



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	09.05.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
 - Lars Schaade
- Abt.2
 - Martin Mielke
- Abt.3
 - Osamah Hamouda
- ZIG
 - Johanna Hanefeld
- FG14
 - Mardjan Arvand
- FG17
 - Thorsten Wolff
- FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Ulrike Grote (Protokoll)
- FG34
 - Viviane Bremer
- FG36
 - Silke Buda
- FG37
 - Sebastian Haller
- IBBS
 - Bettina Ruehe
- Presse
 - Ronja Wenchel
- ZBS1
 - Livia Schrick
- ZIG1
 - Andreas Jansen
- BZGA
 - Heidrun Thaiss



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>nicht besprochen</i> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • Seit gestern gibt es 1.251 neue Fälle, Todesfälle nur um die 100, d.h. der Fall-Verstorbenen Anteil liegt bei 4,4 und damit noch niedriger als bei vielen anderen Ländern. • Bremen hat nur 27 neue Fälle mehr, aber eine hohe 7-Tage Inzidenz. In Bremen gab es relativ kontinuierlich hohe Fallzahlen. FG32 wird nachfragen, was los ist. • Generell nimmt die Anzahl von Neuinfektionen pro Tag weiterhin ab • Der Großteil der Fälle ist schon genesen; es gibt um die 20.000 Fälle, die noch nicht genesen sind. • R_{eff} ist höher als den Tag zu vor. Es gibt weiterhin 1.000-1.300 Fälle unter der Woche. Einzelne Fallanstiege können zu starken Änderungen von R_{eff} führen. • 7-Tage Inzidenz: Es gibt 3 Landkreise, die über 50/100.00 Fälle haben: <ul style="list-style-type: none"> ○ LK Steinberg (Schleswig-Holstein) mit einem Ausbruch in einem fleischverarbeitenden Betrieb. ○ LK Coesfeld (NRW) auch mit einem Ausbruch in einem fleischverarbeitenden Betrieb. ○ LK Greiz, wo die hohe Fallzahl durch ein Screening in 6 Alten- und Pflegeheimen entstanden ist. Es ist unklar ob die Screening Maßnahmen weiterdurchgeführt werden. • Über 35 Fälle/100.000 Ew: Rosenheim und Traunstein (beide Bayern). FG32 hat bereits nach Gründen gefragt und wartet auf Antwort. Es gab in Traunstein schon immer hohe Fallzahlen. Es soll geklärt werden, ob die Zahlen nun z.B. durch eine bessere Fallfindung oder einem Ausbruch erklärt werden können. • Alters/Geschlecht: Insgesamt sind die Fallzahlen stark zurücklaufend (auch bei höheren Altersgruppen). Die meisten Fälle gibt es bei den 35-59-Jährigen; die höchsten Inzidenzen bei den über 80-Jährigen. • Mortalitätssurveillance: Die Zahlen von DESTATIS zeigen die Tendenz, dass es für Deutschland eine Übersterblichkeit gibt. Die Zahlen liegen immer 4 Wochen zurück. Bundesländerspezifisch zeigt sich gerade bei Bayern und Baden-Württemberg, eine Differenz zwischen der erwarteten Anzahl von Todesfällen und der gezeigten. DESTATIS wünscht sich eine Auswertung zusammen mit den Meldedaten des RKI, um zu sehen, wie viele COVID-19 	FG32/alle



	<p>Erkrankte unter den Todesfällen sind. Bei EuroMOMO, wo nur Hessen und Berlin ihre Daten einspeisen, zeigt sich eine gerade Linie, aber würden alle Bundesländer mitmachen, sähe man vermutlich eine Übersterblichkeit.</p> <p><i>ToDo: FG32 klärt mit den Bundesländern, ob DESTATIS die COVID-19 Meldedaten pro Bundesland mit ihren Daten vergleichen darf.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • DIVI: mehr Behandlungen wurden abgeschlossen und somit nimmt auch die Anzahl intensivmedizinisch betreuter Patienten ab und mehr Kapazitäten sind frei. <p>Amtshilfeersuchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Landkreis Enzkreis (GA Pforzheim):</u> Hier läuft seit 8. April ein COVID-Ausbruchsgeschehen unter Mitarbeitern eines Schlachthofs, das aktuell ca. 350 Fälle umfasst. Auf dem Schlachthof befinden sich überwiegend Arbeiter aus anderen europäischen Ländern (Saisonarbeiter), die in gemeinschaftlichen Unterkünften untergebracht sind. Die Firma kooperiert nicht gut und es wurde z.B. den Gesundheitsbehörden nicht mitgeteilt, dass 50 neue Leute dazugekommen sind und Auflagen wurden teilweise nicht befolgt. Es gibt über 100 Unterkünfte und es ist schwer, den Überblick zu behalten. Die Polizei wurde bereits zur Überwachung der Quarantäne miteinbezogen, . Das RKI hat bereits mit Baden-Württemberg telefonischen Kontakt aufgenommen, muss aber zunächst sehen, wer zur Verfügung stehen würde. Ein Problem bei den Saisonarbeitern ist, dass diese nach geleisteter Arbeit bezahlt werden, d.h. auch erkrankte gehen oft arbeiten, um keinen Lohnausfall zu haben. Zusätzlich sind einige von ihnen auch TB befallen. • Es gibt bereits Empfehlungen zum Vorgehen zum Ausbruch in Gemeinschaftsunterkünften. Eine Auswertung zur Bedeutung von Gemeinschaftsunterkünften und der Ausbreitung von SARS-CoV-2 sollte folgen. An diese Analyse kann dann die Aussage geknüpft werden, dass bei solchen Einrichtungen im Falle eines Ausbruchs ein normaler Weiterbetrieb nicht sinnvoll ist. • Im Austausch mit anderen Ländern werden immer als Beispiele Schlachthöfe und Gemeinschaftsunterkünfte genannt werden. Vielleicht ist es ratsam, in Zusammenarbeit mit dem FLI bei solchen Betrieben für erhöhte Aufmerksamkeit zu sorgen. • Der 1. Fall in Pforzheim war schon um Ostern bekannt gewesen. Es soll daher kommuniziert werden, dass wenn ein Geschehen frühzeitig erkannt wird und schnell Maßnahmen implementiert werden, die Auswirkungen geringer sind und die Chancen, den Betrieb weiter offen zu halten höher sind. In ländlichen Gebieten gibt es 	
--	--	--



	<p>Möglichkeiten positiv Erkrankte zu separieren (z.B. Hotels), um das laufende Geschäft weiter aufrecht zu halten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Mein Schiff</u>: Die Amtshilfe wurde durch das niedersächsische Ministerium für beendet erklärt und das RKI-Team abgezogen. Auf Anfrage aus dem Ausland nach Daten zu den Crew Mitgliedern hat das RKI beim niedersächsischen Ministerium angefragt, was abgelehnt wurde. Da das RKI somit keine Informationen hat, welche Personen in welche Länder zurückreisen, kann das RKI keine anderen Länder informieren. Nach Prüfung durch das Rechtsreferat gibt es keine gesetzliche Grundlage, um solche Daten einzufordern. Das RKI hat das BMG darüber informiert. Das BMG hat vorgeschlagen, die Daten über TUI oder über das BMVI zu erhalten, wofür das RKI aber auch keine Rechtsgrundlage hat. Dies müsse über das BMG laufen. Ebenso ist es nicht Aufgabe des RKI die Crew Mitglieder zu informieren, dass sie ihr Konsulat kontaktiert können. Bei zukünftigen Anfragen aus dem Ausland wird das RKI diese an die niedersächsischen Behörden weiterleiten, sofern Niedersachsen dem RKI keine andere Verfahrensweise mitteilt. <p>Überlastungsanzeigen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die FF der Koordination der Überlastungsanzeigen liegt beim RKI. Das RKI übernimmt die Berichtserstattung, Der Wunsch vom Bundeskanzleramt und dem BMG ist eine tägliche Meldung (auch Nullmeldungen). Wenn die Bundesebene die Ergebnisse veröffentlicht, wird das die Compliance der Bundesländer nicht fördern. • Generell gibt es jetzt viele Amtshilfeersuchen mit Fokus auf Ausbruchsgeschehen. Das RKI kann die Amtshilfe nicht mehr in so einem Umfang leisten. Dies kommt ggf. durch die große Erwartungshaltung, die durch die Einforderung von Überlastungsanzeigen durch den Bund entstanden ist. Es muss mit der Bundeswehr geklärt werden, wie dieses die Unterstützung leisten werden und wie das RKI mit dieser kooperieren kann. FG37 eruiert zurzeit, wie viel Gelder noch im Hause zur Verfügung stehen würden, um noch mehr Containment Scouts zu rekrutieren, die dann für das RKI arbeiten. Das Problem ist aber oft, dass die anfordernden Stellen die RKI Mitarbeitenden als Legitimation für bestimmte Maßnahmen etc. nutzen. Das RKI ist aber nicht für das Treffen von strategischen Entscheidungen zuständig, sondern berät nur. Gerade da die Containment Scouts keine langjährige RKI Erfahrung haben, ist es gefährlich, wenn diese für so eine Legitimation herangezogen werden. Eine Absprache mit der Bundeswehr wäre daher zunächst ratsamer. 	
--	--	--



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"> Epidemiologische Abklärung am Beispiel COVID-19 (AGES, abrufbar unter: https://www.ages.at/service/service-presse/pressemeldungen/epidemiologische-abklaerung-am-beispiel-covid-19/): Der Artikel stellt gut dar, was in der Feldepidemiologie sowieso gemacht wird, d.h. z.B. Infektionsketten nachvollziehen. Die Beschreibung, in welchen Settings Übertragungen hauptsächlich stattfinden (z.B. eher nicht in Schulen oder bei zufälligen Begegnungen, sondern eher im Haushalt), sind ggf. hilfreich. 	VPräs
5	Aktuelle Risikobewertung <ul style="list-style-type: none"> <i>Wird Montag besprochen.</i> 	
6	Kommunikation BZgA <ul style="list-style-type: none"> Es gab Nachfrage zu Kontraindikationen bei MNB: Dies kann entweder eine pulmonale Grunderkrankung oder eine psychische Problematik sein. Die BZgA empfiehlt generell Rücksprache mit dem Arzt zu halten. Möglichkeiten könnten sein, dass diese Personen eine MNB z.B. nur in Situationen, wo der Abstand nicht eingehalten werden kann die MNB tragen und generell längeres Tragen vermeiden. Die Unsicherheit in der Bevölkerung steigt, da es viele heterogene Empfehlungen bis hin auf kommunale Ebene (pflegerische Einrichtungen, Schule, Kita) gibt. Zur Studienlage bei Kindern (u.a. zum Kawasaki Syndrom) steht Frau Thaiss mit Herrn Haas im Austausch. Die BZgA startet eine Umfrage (Cosmowelle) zur subjektiven Informiertheit. Dies ist gut, um Maßnahmen zu evaluieren. Anmerkung RKI: Es wird befürchtet, dass Jüngere bei milden Symptomen eine Testung eher ignorieren, weshalb es gut wäre, wenn die Öffentlichkeitsarbeit weiterhin darauf zielt, zu sensibilisieren. Das Abstandshalten ist ebenso noch nicht wirklich verinnerlicht, aber MNB werden überall (z.B. im Garten) getragen. Zu den Tragen von Masken im Freien gibt es keine Evidenz. Sollten die Empfehlung für MNB nur für geschlossenen Räumen gelten und ist die Abstandsregel überall, d.h. auch nur beim kurzen vorbeilaufen (z.B. Eingang Geschäfte), oder nur bei persönlichen Kontakt nötig? Es wäre schwer Ausnahmen zu definieren und die Gefahr ist, dass solche als Freibrief genommen werden und dann z.B. bei Grillfesten im freien trotz engen persönlichen Kontaktes keine Maske getragen wird. Daher sind 	BZgA/alle



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>generelle Regeln sinnvoller. Massive Kommunikationskampagne sind nötig, um den Leuten die Maßnahmen noch mal deutlich zu machen (z.B. 2 Leute mit ausgestreckten Armen).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eindeutige Botschaften sind sinnvoll. Dies sollten positiv formuliert sein z.B. MNB in Kontext XY sinnvoll, aber man sollte sich vor negativen Aussagen z.B. unter welchen Umständen sollte man MNB nicht tragen. Es ist wichtig, eine klare abgestimmte Kommunikation zwischen BZgA und RKI zu haben. • FG14 bekommt Anfragen zu Kontakten, die Kontakt zu einer SARS-CoV-2 positiven Person hatten, die aber eine MNB getragen hat. Die Frage ist, in welche Kategorie so eine Kontaktperson fällt. Es ist nicht bekannt, wie die MNB getragen wurde, wie weit die Personen entfernt waren oder was für ein Stoff die Maske hatte, sodass es schwer wäre die MNB als Schutz zu definieren. <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donnerstag hat es in den Medien teilweise für Aufregung gesorgt, dass Pressebriefings abgesagt werden. Ansonsten gibt es aus der Pressestelle nichts weiter zu berichten. 	Presse
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inzidenz 50/100.000 Ew. pro Woche: Der Wert wurde politisch gesetzt. Das automatisierte Verfahren ist aber eine Arbeitserleichterung für das RKI. Die Grenze heißt aber nicht, dass ab da ein Gesundheitsamt erst aktiv werden soll. Das ist schon vorher nötig. • Es gab Donnerstag eine Anfrage vom BMI über das BMG, ob es etwas Ähnliches auch für das europäische Ausland gibt, sodass automatische ein Land/eine Provinz/Region/Kanton als besonders betroffene Region erkannt wird. Somit müsste das RKI nicht wieder in Abstimmung mit dem BMG besonders betroffen Gebiete ausweisen, sondern es gäbe auch hierfür einen schnelleren Mechanismus. In der Abfrage wurde um Abstimmung auf europäischer Ebene mit ECDC gebeten. Das ECDC hat bereits eine Selbstbewertung der Länder über TESSy (in Deutschland auf Bundeslandebene) erstellt. Erhoben werden soll, ob es community transmission, cluster, einzelne Fälle oder keine Fälle gibt. Diese Informationen gibt es dann auf der ECDC Homepage. Gewünscht ist eine wöchentliche Abfrage, die in Deutschland z.B. im Rahmen der EpiLag stattfinden könnte. Alternativ kann die 14-Tage kumulative Inzidenz, die das ECDC für die Länder veröffentlicht, genutzt werden. Hierbei gibt es allerdings nicht die Information, ob es community transmission oder Ausbrüche gibt. ZIG schreibt für das BMG/BMI auf, wie sie bislang ihre Bewertungen gemacht haben (z.B. gibt es Maßnahmen in Grenzländern). Darüber hinaus stellt ZIG auf die ECDC Zahlen um, damit sie die (momentan noch nationale) 14-Tage Inzidenz in ihre Bewertungen mitaufnehmen können. Der 	VPräs/alle



	<p>Politik soll zurückgespiegelt werden, dass ein europäischer Ansatz und somit ein gemeinsames Anliegen nötig ist. Zu beachten ist, dass Indikatoren auch ökonomische Folgen haben und sich die auf die Testungen auswirken kann und somit der Ausbruchsbekämpfung im Wege stehen kann. Daher sollte auch für eine gemeinsame Teststrategie geworben werden.</p> <p><i>ToDo: Montag soll ZIG oder FG32 dem BMG zurückmelden, dass subnationale Zahlen für andere Länder nicht benannt werden können. Man kann als Grundlage für die Bewertung die vorhanden ECDC Zahlen nehmen (z.B. 14 Tage Inzidenz) plus die wöchentliche Abfrage des ECDC.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Think Tank <ul style="list-style-type: none"> • Es sollte ein Think Tank mit externer Beteiligung kreiert werden, welcher dem RKI Anregung für die Arbeit geben soll. • Der Think Tank bestehen u.a. aus einem Virologe (Herr Drosten als Leiter der Konsiliarlabores), einem theoretischem Epidemiologen/Modellierer (z.B. Herr Meyer-Hermann vom HZI), einer Person aus dem ÖGD mit Expertise in Epidemiologie, einem Sozialepidemiologen (Namensvorschlag ggf. aus Abt 2), einem Kliniker, einem Pädiater, einem Krankenhaushygieniker und einem Ethiker. • In verschiedenen Gremien sind bereits viele davon schon vertreten. Diese sind aber nicht spezifisch auf Corona ausgerichtet (z.B. Expertenbeirat Influenza). Es muss geklärt werden, wie sich der neue Think Tank zu den anderen Gremien verhält. FG32 hatte für die RKI-interne Krisenplanung bereits einen (hauptsächlich internen) Verteiler angelegt, der genutzt werden kann. Herr. Drosten hat selbst auch einen Think Tank zu dem er auch schon mal Herrn Buchholz zur Mitarbeit eingeladen hat. Statt sich aber dieser Gruppe anzuschließen, ist es sinnvoller das Signal zu senden, dass das RKI einen neuen Think Tank erstellt hat. IBBS hat eine Fachgruppe bestehend aus Notfallmediziner, Infektiologen und Intensivmediziner und könnte Personen benennen. ZIG kann jemanden aus internationalen Bereich benennen. • Die Gremien sollten auf jeden Fall bei der Auswahl der Personen für den Think Tank berücksichtigt werden. Es könnten aus diesen Gruppen z.B. ein Pädiater aus der STIKO oder ein Krankenhaushygieniker aus der KRINKO ausgewählt werden. Dies hilft auch, die Gremien zu vernetzen. Ggf. auch jemanden vom FLI. Es kann auch sinnvoll sein eine Übersicht der Mitglieder der Gremien zu erstellen und auszutauschen, .Es soll also folgendes berücksichtigt werden: <ol style="list-style-type: none"> 1. Berufliche Disziplin 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>2. Bisheriges Einbringen in die Coronakrisen eingebracht</p> <p>3. Gremienarbeit</p> <p><i>ToDo: LZ schreibt eine Vorlage von einem Konzept inklusive Namen als Vorschläge (z.B. bereits von dem Krisenstab genannte Personen)</i></p> <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begriffsklärungen BMG: bereits im Punkt vorher besprochen. 	
8	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Nicht besprochen</i> 	FG32
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • FG17: In der letzten Woche gab es keine SARS-CoV-2 positive Probe. Nächste Woche bindet eine Akkreditierung die Kapazitäten von FG17 stark. 	FG17
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMG hatte bereits verschiedene Arzneimittel im Ausbruchsgeschehen beschafft. Remdevisir kommt auf die Liste der zu beschaffenen Arzneimittel hinzu. Für die Verwendung wäre klinische Studie eher wünschenswert. Nun wird die Substanz aber über das Apothekernetzwerk verteilt. Der behandelnde Arzt/Ärztin muss eine Erklärung abgeben, dass er/sie das Medikament für schwer erkrankte Patienten einsetzt und bei Nebenwirkung den Hersteller informiert etc. • Durch das BMG sollen Oberarztstellen in STAKOB Zentren finanziert werden. Die DGI hat eine ähnliche Bestrebung und stellt einen Antrag. IBBS vernetzt sich mit der DGI. 	IBBS
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testung und Umgang mit Genesenen, die Kontaktpersonen werden: Die Frage kam von Frau Jurke, wie mit solchen Personen umgegangen werden soll. Es wird empfohlen, dass die Gesundheitsämter die Person direkt fragen oder in ihren eigenen Unterlagen nachschauen, ob diese Person bereits infiziert war oder dies. Die Person könnte als Kontaktperson der Kategorie 3 (wie geschütztes medizinisches Personal) gelten. Nach 5-7 Tagen sollte der Kontakt aber noch mal getestet werden, um eine mögliche asymptomatische Besiedlung feststellen zu können und dann auch eine Viruskultur zu machen, um festzustellen, ob RNA Schnipsel vorhanden sind oder es sich um ein vermehrungsfähiges Virus handelt. Solche Informationen sollten auch in SurvNet eingetragen werden. Daher ist eine Rücksprache mit FG32 nötig. Bei einer PCR sollte auch möglichst der CT Wert, angegeben werden, sodass diese Informationen auch auswerten kann. Es ist wichtig, sich diese Personen anzuschauen und nicht einfach anzunehmen, dass diese immun oder teilimmun sind. Da vorgeschlagen wird, diese Personen als Kontaktpersonen der 	FG36



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Kategorie 3 zu zählen (wenn sie natürlich asymptomatisch sind), wird eine Empfehlung zur Isolation ausgesprochen, aber keine Quarantäne verordnet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Papier zum Kontaktpersonenmanagement</u>: Die Frage aus den Bundesländern kam auf, ob dieses Papier in Hinblick auf stärkere Maßnahmen für Kontaktpersonen der Kategorie 2 überarbeitet wird. Hintergrund ist die Lockerung der allgemeinen Maßnahmen. Bisher war die Maßnahme die Informationen durch das Gesundheitsamt. Der Gedanke war, diese stärker zu testen. Im Ausbruchfall gibt es aber sowieso die Entscheidungsfreiheit alle zu testen. Man sollte sich zunächst die Daten von bestätigten Fällen, die als Kontaktperson der Kategorie 2 galten, in SurvNet anschauen. Daraus kann man sehen, wie viele solcher Fälle es gab und ob daraus ein Handlungsbedarf entsteht. Den Bundesländern kann zurückgemeldet werden, dass das RKI ihre Anmerkung zur Kenntnis nimmt und sich die Daten anschaut. 	FG32
12	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dashboard: Im Dashboard gibt es ein Standardauswahlfeld, um sich die 7-Tage-Inzidenz anzuschauen. Es muss noch geklärt werden, ob dies auch bei portablen Endgeräten funktioniert. 	alle
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mein Schiff 3 – Internationale Berichtspflichten des RKI nicht erfüllbar – <i>bereits unter Punkt 1 besprochen.</i> 	FG32
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statistik Lagezentrum (<i>vertagt auf Montag</i>) 	FG32
15	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	alle
16	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nächste Sitzung: Montag, 11.05.2020, 13:00 Uhr, via Vitero 	