# Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

*(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)*

***Anlass:***Neuartiges Coronavirus (COVID-19)

***Datum:*** *21.04.2020, 11:00 Uhr*

***Sitzungsort:*** Viterokonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

* Institutsleitung
  + Lars Schaade
  + Lothar Wieler
* Abt. 2
  + Thomas Lampert
* ZIG
  + Johanna Hanefeld
* FG12
  + Annette Mankertz
* FG14
  + Melanie Brunke
  + Mardjan Arvand
* FG17
  + Thorsten Wolff
* FG21
  + Patrick Schmich
* FG 32
  + Ute Rexroth
  + Maria an der Heiden
  + Linus Grabenhenrich
  + Ariane Halm (Protokoll)
* FG36
  + Walther Haas
  + Silke Buda
* FG37
  + Tim Eckmanns
* IBBS
  + Christian Herzog
* Presse
  + Ronja Wenchel
* ZIG1
  + Andreas Jansen
* BZGA
  + Heidrun Thaiss
* Bundeswehr
  + Katalyn Roßmann

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TOP** | **Beitrag/Thema** | **eingebracht von** |
| **1** | **Aktuelle Lage**  **International**   * Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien [hier](file:///C:\Users\halma\AppData\Roaming\Microsoft\Word\Hochladen\Lage_21_04.pdf))   + Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage     - USA: Bestätigung des abfallenden Trends, >787.000 Fälle, 42.364 Todesfälle, IHME-Projektion zu kumulativen Todesfällen besagt, dass unter den aktuellen Maßnahmen noch mit einem Anstieg zu rechnen ist   + Länder mit >7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage     - Russland: starker Fallzahl-Anstieg, R0 aktuell ~2; viel Festland-LKW-Verkehr zwischen Russland und Deutschland, bei Maßnahmenlockerung ist gute Beobachtung wichtig, um neuen unbemerk-ten Import zu verhindern – ZIG1 bleibt dran     - Alle anderen Länder mit R0 ~1, gute Perspektive   + Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag     - Singapur: R0=2,04, bereits besprochen     - Bangladesch: R0=1,98, wird näher untersucht, auch aufgrund der Rohingya Flüchtlingssituation   + Länder mit >100 Fällen und einem R0>1: nicht viel neues seit gestern, die Größe der Punkte stellt die nationalen Fallzahlen dar, je heller ein Landespunkt, desto stärker war der Anstieg in den letzten 7 Tagen, Russland hat aktuell den größten hellblauen Punkt, auch kritisch beobachtet: Somalia, Bangladesch     - Australien: ursprünglich als Risikoland angesehen wegen Nähe zum Ursprung der Epidemie, 6.619 Fälle, 71 Todesfälle, Fallsterblichkeit 1%, Inzidenz ~26,5/100.000, 65% der Fälle importiert, >400.000 Testungen (Stand 12.04.), Positivrate 1,5%, Strategie sehr extensiv, weitere Ausweitung geplant, vom 16.-30.04. können sich alle Personen im südlichen Landesteil testen lassen, 83 mobile Teststationen für Aborigines die in Reservate fahren und dort Personen testen, auch PCR-Screening von Abwasser („wastewater surveillance system“) zur räumlichen Bestimmung, hat nichts mit fäkal-oraler Übertragung zu tun;  Maßnahmen: nationaler Notstand seit 13.03., meist Reiseverkehrbezogen, eingeschränkte Reiseerlaubnis innerhalb des Landes, vor allem Fokus auf Influx von Fällen, weiter auch hier genutzte Maßnahmen Schließung von nicht-essentiellen Geschäften und öffentlichen Einrichtungen, aktuell <20 neue Fälle/Tag, Maßnahmen sollen bis Mitte/Ende Mai erhalten bleiben, auch damit gute KoNa gesichert ist; Ausnahme: keine Schulschließungen wegen geringer Infektionszahl bei Personen <19 Jahren, Umsetzung von Maßnahmen unterliegt lokalen Behörden, Eltern entscheiden mit, ob Kinder in die Schule gehen   + Schulschließungen     - Singapur hat auch keine Schulen geschlossen     - Es gibt ein Papier aus Australien zur Strategie bezüglich der Offenhaltung von Schulen, Andreas Jansen teilt es mit allen     - Eine wissenschaftlichen Begründung hierzu ist noch nicht identifiziert worden   + Saisonalität, UV-Einwirkung, Hitzestabilität     - Noch keine Evidenz für Klimaauswirkungen, viele Paper präsentieren Modellierungen mit diversen Ergebnissen 🡪 noch keine Aussage möglich     - Australien und Neuseeland haben gute Surveillanceinstrumente, wenn dort Studien durchgeführt werden sicher mehr Information verfügbar   + COVID-19 und Ramadan     - In 2 Tagen beginnt die Fastenzeit, bis zu 5 Mio. Muslime in Deutschland nehmen auch teil, abendliches Fastenbrechen findet normalerweise in größeren Gruppen und Familien statt     - Ramadanverschiebung wurde diskutiert, hohes Risikopotential wegen großer Gruppen     - WHO hat Guideline hierzu publiziert ([hier](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331767/WHO-2019-nCoV-Ramadan-2020.1-eng.pdf))     - Sollte RKI sich hierzu positionieren?     - Nein, kein Hervorheben einer Religion, BMI hat letzten Freitag hierzu Treffen gehabt, generell werden für alle religiösen Gemeinschaften Empfehlungen ausgesprochen   **National**   * Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](file:///C:\Users\halma\AppData\Roaming\Microsoft\Word\Hochladen\Lage-National_2020-04-21.pdf))   + SurvNet übermittelte Fälle: 143.457 (+1.785), davon 4.598 (3,2%) Todesfälle (+194),  Inzidenz 173/100.000 Einw., ca. 95.200 Genesene, R=0,7 (95% KI 0,5-0,8)   + Inzidenz national 173/100.000 Einw.   + Nowcast, auch nach Alters- und Geschlechtsgruppen, aufgrund großer 95%KI in den einzelnen Gruppen schwer zu interpretieren   + Dashboard-Daten können auch abgerufen werden, allerdings ist ggf. Erklärung hierfür notwendig   + IHME Forecast zu Krankenhausressourcen und Todesfällen: s. Folien oder [hier](https://covid19.healthdata.org/germany)   + Brandherde erscheinen in den letzten Tagen geringer, möglicherweise ist Wochenendeffekt noch beinhaltet   + DESTATIS Mortalitätssurveillance wird verfügbar   + Einrichtungen     - Gemeinschaftseinrichtungen: Fälle hier sollten beobachtet werden, da hier häufig Kinder und Jugendliche betreut werden     - Fälle in Einrichtungen wurden gestern in Lagebericht integriert: dies stieß auf große Medienresonanz, solcherart Informationen können nur aus Meldedaten erhalten werden     - Fälle aus medizinischem Personal sollten wenn möglich mehr untersucht werden * DIVI IntensivRegister (Folien [hier](Hochladen/DIVI%20IntensivRegister%20und%20SPoCK%20-%20Update%202020_04_21.pdf))   + >1.200 KKH, in der Bundesstatistik (von vor ein paar Jahren ) waren 1.160 aufgeführt, Lagebild ist jetzt relativ komplett (90%) und nahezu alle Intensivbetten werden erfasst   + 1 KKH kann (mehrmals) aus verschiedenen einzelnen Meldebereichen melden (wird noch überarbeitet)   + Aktuell ca. 3.000 Patienten, davon ~75% beatmet, dies und die Anzahl der Toten ist relativ stabil über die letzten Wochen seit das Register gute Daten meldet   + Es wird von ~32-33.000 Betten ausgegangen, ca. 40% hiervon sind frei   + Zurzeit liegt der Schwerpunkt der Fälle in intensiv-medizinischer Behandlung in BW und BY   + DIVI beinhaltet Kategorisierung nach Schwere     - Low-care: nicht-invasive Beatmung     - High-care: mit invasiver Beatmung, ~8.000 frei   + Steuerungs-Prognose von intensivmedizinischen COVID-19-Kapazitäten (SPoCK)     - Modell für dieses neue Projekt ist in Arbeit, es basiert u.a. auf aktueller Kapazität     - Kick-off Treffen am Donnerstag     - Einzelfalldaten werden als Modellgrundlagen genutzt     - Projekt soll über die nächsten 2 Jahre laufen     - RKI lediglich Koordination, andere TN sind DIVI, IMBI Freiburg, IMI Aachen, BMG-finanziert   + Intensivmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen     - Paper aus USA suggerieren hier mögliche Überlastung, kann dies über DIVI erfasst werden?     - Daten (neonatologische bzw. Kinderabteilung) sind im Register enthalten aber noch nicht ausgewiesen     - Eine Erfassung der Altersstrukturen wird möglich sein, aktuell sind es jedoch nur aggregierte Daten, in den nächsten Wochen soll eine Strategie entwickelt werden     - Die Kapazität hierfür kann aus den vorhandenen Informationen erfasst werden   + Prä-intensivmedizinischer Bereich     - Werden klinische Verläufe vor Intensivmedizin auch beobachtet, bzw. wird es Parameter/ prädiktive Werte hierzu geben?     - Aktuell erhobene Daten beziehen sich ausschließlich auf intensivmedizinischen Bereich     - Noch nicht aber in Zukunft: Eine Medizin-Informatik Initiative arbeitet an gemeinsamem Datenübertragungs-system, so dass auch andere Daten und Parameter abgeleitet werden können     - Dies soll auch den stationären Verlauf davor beinhalten mit Anteilen/Charakteristika   + Sollen elektive Maßnahmen wieder zugelassen werden? Wird Prognose-modellierung hierfür bereits verwendet werden können? Die Hoffnung ist ja, bleibt abzuwarten, ob es geht, der Wunsch ist, diese Grundlage zu legen |  |
| **2** | **Erkenntnisse über Erreger**  **Molekulare Surveillance**   * Wie wird diese jetzt aufgebaut: wird sequenziert und wie wird Sequenzierung entschieden? * FG17 leitet Initiative an der verschiedene Bereiche beteiligt sind, Kollaboration mit KL ist auch geplant * Technisches Problem: Vollgenomsequenzierungen aus Proben waren erst nicht möglich, heute TK um diesbezügliche Kapazitäten zu klären * Epidemiologische Begleitung von Proben die im KL auflaufen soll gesichert werden, Vertrag und Kooperationsunterlagen in Fertigstellung * Noch keine Sequenzierungs-Ergebnisse von positiven Proben aus AG Influenza oder Krankenhaus-Kooperation * FG36 (Stefan Kröger) versucht die verschiedenen Bereiche, wo Sequenzierungen in ZBS und Kollaboration mit KL laufen in den Workflow zu integrieren, auch hinsichtlich epidemiologischer Fragestellungen * Nächste Woche wird ausführlicher hierzu berichtet   **ACE-2-Rezeptor: wo kommt er vor?**   * Wurde in der Vergangenheit in Enterozyten in der Niere und in der Lunge gefunden * Auch dokumentiert in der Mundschleimhaut, in Blutgefäßen (Lancet Paper beschreibt ihn im Endotel), dies suggeriert eine Beteiligung der Blutgefäße und ubiquitärere Verteilung als ursprünglich vermutet * Ggf. gibt es einen Unterschied zwischen Basis- und Erkrankungszustand, möglicherweise Interferon-vermittelt * Es bestehen Hinweise auf neurologische Störungen und Beteiligung von Nervenzellen   **Bericht aus der Klinik**   * Präs berichtet von Gespräch mit Herrn? aus klinischem Bereich * Es werden massiv zentralnervöse Störungen bei COVID-19-Patienten beobachtet * Manche Arbeiten beschreiben, dass Rezeptoren auch in Nervenzellen gefunden werden * KKH-Liegezeiten teilweise sehr lang (5 Wochen) * Ein klinisches Register über klinische Verläufe wird unter Kollaboration von Lübeck und Charité erstellt 🡪 sehr wichtig um die einzelnen Erkrankungsstadien und kritischen Phasen besser zu verstehen | FG17/FG36  FG17/Präs  Präs |
| **3** | **Aktuelle Risikobewertung**   * Nichts neues | alle |
| **4** | **Kommunikation**  **BZgA**   * Aktualisierung von Merk- und Informationsblättern, Abstimmung zu ambulanter Pflege läuft * Aktualisierung der Empfehlungen für ArbeitgeberInnen * Ramadan: scheinbar noch keine neue Informationen aus dem BMI * Diskussion mit Integrationsbeauftragter bezüglich Aufnahmeeinrichtungen: große Informationsbedarfe, eine pro-aktive Abdeckung dieser ist in Vorbereitung in Form von Piktogrammen und ggf. Videos   **Presse**   * Nichts zu berichten   **Bundeswehr**   * Wünscht Trainingsunterlagen und Information zur Qualifizierung der EpiScouts, ist mittlerweile erledigt | BZgA  Presse  Bundeswehr |
| **5** | **RKI-Strategie Fragen**   1. **Allgemein**  * Strategie-Papier „Stärkung ÖGD“   + Sollte als Arbeitsauftrag verstanden werden   + Minister ist schnell/reaktiv: RKI sollte zeitnah Empfehlungen verfassen, damit diese vom BMG angenommen werden   + Frist 22.04.: Meldepflicht zu Überlastungsanzeigen, Selbsteinschätzung der (regionalen? und) lokalen Behörden, damit ggf. auch RKI reagieren kann 🡪 einfaches Ampelsystem ohne Indikatoren erwünscht * Bericht und Beschlüsse CDS-Schalte   + Beschlüsse die sich mit RKI-Themen beschäftigen kommen oft über die Länder und nicht über die Regierung bei uns an   + Kommunikation geht direkt vom Minister aus   + Papiere wurden bei Bundespressekonferenz ausgelegt und wahrscheinlich auf BMG-Homepage veröffentlicht   + Arbeitsebene eventuell nicht immer durch Minister beteiligt   *ToDo: RKI LZ (LZ-Leitung?) bittet BMG LZ das RKI über solcherart Dinge zu informieren*   1. **RKI-intern**  * Nicht besprochen | FG32/Präs/  VPräs |
| **6** | **Dokumente**  **Sprachregelung R (Basis vs. Effektive Reproduktionszahl)/ aktuelle Entwicklung**   * Wunsch des BMG, bezieht sich auf bundesweites Kontaktverbot und Stilllegen der Wirtschaft * Matthias an der Heiden hat kommentiert, Bewegungsdaten sollen eingefügt werden (Dirk Brockmann), bevor es zurück ans BMG geht * Es sind jedoch noch andere Komponenten zu berücksichtigen, Papier sollte nicht nur R-bezogen sein/diese nicht überbewerten * Multikomponentenansatz   + Absage von Massenveranstaltungen   + Unterbrechen von Übertragungsketten zwischen verschiedenen Bereichen (Kontaktsperre) * Kommunikationsherausforderung, da R nur einer der Parameter ist, gerade die COVID-19-Kurven bei >80-jährigen, Todesfällen, DIVI-Prognosen zeigen diverse andere Entscheidungskriterien, die mit berücksichtigt werden müssen   + Transmission (vielleicht auch R)   + Individuelle klinische schwere (Klinikberichte)   + Impact (DIVI System und Todesfälle   🡪 Alle drei müssen berücksichtigt werden und darauf basierend kann über Maßnahmen Abbau oder Zusatz entschieden werden   * Walter Haas macht noch einen Zusatz im Papier   *ToDo: Dirk Brockmann soll die erwünschten Bewegungsdaten einfügen*  *ToDo: Walter Haas ergänzt im o.g. Sinne, dann soll es zurück ans BMG (Iris Andernach) gehen*  **Empfehlungen für Erstaufnahmeeinrichtungen**   * Halberstadt Einsatz war aufgrund der Komplexität schwierig, hat aber generische Gedanken angestoßen, die auch heute auf der AGI-Agenda stehen * Im BAMF beschäftigt sich niemand hiermit, es wird als Verantwortung der Länder gesehen (ist dies dokumentiert?) * Interne Abstimmung läuft, Dokument ist noch nicht AGI-reif   **Wiedereröffnung von Schulen**   * Dokument ging an BMG, noch keine Rückmeldung, wurde an AGI geschickt und wird dort heute besprochen, Walter Haas nimmt deswegen an AGI teil | FG32/FG36  FG32  FG36/FG32 |
| **7** | **Labordiagnostik**   * Letzte Woche hat FG36 ein Motivationsschreiben an AG Influenza Praxen geschickt, heute werden 27 Proben getestet, (zu) niedriges Probenaufkommen * Kostenübernahme für Testungen   + Gibt es Neuigkeiten nach BMG-Papier „testen, testen, testen“, wer bezahlt für Testungen?   + Alle Anfragen dieser Art ans BMG LZ schicken, dort wird daran gearbeitet, RKI soll sich nicht äußern   + In AG Diagnostik wird Kostenübernahme aktuell und insbesondere für serologische Testungen diskutiert, noch kein finales Ergebnis hierzu * Rückmeldung von AGI Ärzten: sie würden gerne Patienten beproben, aber Patienten werden umgeleitet und nicht mehr in den primärversorgenden Praxen gesehen | FG17/alle |
| **8** | **Klinisches Management/Entlassungsmanagement**   * Präsentation/Update zum DIVI-Register, s. oben Lage National | FG32 |
| **9** | **Maßnahmen zum Infektionsschutz**  **Hygieneempfehlungen**   * RKI Empfehlung ist im Umgang mit COVID-Patienten wenn möglich FFP2-Masken zu nutzen, zusätzlich: bei Masken-Knappheit und wenn keine aerosolgenerierenden Maßnahmen stattfinden kann auch MNS verwendet werden * Wurde als rechtswidrige Empfehlung gesehen * BMG möchte nun, dass RKI dem BMAS Formulierungsvorschlag nähertritt mit zusätzlichem Disclaimer „wenn Notlage…“ * Eine TK hierzu steht aus, Einladung durch BMG wird erfolgen   **MNS oder MNB am RKI**   * Außerhalb des Büros sollen MA eigenständig den Empfehlungen des RKI Folge leisten, dies beinhaltet auch ÖPNV * Wie soll im Büro vorgegangen werden:   + RKI sollte generell mit gutem Beispiel voran gehen   + Hausverfügung, Masken auf dem Flur zu tragen?   + Textile Masken oder professioneller MNS?   + Nur wenn Abstand nicht eingehalten werden kann? * Masken sinnvoll, gerade bei längeren Besprechungen zusätzlich zu Abstand implementieren * Aktuell wird diesbezüglich von der Allgemeinbevölkerung selber eine Lösung erwartet * Wenn Masken sollte auch Desinfektionsmittel zur Verfügung gestellt werden, genug 1-mal MNS mit Desinfektionsmittel-spendern * Es sollte eine institutsweite Regelung gefunden werden, auch bezüglich auf- und absetzen der Masken, Lagerung etc. sollte unter angemessenen Hygieneumständen erfolgen * Schlussfolgerung: MNS am RKI, noch nicht klar, ob immer oder bei Abstandsproblemen, professioneller MNS mit entsprechendem Desinfektionsmittel * Große Mehrheit des Krisenstabs ist für Masken am RKI   *ToDo: VPräs bespricht dies mit den entsprechende Stellen im Haus* | VPräs/FG14  Alle |
| **10** | **Surveillance**  **Rechtsänderungen IfSG**   * Kommentierungsfrist bis morgen, auch Meldung von Negativtestungen soll ermöglicht werden, wurde bereits bei der EpiLag diskutiert, besser die Diskussion morgen zu führen * Vertagt auf morgen (bitte wenig auf die Agenda) | FG32 |
| **11** | **Transport und Grenzübergangsstellen**   * Nicht besprochen |  |
| **12** | **Internationales (nur freitags)**   * Nicht besprochen |  |
| **13** | **Update Digitale Projekte (sonst nur montags)**   * 1. Charité-App   + Fragebogen läuft dort (Charité)   + BMG möchte, dass dies auf RKI-Seite eingebunden wird, aber aktuell fehlt die rechtliche Grundlage hierzu   + BMG prüft dies, am Donnerstag gibt es eine TK, RKI-Presse ist involviert * 2. Datenspende-App:   + Aktiv, Nutzerzahlen sind hoch (~1 Mio. haben sich registriert, 300-400.000 Nutzer haben sich verbunden)   + Aktuell wird daran gearbeitet, Ergebnisse zu produzieren, 14 Tage sind notwendig, um Veränderungen zu sehen, Ergebnisdarstellung mit interaktivem Design soll ab Sonntag/Montag erfolgen   + Seit Freitagabend viel Diskussion, Chaos Computer Club fühlt sich in die Entwicklung der Bundesregierung nicht genügend eingebunden und möchte künftig stärker involviert werden   + Kritik ist u.a., dass Quellcode der App nicht veröffentlicht wird, wird auch für andere RKI-Lizenzprodukte nicht veröffentlicht * 3. PEPP-PT Konsortium:   + Mediale Macht und mögliche Konsequenzen (s.o. Chaos Computer Club) müssen RKI bewusst sein, wenn es RKI-Produkt herausbringt   + Automatisierte Erfassung von Kontakten durch die App erfolgt großflächig, wenn Element aus einer Kette infiziert wird, werden andere Kontakte informiert   + Konsortium ist groß, auch Zusammenarbeit mit Fraunhofer, manche Player mittlerweile wieder verschwunden, Schweizer Kollegen haben sich mit großer Gruppe gegen das Konsortium gewandt   + Eine RKI Sprachregelung, die sich am Produkt und der Funktionalität des Produkts orientiert ist notwendig   + Außerdem gibt es ein Apple und Google Konsortium   + Heute Vorgespräch mit dem neuem Projektmanager   + Morgen Gespräche mit BMG, PWC zum Datenschutzkonzept   + Zielkomponenten müssen in Einklang gebracht, Datenkonzept und Dokumente strukturiert werden   + Angedachte Zielfunktionalität ist, dass GA nicht die Leute anrufen müssen, GA bis jetzt nicht aktiv involviert, Erklärung, wie GA-Entlastung praktisch laufen soll steht noch aus   + Es wurde eine Karte erstellt, auf der die digitalen Projekte veranschaulicht werden | FG21 |
| **14** | **Information aus dem Lagezentrum**   * Anfrage aus BMFSJ zu Beteiligung RKI an Leitfadenerstellung zur Wiedereröffnung Kitas   + Wunsch ist Beteiligung von RKI-Experten   + Weiterleitung an das BMG mit Bitte um Entscheidung, ob RKI sich einbringen soll, BMG soll Kontrolle behalten   + Wenn RKI mitmacht, sollte es in Studien involviert sein   + Abt. 3 soll entscheiden, ob sie ggf. in Kooperation mit externen Studien aufsetzen könnten   *ToDo: überprüfen ob Anfrage über BMG kam, ansonsten zunächst Weiterleitung an BMG mit Frage ob RKI beteiligt werden soll* | FG32 |
| **15** | **Wichtige Termine**   * 12:00 Wöchentliche Pressekonferenz von ALM (PreAkkreditierte Labore in der Medizin) * 13:00 AGI Telefonkonferenz * 10:00 und 15:30 Pressekonferenzen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz |  |
| **16** | **Andere Themen**   * Noch offen: Soll großzügiges home office für MA jetzt rückgängig gemacht werden? E-Mail Präs am 16.04. um 16:22 * **Bitte wenig auf die Agenda morgen um Diskussion zu IfSG-Änderungen zu ermöglichen (VPräs)** * Nächste Sitzung: Mittwoch, 22.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero |  |