



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	14.04.2020, 11-13:30 Uhr

Sitzungsort Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade (Moderation)
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2 Leitung
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG33
- ! FG36
 - Walther Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss

- ! Bundeswehr
 - Frau Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ! Leichter Trend zur Entspannung ist sichtbar und die dabei genutzte Methode wird unterhalb der Abbildungen ausgewiesen. Die Werte werden auf die gleiche Weise wie von LSHTM berechnet. ! Länder über 7.000 – 70 000 Fällen: Entspannung bei Spanien und Italien sichtbar, leichter Anstieg in Frankreich, sonst gleichbleibend ! Länder mit 1 400- 7 000 Fällen: Trotz geringer Zahlen ein deutlicher Anstieg in Singapur, Serbien, Ukraine und Vereinigten Arabischen Emiraten <p>Taiwan:</p> <p>Betrachtung unter dem Aspekt „lessons learned“</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 24 mi Einwohner, 393 Fälle davon 333 importiert; 66 Todesfälle ! Tests gesamt: 46.547; Positivrate: 0,8% ! Response plan besteht aus 6 Strategien: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hohe Testkapazität (3.800 Tests/d in 34 Laboren) 2. Ausgeprägte Community surveillance: „gemeinschaftliches Überwachungsnetz“, „gemeindenahes Beprobungsprogramm“ 3. Erweiterung der Krankenhauskapazität mit ausgewiesenen Krankenhäuser und -Stationen 4. Fortlaufende Bestandsaufnahme der verfügbaren ICU Betten 5. Ausgewiesenen Standorte für Gruppenquarantäne 6. Strikte IPC und Separation („Traffic Control Bundling“) ! Bereits früh Einführung von umfassenden Maßnahmen (15.01 COVID-19 Meldepflicht, Aktivierung des LZ am 20.01 mit dem ersten importierten Fall, ! Reisebeschränkungen und Quarantäne für Reiserückkehrende früh eingeführt, eine hohe Compliance in der Bevölkerung, alle Maßnahmen sind Empfehlungen (kaum Auflagen im 	ZIG1



	<p>öffentlichen Raum, Tragen von Masken freiwillig)/keine gesetzlichen Auflagen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aktueller Wandel der Strategie: <ul style="list-style-type: none"> 25. März: Veranstaltungen in geschlossenen Räumen mit mehr als 100 Personen und im Freien mit mehr als 500 Personen sollen ausgesetzt werden (Risikobewertungen auf der Grundlage von sechs Indikatoren) 10. April: Aufgrund eines sprunghaften Anstiegs der Zahl der Verdachtsfälle nach dem viertägigen „Tomb Sweeping Day“ (chinesisches Allerseelen) wurden Maßnahmen zur Kontrolle von Menschenansammlungen an öffentlichen Orten eingeführt ! Gesundheitssystem: Seit 1995 National Health Insurance (NHI)/ Bürgerversicherung (“single-payer”) mit einer Abdeckung > 99% und “Gesundheitskarte” (seit 2004) muss genutzt werden und alle Informationen werden gesammelt ! Nach SARS (2004): Einrichtung des National Health Command Center (NHCC), mit einer Zentralen Epidemie-Kommandozentrale (CECC) für übertragbare Krankheiten als Teilstruktur, als operative Kommandozentrale für die direkte Kommunikation zwischen zentralen, regionalen und lokalen Behörden ! Alle generierten Gesundheitsdaten fließen in einem zentrales Service Center zusammen und stehen den Gesundheitsbehörden und stehen allen medizinischen Dienstleistern zur Verfügung. Dienstleister müssen Ansprüche innerhalb von 24 Stunden anmelden/abrechnen - NHI-Datenbank operiert daher nahezu in Echtzeitaktuell, weiterhin gibt es eine Zusammenarbeit zwischen der Einwanderungsbehörde und dem CECC, somit werden auch Reisedaten in das System eingespeist und Gesundheitsdaten für die Einwanderungsbehörde sichtbar. ! Datenverarbeitung und Nutzung: Enge Zusammenarbeit von CECC, NHI, CDC und Einwanderungsbehörde; In einer zentralisierten, cloudbasierten Gesundheitsdatenbank (NHI) werden folgende Informationen (NHI-Patientenakten) gesammelt: die vollständigen Krankengeschichten, Vorerkrankungen, aktuellen Symptome, Behandlungen und 	
--	--	--

	<p>Krankenhausaufenthalte; Aufnahme aller Fallkontakte in die NHI-Datenbank somit hat jeder medizinischen Dienstleister hat Einblick in die Reisegeschichte der Patienten.</p> <p>! Contact tracing: Lokalen PH-Behörden erhalten von CDC die Kontaktinformationen aller Personen in ihrem Zuständigkeitsbereich, die sich in Heimquarantäne befinden sollten. Halten sich die Personen nicht an die Hausquarantänebestimmungen werden Sie Strafverfolgungsbehörden übergeben. Sie werden unter Einsatz von GPS-Daten und Kameras auf persönlichen oder von der Regierung zur Verfügung gestellten Smartphones zur Überwachung und Fallermittlung (Medien: „electronic fence“) überwacht. Weiterhin wurden Quarantänebetreuungscentren, um Unterstützung und Beratung zu bieten (Hausbesuche durchführen, Essenslieferungen arrangieren, Masken beschaffen), eingerichtet. Es besteht die Möglichkeit für Isolierung zusätzlich Hotelzimmer anzumieten und es stehen Interaktive Mobiltelefon-Anwendung „Disease-Prevention Butler“ und Chatbot zur Verfügung.</p> <p>! Faldefinition entspricht weitestgehend der des RKI. Als ein weiteres alleinstehendes Symptom wird „Abnormaler Geruchs- (Anosmie) und Geschmackssinn (Dysgeusie) oder Durchfall unbekannter Ätiologie“ gelistet</p> <p>! Proaktive Suche nach COVID-19-Patienten (seit 16.02.2020) bei Personen mit: schweren Atemwegssymptomen, die negativ auf Influenza getestet wurden; Patienten, bei denen der Verdacht auf eine COVID-19-Infektion durch Ärzte gestellt wird; medizinisches Personal mit Atemwegssymptomen oder Kontakt zu einem bekannten Cluster;</p> <p>! Alle Fälle werden in Krankenhäusern oder speziellen Quarantäneeinrichtungen isoliert. Alle Kontakte und Reiserückkehrer gehen in häusliche Isolation</p> <p>! Organisation des Gesundheitssektor wurde nach SARS adaptiert um nach Möglichkeit innerhalb kürzester Zeit ohne große Umstrukturierung auf eine Epidemie reagieren zu können (aktuell 52 Krankenhäuser für Behandlung schwerer Fälle/ 165 medizinische Einrichtungen für Behandlung leichter Fälle); Bestehende integrierte IPC-Strategie (Traffic control bundling), die eine Triage vor dem Eintritt in die Krankenhäuser einschließt und eine strikte Trennung zwischen Risikozonen</p>	
--	--	--



	<p>enthält; Anpassung innerhalb von wenigen Tagen möglich; Strikte Anforderungen und Protokolle für persönliche Schutzausrüstung (PSA) sowie zahlreiche Kontrollpunkte zur Überwachung der Maßnahmen</p> <p>! Aufbau der Gesundheitsversorgung plus traffic control bundeling sind als strukturelle Änderungen nach SARS und ausschlaggebend, vermehrte Testung und verstärkte Surveillance eher als unterstützend zu sehen.</p> <p>ZIG1 aktualisiert Kenntnisse zu anderen asiatischen Staaten um sie im Verlauf nutzen zu können.</p> <p>Die Übernahme von sog „Erfolgsstrategien“ ist nicht immer möglich oder hilfreich. Im Hinblick auf Entry screening bei Points of Entry existiert weiterhin keine genügende Evidenz. Solche Maßnahmen haben nicht zwangsläufig etwas mit jeweiligen dem Erfolg zu tun können, aber dadurch an Aufmerksamkeit gewinnen.</p> <p>Aufnahme von Anosmie sollte diskutiert werden, in der Literatur wird in 12% Anosmie vor anderen Symptomen angegeben, in wie weit das isoliert (ohne weitere Symptome vorkommt) bleibt unklar. Die Symptome sind sehr spezifisch, die Sensitivität bleibt jedoch unklar. Meningitis und Enzephalitis werden als eigständige Symptome/Erkrankungsbilder in Zusammenhang mit COVID-19-Erkrankung berichtet, Virusnachweis im Liquor nicht routinemäßig durchgeführt, die Erfassung dieser biete eine bessere Abbildung der schweren Verläufe. Aktuell existieren nur Einzelfallberichte. Anpassung der Falldefinition nach besserer Datenlage möglich.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Inzidenz, Trend (Folien hier)</p> <p>! Durch das verlängertes Wochenende sind die übermittelten Zahlen niedriger. Mögliche Ursachen sind Meldeverzug (eher gering), Health seeking</p>	<p>FG32/alle</p> <p>FG36/alle</p> <p>FG32</p>
--	--	---

	<p>behaviour, weniger Testung in den Laboren (sichtbar in ARS) Nutzung von Meldedatum als proxy für Erkrankungsbeginn kreiert eine „Lücke“ am Wochenende in der Kurve.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Inzidenz > 200/ 100 00 Einwohner in Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg und Saarland; niedrige Inzidenzen weiterhin in Mecklenburg-Vorpommern ! Nowcasting ist relativ stabil auf hohem Niveau; $R_0=1,1-1,2$! Brockmann: Forecast unverändert ! Inzidenzen insgesamt nach Alter und Geschlecht: keine Unterschiede; Anzahl der älteren Menschen nimmt zu, höchste Inzidenz bei älteren Männern ! Todesfälle: 2.969; 86% sind 70 Jahre und älter; Mann-Frau-Verhältnis: 60/40% ! Fall-Verstorbenen-Anteil: Zunahme durch den Eintrag in die Altersheime und die Latenz bei Behandlung auf ITS ! Anzahl Genese: 68.100; Das aktuelle Vorgehen bei der Schätzung ist längerfristig problematisch und erscheint im Verhältnis zu anderen Ländern als hoch ! Geographische Beurteilung der Inzidenz: führend Heinsberg, Tischenreuth, südlich von München ! 7- Tage-Inzidenz ist nach Ostern verzehrt ! 3/5-Tage-Inzidenz: abnehmend; Angaben/Daten ermöglichen einen Vergleich über Wochen ! Expositionsort: Ausland aus Expositionsort zunehmend irrelevant; häufig Angaben im Inland sowie keine Angaben ! DIVI: Aktuell sind 789 Kliniken registriert. Es wird daher geschätzt, dass diese Zahlen ungefähr die Hälfte der Situation abbilden 2.488 auf ITS; davon 1.848(74%) beatmet 30% der Gesamtanzahl verstorben Erfasste Gesamtkapazität ca. 20 000 Betten; aktuell 40% frei ! BL bekommen zunehmend mehr von Druck von lokalen politischen Akteuren den Algorithmus und Berechnungen für R_0 auf BL/Kreisebene bzw. Bundeswehr zu bekommen/erstellen. Nach Rücksprache mit Matthias an der Heiden ist das am ehesten auf BL-Ebene sinnvoll auf Grund von zunehmender Unsicherheit auf Kreisebene. ! Im Rahmen der syndromischen Surveillance in Notaufnahmen (ESEG) wird die Auswertung von Daten auch retrospektiv geplant. Es umfasst 10 Notaufnahmen, internistische Daten und keine 	<p>FG32/alle</p>
--	--	------------------



	<p>repräsentative Stichprobe. Auswertung erfolgt im FG 32 und der Kontakt zu AL2 wird aufgenommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BL, die Interdisziplinäre Versorgungsnachweis (IVENA) nutzen, sollten diese Daten gut erfasst haben. Kontakt sollte gesucht werden. ! Surveillance von weiteren Erkrankungen (Schlaganfall, Herzinfarkt etc) und Erfassung der Schwere in der Bevölkerung wird aktuell erstellt. Es werden mehrere Datenquellen genutzt, die Erfassungssysteme sind insgesamt träger und kurzfristig eher nur eingeschränkt möglich. Eine Abschätzung der Krankheitslast über der Risikopopulation von COVID-19 wurde bereits geteilt. ! FG 37 entwickelt aktuell ein Studienprotokoll zu Serokonversion bei HCW. Die serologische Testung mit PCR-Testung begleitet werden und Symptome erhoben, werden. Durch eine Langzeitbegleitung könnte sich an eine Kohorte angenähert werden und es wird diskutiert. Es besteht ein großes Interesse/Bereitschaft bei den HCW an der Teilnahme und die Gruppe wird als besonders compliant gewertet. Eine Kohorte auf Allgemeinbevölkerungsebene würde aktuell die Kapazitäten übersteigen. 	<p>FG32/AL2</p> <p>FG37</p>
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorstellung des aktuellen Stands zu Impfung Kommt am 15.04.2020 	FG33
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 	
4	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zusammenarbeit innerhalb der AG „Material für die Eltern“ erfolgt ein reger Austausch, jedoch ist das Format ist noch nicht klar (Print oder Elektronisch) ! Zum Merkblatt für ambulante Pflgebereiche gab es noch keine Rückmeldung, somit fehlt noch der abschließende Abgleich. ! Mund-Nasen-Bedeckung (MNB): Das Video ist auf der Seite eingestellt, die Streuung per social media erfolgt morgen nach der Ministerrunde Dazugehöriges Papier des RKI ist enthalten 	BZgA

	<ul style="list-style-type: none"> ! Pressebriefings finden heute und Freitag statt ! Drei EpiBull-Artikel (u.a. zum Nowcasting) wurden vorab online veröffentlicht. Bereitschaft/Möglichkeit weitere Artikel zu publizieren ist da ! Weitere Publikationen: Papier zu Prävention und Management für Pflegeheime und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung Papier zu MNB geht bald online Kommunikationsstrategie zur Datenspendeapp soll re-evaluiert werden, da sie aktuell vor allen Informationen auf der Homepage gezeigt wird. ! Bundeswehr: Nicht verständlich; Kontakt soll aufgenommen werden um die technischen Probleme zu beheben. 	<p>Presse</p>
5	<p>Strategie Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Allgemein ! Empfehlung Mund-Nasen-Bedeckung (MNB) Das Papier wurde mit BZGA und BMG geteilt, es fehlen kleine Anpassungen, alle relevanten Aspekte sind enthalten, Bürgerinformationen von der BZgA sind vorbereitet. In der EpiLag wurde das Vorgehen/Empfehlung diskutiert. Klare Kommunikation sollte Akzeptanz in der Bevölkerung unterstützen. ! „Hintergründe zur Abstandregel (1-2 m) und Kontaktzeit (15 min) bei Tröpfchen-übertragbaren Infektionen“ Die Kommunikation von unterschiedlichen Werten (1-2 m vs. 1,5m) ist für unterschiedliche Anwendungsgebiete notwendig und sinnvoll. Im Rahmen der Prävention (Supermärkte) sind klare Werte von Vorteil. Bei Kontaktpersonen(nachverfolgung) v.a. im klinischen Setting entspricht 1-2m eher der Realität. Die Empfehlung 1-2m für Management /KoNa belassen, ansonsten „mind. 1, 5 m“ als Empfehlung für Prävention. Wird in Dokumenten angeglichen. ! RKI-intern Zwischenstand der geplanten serologischen Studien Es sind drei Studien geplant. 1) Serologische Auswertung an Blutspendern: 	<p>FG36/alle</p> <p>VPräs/Alle</p> <p>AL2</p>



	<p>Vorbereitungen abgeschlossen, sobald die AK-Teste (Euroimmun) da sind, kann begonnen werden (spätestens Anfang nächster Woche)</p> <p>2) Serologische Auswertung an Hotspots: Aktuell läuft noch die Auswahl der Orte (Tischenreuth, BY, BW und neun BL) SN und NRW wird durch HZI abgedeckt. Die gleichzeitige Durchführung von PCR ist noch nicht abschließend geklärt, würde mehr Sicherheit bieten. Validierung einer Teilmenge mit einem Testverfahren, das den Nachweis unterschiedlicher Corona-Viren ermöglicht, wäre auch eine Möglichkeit. Es wird die Auswahl von Orten mit niedrigen Inzidenzen als „Gegenprobe“ diskutiert. Leipzig wäre dabei eine Option, könnten auch in die HCW-Studie aufgenommen werden, und hätte unabhängig Interesse an einer Untersuchung bekunden.</p> <p>Die klare Kommunikationsstrategie zu Methodik und Sampling um Kritik vorzubeugen bzw. zu adressieren (s. Bonner Studie) und kann nochmal besprochen werden.</p> <p>3) Für die bundesweite repräsentative Studie (mit 160 sample points) ist die Steuerungsgruppe gegründet worden. Charité/Hr. Drosten macht für alle drei Studien die Bestätigung im Rahmen der Testung</p>	
6	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Finalisierung „Mund-Nasen-Bedeckung“ (Walter Haas et al.). ! Harmonisierung „Hintergründe zur Abstandregel (1-2 m) und Kontaktzeit (15 min) bei Tröpfchenübertragbaren Infektionen“ (FG36, FG14), (siehe auch Anhang/Übersicht 1,5 bzw. 2 m). ! BMG OK zu „Empfehlungen zu Prävention und Management von COVID-19 für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen sowie für den ÖGD“ (FG37)! soll heute online gestellt werden ! Recherchen zu Informationen zu Kindern und Jugendlichen wird gerade durch FG36 gemacht und ein EpiBull-Artikel erstellt ! Stellungnahme der Leopoldina 	<p>FG36</p> <p>FG36, FG14</p> <p>FG37</p> <p>FG36</p>

	<p>Nicht besprochen</p> <p>! Gesetzgebungsverfahren/Corona-Gesetz Bis morgen können noch Änderungswünsche eingebracht werden. Die Bündelung/Absprache wäre sinnvoll. Eine Absprache zu Labormeldungen, ARS und Datenbank zwischen FG32 und Fg37 findet heute noch statt.</p> <p>! Herr Schaade hat um 13/13:30 Uhr eine TK mit BMG zu DEMIS, Michaela Diercke nimmt teil.</p>	<p>FG32/alle</p> <p>VPräs</p>
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Ausführlicher Bericht zu der im Auftrag des BMG vom 30.3.2020 beim RKI einzurichtende "AG Labordiagnostik". Dabei wurde über die Zusammensetzung der drei UAGs (RKI extern, RKI Länder und RKI intern) berichtet. Es wurden ein Konzeptentwurf und eine Checkliste zum Probenfluss erarbeitet, welche fortlaufend mit den AG Mitgliedern weiterentwickelt werden. Das BMG ist Mitglied der AG und dadurch fortlaufend informiert. Gegenstand der AG sind die Optimierung von Laborkapazitäten einschließlich von Indikationen zur Testung. Entwicklungen auf dem Gebiet der Testverfahren werden verfolgt und bewertet sowie Übersichten über befähigte Labore erstellt.</p> <p>Neue Auswertung zu Laborabfrage (Anzahl der Gesamttestung und Positivraten) wird am Mittwoch im Lagebericht berichtet.</p>	<p>AL1</p> <p>AL3</p>
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>!</p>	<p>FG36/IBBS/FG32</p>
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>!</p>	<p>FG32</p>
10	<p>Surveillance</p> <p>! Sprachregelung zu Meldepflicht für serologische Nachweise Es besteht der Bedarf, auf Grund von zahlreichen Anfragen, für eine Sprachregelung bzw. Vorgehen bei Meldungen von serologischen Befunden. Eine Meldung führt nicht zwangsläufig zur Erfassung/Zählung der Meldung, da sie nicht die Falldefinition (Hinweis auf akute Infektion muss erfüllt sein) erfüllt. Einzelfallbewertungen im Labor sind bei automatisiert erstellten Befunden schwierig. Das Ergebnis ist dennoch wichtig und kann/sollte PH-Maßnahmen auf lokaler Ebene</p>	<p>FG32</p>



	nach sich führen. TODO: FG32/M. Diercke erarbeitet einen Vorschlag und teilt es	
11	Transport und Grenzübergangsstellen !	FG32
12	Internationales (nur freitags) !	ZIG
13	Update Digitale Projekte (nur montags)	
14	Information aus dem Lagezentrum !	
15	Wichtige Termine	alle
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch 15.04.2020, 11:00-12:30	