



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	03.06.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt.3
 - Osamah Hamouda
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Basel Karo
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann
- ! BMG
 - Iris Andernach
 - Irina Czogiel



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Vortrag aufgrund von Krankheit entfallen</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 182.370 (+342), davon 8.551 (4,7%) Todesfälle (+29), Inzidenz 219/100.000 Einw., ca. 167.300 Genesene, Schätzung der Reproduktionszahl (R) = 0,71 (95% KI 0,59-0,85), Schätzung 7-Tage-R = 0,83 (95% KI 0,76-0,90), (Stand 03.06.2020) ○ Rückläufiger Trend hält auch nach Pfingsten an, kein Aufstau von übermittelten Fällen zu verzeichnen. Anzahl der behandelten Personen ist ebenfalls rückläufig. ○ Auch der R-Wert ist rückläufig, gestern und heute liegt er deutlich unter 1, während er am WE über 1 lag. ○ Aus HH, MV und ST wurden keine Fälle übermittelt. HH hat ein Software-Update durchgeführt, aber über keine Probleme berichtet. Die 7-Tages-Inzidenz in ST liegt unter 1, ebenso wie auch in MV. Der R-Wert für MV war allerdings stark angestiegen – Grund dafür waren 4 COVID-19-Fälle in den letzten 7 Tagen. Bei derart geringen Fallzahlen schwankt der R-Wert sehr stark (s. TOP9 Dokumente). ○ HB zeigt die höchste 7-Tages-Inzidenz (18,2/100.000), dies ist zurückzuführen auf den Ausbruch in der Pfingstgemeinde. ○ Im Vergleich zur Vorwoche sieht man einen Rückgang in fast allen BL, insgesamt gibt es eine Änderung der Fallzahl im Vergleich zur Vorwoche von 13%. ○ Die bundesweite 7-Tages-Inzidenz liegt derzeit bei 3 und geht immer weiter zurück. Der Großteil von DE hat ein geringes Infektionsgeschehen. Im LK Sonneberg wurden noch 45 Fälle/100.000 verzeichnet, aber dort, wie auch im SK Bremerhaven, LK Coburg, LK Cuxhaven etc. beruht die erhöhte 7-Tages-Inzidenz auf Ausbrüchen. ○ Im Trend zeigt LK Oberallgäu eine Auffälligkeit, die noch geklärt werden muss. ○ Aktuelle Ausbrüche: <ul style="list-style-type: none"> ▪ LK Bremerhaven: Fast die Hälfte der Fälle ist wohnhaft in Cuxhaven, Ausbruchsbericht vom GA Bremen, LK-Ebene untereinander und BL-Ebene (HB und NI) in gutem 	FG32



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Austausch, vor Ort wurden alle notwendigen Maßnahmen ergriffen, Hilfe vom RKI wurde angeboten, es gab dazu jedoch keine Reaktion.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berlin: Ausbruch unter Zeugen Jehovas, durch Sprachbarrieren kompliziert ▪ LK Sonneberg: Ausbruch in Seniorenresidenz, Unterstützung durch Hr. Eckmanns und Bundeswehr <ul style="list-style-type: none"> ○ Analyse der Ausbruchsettings: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kleinere Ausbrüche v.a. im privaten Haushalt. ▪ Größere Ausbrüche in Alten/Pflegeheimen, im privaten Haushalt bzw. im KH. ▪ Die Darstellung soll über die Zeit erfolgen, damit man Veränderungen sehen kann. ○ Exposition zu bestätigtem Fall: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Eingabe ist nicht in allen Software-Versionen verfügbar, z.T. aktuelle Version notwendig. Eingabe in SurvNet ist möglich. Insgesamt liegt die Vollständigkeit der Angaben insgesamt bei 38%. Aber auch bei den GÄ, die die Möglichkeit der Eingabe haben, sind nur 40% vollständig ausgefüllt. In AGI und der EpiLag wurde schon darauf hingewiesen, sollte aber erneut angesprochen werden. ▪ 90% der Fälle mit Expositionsangaben hatten Kontakt zu bestätigtem Fall, insgesamt ist das aber nur ein Anteil von 34% aller Fälle, da bei so vielen die Angaben fehlen. ○ Fälle mit Ausbruchs-ID: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zu Anfang wurden auch Ausbruchs-IDs vergeben, um Kontaktpersonen zu erfassen, daher ist der Anteil in Meldewoche 10 sehr hoch. In Meldewoche 12/13 nimmt der Anteil aufgrund des erhöhten Geschehens ab. ▪ Insgesamt können nur ca. 50% der Fälle über einen Kontakt zu einem bestätigten Fall oder die Zugehörigkeit zu einem Ausbruch erklärt werden. Aber auch hier ist es wahrscheinlich ein Problem der Vollständigkeit der Meldedaten. ○ ECDC-Karte: Karte beruht auf eigener Einschätzung der Länder. Frankreich hat einzelne Regionen an der Atlantikküste anders klassifiziert (Cluster statt Community Transmission). In DE gibt es ebenfalls große regionale Unterschiede (MV vs. BY). Man könnte auch für DE überlegen einzelne BL anders zu 	
--	--	--

	<p>klassifizieren. Die Auswertung der Ausbrüche/sporadischen Fälle ist dazu notwendig. (siehe auch TOP8 Strategie Fragen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Altersverteilung nach Meldewoche: In den Meldewochen 15/16 war das Alter der Fälle relativ hoch, inzwischen wieder jüngere Personen (eher arbeitstätige Bevölkerung, (Schlachtbetriebe, Postzustellzentren) und kirchliche Gemeinden). ○ Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtung: Angabe sagt nichts darüber aus, ob sich Fälle in diesem Setting angesteckt haben. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreut in Pflegeeinrichtungen (rosa), in Meldewoche 17/18 viele Fälle, inzwischen zurückgegangen. ▪ Lebensmittel-Bereich (orange), v.a. Schlachthofmitarbeiter ▪ HCW (hellblau/-lila): Anteil geht zurück ▪ Es gibt allerdings viele Fälle bei denen der Status nicht ausgefüllt wird. Datenvollständigkeit geht sogar etwas zurück, wobei in der derzeitigen entspannteren Lage eigentlich eine größere Vollständigkeit erwartet worden war. ○ Expositionsort Ausland: Steigt langsam an (55 von 1800 Fälle), sollte beobachtet werden. ○ Es sollte überlegt werden, ob man nicht eine 7-Tages-Risikodifferenz/100.000 ausweisen sollte (zwischen 7-Tages-Inzidenz der Woche und der Vorwoche), um von den relativen Zahlen und dem R-Wert bei geringen Fallzahlen etwas Abstand zu nehmen. Allerdings fallen kleinere Geschehen in kleinen LK dabei viel stärker auf, bei größeren LK dagegen fallen Cluster ggf. nicht mehr auf. Man könnte dazu zusätzlich auch eine Grenze bei der absoluten Fallzahl benennen. ○ Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 in ARS (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Testverzug ist wieder zurückgegangen, in knapp unter einem Tag liegt das Ergebnis i.d.R. vor. ▪ In dieser KW etwas mehr Testungen, Vorwoche (KW 21) Rückgang aufgrund des Feiertags/Brückentags ▪ Anteil der pos. Testungen ist weiter zurückgegangen. ▪ Anteil der pos. Testungen an allen Testungen über die Zeit pro Tag: Generell liegen positive Befunde schneller vor als negative. Der sichtbare Peak stammt aus NI (und kann mit Geschehen in Göttingen/Hannover erklärt werden) ▪ Bei den BL sieht man einen rückläufigen Trend – bis auf 	<p>AL3</p> <p>FG37</p>
--	--	------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>NI.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Testungen in den Altersgruppen sind relativ stabil – generell wurde in allen Altersgruppen etwas mehr getestet. ▪ Anteile der pos. getesteten Personen in allen Altersgruppen ähnlich, geringer Anstieg bei 5-14-Jährigen. 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Der Zeitpunkt zur Überarbeitung und Deeskalation ist passend, bei ähnlichen, damals steigenden Fallzahlen wurde die Risikobewertung von moderat auf hoch gesetzt.</p> <p>! Allgemeine Zustimmung des Krisenstabs zur Anpassung der allgemeinen Risikobewertung für die Gesundheit der Bevölkerung von hoch auf moderat und für die Risikogruppen von sehr hoch auf hoch.</p> <p>! Ebenfalls Zustimmung zur Anpassung des Abschnitts zur Übertragbarkeit. Mögliches Risiko einer sportlichen Aktivität im Fitnessstudio wird zunächst nicht mit aufgenommen. Für die aufgenommenen Beispiele (Singen, lautes Sprechen, Schreien/Rufen) gibt es Evidenz. Für ein Risiko bei körperlicher Betätigung ist noch nicht so viel Evidenz vorhanden (auch aufgrund der Maßnahmen). Die Risikobewertung kann aber angepasst werden, wenn Evidenz dazukommt.</p> <p>! Allgemeine Zustimmung des Krisenstabs zu Ergänzung bei Krankheitsschwere zu Übertragungen in Alten- oder Pflegeheimen und Krankenhäusern.</p> <p>! Formulierung im Abschnitt Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems zu „örtlich erhöht“ ebenfalls vom Krisenstab akzeptiert.</p> <p>! Im Abschnitt zu weiteren Informationsmöglichkeiten der BZgA wird „Bürger“ durch „Allgemeinbevölkerung und bestimmte Zielgruppen“ ersetzt.</p>	FG32/alle

	<p>! Zusätzlich wurden weitere redaktionelle Änderungen eingepflegt. <i>ToDo: Fr. Rexroth passt die Risikobewertung an und stimmt sie mit Hr. Schaade ab.</i></p> <p>! Eine Änderung der Risikobewertung sollte aktiv kommuniziert und erklärt werden, da sonst Nachfragen kommen. Grundsätzlich sollten Änderungen des Verhaltens proaktiv angekündigt und erklärt werden.</p> <p>! Die präferierte Methode wäre ein Pressestatement in dieser Woche in dem die Änderung der Risikobewertung erklärt wird. Hr. Wieler stimmt das Vorgehen mit Hr. Spahn ab und informiert den Krisenstab. <i>ToDo: LZ bereitet Sprechzettel für Hr. Wieler vor.</i></p>	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Fr. Thaiss gibt den Hinweis zur aktualisierten Teststrategie weiter. Information soll prominent auf Webseite plziert werden. Webseite der BZgA wird verändert, Slider oder Störer zur Einspielung von tagesaktuellen Informationen werden eingebaut.</p> <p>! Übersetzung des Quarantänemerkblass in weitere osteuropäische Sprachen ist möglich, Kapazitäten sind vorhanden.</p> <p>Presse</p> <p>! Fr. Degen hat einen Brief an die Datenjournalisten vorbereitet, der gerade bei Hr. Wieler zur Abstimmung liegt.</p> <p>! Nächsten Dienstag finden Wartung am Redaktionssystem des Internets statt – 3h lang kann nichts auf der Webseite verändert werden.</p> <p>Weitere Themen:</p> <p>! LK Sonneberg Beispiel für erweiterte zivilmilitärische Zusammenarbeit: Bundeswehr schickt eine hygienebeauftragte Ärztin (ausgebildet mit den Containment Scout Materialien) zum Monitoring nach Sonneberg und zusätzlich einen Epidemiologen (Reservist). Hr. Eckmanns ist vom RKI ebenfalls zur Unterstützung vor Ort. Die gemeinsame Reaktion sollte gut evaluiert werden und kann als Beispiel für ähnliche Zusammenarbeiten dienen. Die Evaluation ist auch für die Kommunikation nach außen interessant.</p> <p>! Es wird ein „letter to the editor“ zu einem Artikel vom 28.05. von Autoren aus Köln in Eurosurveillance geschrieben, die die RKI-Empfehlungen nicht korrekt aufgefasst haben und sich kritisch zu diesen geäußert haben (https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.21.2000531).</p> <p>! Die geplante Publikation der Bill and Melinda Gates Foundation</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>Bundeswehr</p> <p>FG32</p> <p>FG37/AL3</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>wird derzeit kommentiert.</p> <p>! Begleitpublikation zu ECDC Empfehlung zu Alten- und Pflegeheimen ist für Do in Eurosurveillance vorgesehen. Da Experten vom RKI für die ECDC Empfehlung konsultiert und auch genannt werden, hätte sich Hr. Rottmann eine Vorab-Information des BMGs gewünscht. Ist aber nicht für alle RKI-Tätigkeiten machbar.</p>	
7	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Im BMG LZ ist weiterhin das Thema Außengrenzen dominierend, v.a. durch AA und BMI. Der Bericht des BMI ist vom BMG intensiv kommentiert worden, Testungen werden nicht weiter erwähnt, es blieb nur ein Satz zur Prüfung weiterer Methoden.</p> <p>! Weiterhin gibt es parlamentarische Anfragen in großer Fülle.</p> <p>! Derzeit Vorbereitung für den BMG/BMI-Krisenstab am Donnerstag. Ein Thema wird die ÖGD-Kontaktstelle sein (Hr. Rottmann trägt vor), weiterhin die Themen Aerosole und Infektionen durch Kontaktpersonen. Bei diesen beiden Themen ist eine schriftliche Erklärung vom BMI angefordert worden. Es bedarf ggf. Unterstützung durch das RKI bei diesen Themen.</p>	Fr. Andernach
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Die touristischen Zonen in DE sollten bezüglich Community Transmission betrachtet werden und anders klassifiziert werden. Gerade auch im Vergleich zu anderen Ländern kann man in vielen Gebieten nicht von Community Transmission reden. Allerdings sind die Kriterien, die angewendet werden sollen, nicht klar und die Datenqualität die Hauptlimitation.</p> <p>! Das Thema ist in der AGI und EpiLag besprochen worden, aber aufgrund der unklaren Kriterien sollte es eine politische Entscheidung sein.</p> <p>! Man könnte aber festlegen, dass man davon ausgeht, dass es keine Community Transmission gibt, wenn in der Mehrzahl der LK eines BL keine Fälle in den 7 oder 14 Tagen zuvor aufgetreten sind.</p> <p>! Das ECDC überlegt auch eine subnationale Einteilung zu zeigen, ohne genauere Analyse und weitere Abstimmung. Zudem mach das ECDC die Auswertung aufgrund von Berichtsdatum, anfälliger für Berichtsartefakte etc. Zu diesen Themen sollte es mit dem ECDC einen Austausch geben.</p> <p><i>ToDo: FG32 und AL3 erarbeiten Vorschlag zur Bewertung von Community Transmission.</i></p> <p>b) RKI-intern</p>	FG36/alle

	! Nicht besprochen	
9	<p>Dokumente</p> <p>! Nowcasting/R Bericht für die Bundesländer (R nicht mehr ausweisen bei kleinen Fallzahlen in den letzten 8 Tagen, da dann evtl. irreführend)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hr. an der Heiden hat vorgeschlagen, dass bei Fallzahlen unter 16 der R-Wert nicht mehr ausgewiesen werden sollte. ○ Problematisch ist, dass Berlin das vom RKI bereitgestellte R in ihrem Ampelsystem verwendet. ○ Die anderen BL kommunizieren den RKI R-Wert in der Regel nicht. BY z.B. berechnet selbst einen R-Wert. ○ Es wird in der AGI angekündigt, dass die Ausweisung eines R-Wertes unterhalb der genannten Grenzen nicht sinnvoll ist und eingestellt werden soll. <p><i>ToDo: FG32 bringt die Thematik in die AGI ein.</i></p> <p>! Überarbeitung der Dokumente bezüglich Aerosole</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Detailtiefe sollte im RKI einheitlich sein (z.B. Infos zum Lüften), welche Detailtiefe sollte gewählt werden? Abgestimmter Text für einheitliche Informationen wäre wünschenswert. ○ Grundsätzlich wird Detailtiefe durch Evidenz begrenzt, dort wo keine Evidenz vorhanden sollte es im Allgemeinen bleiben. ○ FG14 überarbeitet derzeit Hygienesdokument und sendet den Vorschlag in den Krisenstabsverteiler. ○ FG14 hat zudem die Literatur zu Aerosolen aufgearbeitet und kann die Informationen nach interner Abstimmung an alle senden. ○ Presse wurden gestern beauftragt FAQs zum Thema Aerosole zu erstellen (z.B. Personen über Zeit im Raum, Verhalten im Raum und Lüften), FG14 und FG36 werden dazu eingebunden. <p><i>ToDo: FG14 und FG36 erstellen zusammen mit Presse einen Vorschlag für FAQs zu Aerosolen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zu beachten ist, dass wenn Aerosole der Hauptübertragungsweg wären, die Ansteckungsrate viel höher wäre. Die Maßnahmen und Empfehlungen greifen grundsätzlich und es ist eher ein weiterer Aspekt/eine Präzisierung und keine Trendwende bezüglich der Übertragungsart. 	<p>AL3</p> <p>IBBS</p>
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Reihentestung – nicht besprochen</p> <p>! Konkretes Rechenbeispiel zu „Number needed to test“ um einen weiteren Fall zu verhindern: Hr. Hamouda hat mit Hr. an der Heiden gesprochen, es gibt aber noch keine weiteren</p>	AL3



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	Informationen dazu.	
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Fachgruppe Intensivmedizin, Infektiologie und Notfallmedizin – (COVRIIN) ist öffentlich benannt und aktiv. Ein Link findet sich auf der Internetseite unter dem Punkt Therapie/Versorgung.</p>	IBBS
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>! Es wird im Sommer nur alle 4 Wochen ein Monatsbericht über die syndromische Surveillance der AGI veröffentlicht. Wenn keine Besonderheiten auffallen, werden die Daten im Krisenstab nur dargestellt wenn der entsprechende Monatsbericht erscheint. Für den Lagebericht wird aber weiterhin wöchentlich ein Text verfasst und COVID-spezifisch berichtet.</p>	FG36
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! AGI und EpiLag werden ab dieser Woche nur noch einmal wöchentlich eine TK abhalten.</p> <p>! Am WE soll es im LZ nur noch eine Schicht (10-17 Uhr) geben. Perspektivisch sollte das LZ auch unter der Woche nur noch mit einer Schicht arbeiten - Aufträge aus Randzeiten bräuchten längere Bearbeitungsfrist.</p> <p>! Grundsätzlich wäre es hilfreich, wenn die Liaisonpersonen darauf hinarbeiten in alle Aufträge eingebunden zu sein und auf machbare Fristen achten.</p> <p>! Auch im BMG wird das LZ reduziert und z.T. in Linienstrukturen zurückgeführt. Team Lage/Lagebericht (ca. 4 Personen) bleibt bestehen, Team 7 (Liaison) ebenfalls</p> <p>! Es war geplant den Lagebericht am Wochenende auszusetzen, BMG (Hr. Rottmann) hat allerdings Widerspruch eingelegt. Es könnte sein, dass befürchtet wird, dass die Bevölkerung dies als ein Signal der Entwarnung deutet. Zudem greift der BMG/BMI Lagebericht auf den RKI-Lagebericht zurück.</p> <p>! Liaisonpersonen kommunizieren den RKI-Standpunkt zum Lagebericht. Anpassung der Produkte an Entspannung der Lage. Großer Teil der Daten auch über Dashboard verfügbar. Karte mit Grenze von 35/100.000 könnte Problem darstellen und muss</p>	FG32

	<p>grds. geklärt werden.</p> <p>! Der Lagebericht könnte aber grundsätzlich gestrafft/reduziert werden, manche Teile müssen ggf. nicht jeden Tag berichtet werden.</p> <p>! Alles was von der Regel abweicht sollte öffentlich kommuniziert und erklärt werden. (s. aktuelle Risikobewertung) Eine Änderung des Lageberichts könnte man im Zuge der Änderung der Risikoeinschätzung kommunizieren. Hr. Wieler wird Hr. Spahn ansprechen, dass eine Reduzierung geplant ist.</p>	
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>! AGI-TK 13:00-15:00</p> <p>! ALM e.V. Pressekonferenz zu Laborfragen und Testzahlen 12:00-13:00</p> <p>! 8th webinar (DG SANTE) by the “COVID-19 Clinical Management Support System” on “COVID-19 and Intensive Care Medicine” 17:00-18:00</p>	alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 05.06.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	