich, dass daraufhin mehr getestet wurde</li> <li>○ V.a. in BY sieht man kontinuierliche Zunahme der Zeit zw. Abnahme und Testung</li> <li>○ In Berlin nach Einführung des neuen Flusschemas zunächst kürzere Zeit zw. Abnahme und Testung</li> <li>○ Positivenanteil für D ist relativ stabil, etwas heruntergegangen nach dem 24.03.</li> <li>○ BL: Positivenanteil in BY über 15%, nur dort wo weniger Fälle ist er stabil</li> <li>○ 20-25% der Teste, die durchgeführt werden bei ARS erfasst – täglich wird es mehr</li> <li>○ Bei einzelnen Proben z.T. 6-7 Tage zw. Abnahme und Testung, aber Verzögerung bis zur Meldung in dem System nicht darstellbar</li> <li>○ Wichtiger Feedbackmechanismus für Labore</li> <li>○ ARS-Teilnahme in Sachsen mehr oder weniger verbindlich (best practice), Darstellung heute in TK mit Ländern, vielleicht können dadurch noch mehr gewonnen werden</li> </ul> <p><i>ToDo: ARS-Daten zusammen mit den anderen Labordaten einmal in der Woche in den Lagebericht, FG37, LZ</i></p>	FG37
--	---	------





7	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>Grippesaison</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ende der Grippesaison</li> <li>! Seit Februar 11.100 Proben getestet, davon 0,8% SARS-CoV-2 positiv</li> <li>! Grds. unter den ILI-Patienten COVID-Patienten nicht stark vertreten</li> </ul> <p><b>RKI interne Laborgruppe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Frage von Fr. Marcic für AGI zu Labortesten</li> <li>! AGI TK interferiert zeitlich mit TK mit Laborgruppe in der diese Fragen fachlich diskutiert werden sollen</li> <li>! Spezifität des Euroimmun Tests ist noch nicht ganz klar</li> <li>! Derzeit noch wage Datenbasis und noch nicht so sicher, dass man dazu in AGI was sagen kann</li> <li>! Gerne in der nächsten AGI TK wenn Fragen geklärt</li> </ul> <p><i>ToDo: Fr. Rexroth informiert in AGI TK</i></p> <p><b>Umstellung der Diagnostikstrategie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vorschlag von Hr. Drost, da zu wenige Reagenzien vorhanden, Reduktion auf Risikogruppen, schwere Fälle und KH (unter Voraussetzung, dass verstärkt auch MNS getragen wird)</li> <li>! AG Labordiagnostik: Derzeit wird versucht das Flussdiagramm umzusetzen, mit Unterstützung der Veterinärmedizin</li> <li>! Soweit bekannt erhöht Qiagen Produktion</li> <li>! Bei dem Ausbruch in Jessen hätte das bedeutet, dass dieser Ausbruch komplett außer Kontrolle geraten wäre und andere Länder mit dieser Strategie haben derzeit große Probleme</li> <li>! Bis dato wurde angewendete Teststrategie auch von virologischer Seite als gut bewertet und Voraussetzung für derzeitige Maßnahmen-Strategie ist, dass viel getestet wird.</li> </ul>	<p>FG17</p> <p>AL1</p> <p>VPräs/alle</p>
---	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Derzeit lineare Entwicklung und ggf. fallende Fallzahlen und damit weniger Testung, sollte aber ggf. im weiteren Verlauf beachtet werden</p>	
8	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>Entlasskriterien - ambulanter Bereich /Neue Version</b></p> <p>! Frage von Hr. Drosten, ob bei leichten Fällen Entisolierung nach 7 Tagen möglich</p> <p>! Wurde in IBBS intern diskutiert, würden gerne bei 14 Tagen bleiben, u.a. wg. Akzeptanz der Bevölkerung. Die neuen Daten unterscheiden sich zudem nicht grds. und das System ist derzeit nicht überlastet</p> <p>! BL tendieren eher zu längerer Isolierung und würden das nicht mit tragen</p> <p>! Entlasskriterien für asymptomat. Personen: 14 Tage ab vorliegender PCR Testung, aber keine Freitesting weitere Diskussionen dazu oben unter Erkenntnisse über Erreger</p> <p><b>Erfassung klinischer Verläufe durch Register LEOSS des DZIF</b></p> <p>! BMG hat IBBS gebeten um Haltung zu Programmen gebeten, die Daten zum klinischen Verlauf sammeln</p> <p>! LEOSS wird empfohlen, wenn nicht schon andere Systeme verwendet werden, Vielfalt der Systeme stellt kein Problem dar</p> <p>! Frage nach Unterstützung durch Medizinstudenten (angestellt über RKI-Werkverträge) die Kliniken unterstützen und Daten in Nähe der KH Daten erfassen</p> <p>! RKI hätte dann auch Zugang zu Daten und könnten sie mit erfassen und hätte zusätzlich den Vorteil der Möglichkeit der syndrombasierten Surveillance</p> <p><i>ToDo: IBBS organisiert Unterstützung der Eingabe durch Medizinstudenten</i></p>	<p>VPräs/IBBS/alle</p> <p>IBBS/alle</p> <p>FG37/alle</p>

	<p><b>Projekt ITCU: Telemedizin zur Stärkung v. Intensivstationen</b></p> <p>(Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hr. Zacher hat ein Tool mit der Modellierergruppe entwickelt, baut auf Nowcasting auf, könnte BL zur Verfügung gestellt werden</li> <li>! Gestrichelte Linien sind Interventionszeitpunkte</li> <li>! Prognose der Anzahl der Patienten, die Intensivbett benötigen</li> <li>! Nowcasting ist sehr sensitiv auf Änderung der Zahlen an Tag zuvor und sagt die nächsten Tage voraus</li> <li>! Es sollte klar kommuniziert werden, dass das Ergebnis der aktuellen Maßnahmen ist und sich bei veränderten Maßnahmen schnell ändern kann.</li> <li>! Hängt zudem sehr von Gruppen ab, die erkranken und kann sich regional stark unterscheiden – Alter kann aber in Nowcasting eingebaut werden</li> <li>! Kann an Länder (nicht an Öffentlichkeit) herausgegeben werden aber mit klarem CAVE (s.o.)</li> </ul> <p><b>Telemedizin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Projekt Hub an der Charité durch das überbelastete ITS in Deutschland Fachexpertise per Telemedizin bekommen können</li> </ul>	IBBS
9	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>Umgang mit SARS-CoV-2-pos. med. Personal, dass nach Ende der 14-tägigen Isolation und mind. 48 stündiger Symptommfreiheit weiterhin positive Befunde hat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen.</li> </ul> <p><b>Umgang mit „geheilten“ Covid-19 Fällen, wenn diese wieder einen Kontakt zu akut Erkrankten hatten. Erneute 14-tägige Quarantäne oder anzunehmende Immunität ohne weitere Maßnahmen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen.</li> </ul>	
9	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	



<b>10</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ! Nicht besprochen	
<b>11</b>	<b>Internationales</b> ! Nicht besprochen	
<b>12</b>	<b>Termine</b> ! Heute Nachmittag TK zu serolog. Symptomen ! Heute Nachmittag: TK zu Non-Pharmaceutical Methods: Fr. Buda nimmt teil	FG36

<p><b>13</b></p>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p><b>Studienprojektseite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Sollten RKI-Projekte zusammen auf einer Internetseite vorgestellt werden?</li> <li>! In Diskussion mit FO, die Datenbank zu Projekten haben</li> <li>! Projekte sollten auf einer gemeinsame Seite dargestellt werden</li> <li>! Projekttitle und Bearbeiter der Projekte sinnvolle Information damit sich andere orientieren können</li> </ul> <p><i>ToDo: FO sollte Projekte publikationsgeeignet zusammenfassen und mit Presse abstimmen</i></p> <p><b>Nächste Sitzung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 03.04.2020, 13:00 Uhr, Viterokonferenz</li> </ul>	<p>FG37/alle</p>
------------------	---	------------------