

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Lage:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum, Uhrzeit:	16.01.2020, 16-17.10 Uhr
Sitzungsort:	Raum N.01.01.021

Moderator: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abteilung 3-Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG-Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Marc Thanheiser
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Michaela Niebank
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Andreas Jansen
 - Basel Karo

TOP	Beitrag/Thema
1	<p>Aktuelle Lage</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Insgesamt sind derzeit 43 laborbestätigte Fälle bekannt: 41 aus Wuhan (China), 1 nach Thailand importierter Fall und 1 nach Japan importierter Fall. Der nach Japan importierte Fall hat sich vermutlich bei dem Besuch seines Vater, der aufgrund einer Lungenentzündung in Wuhan hospitalisiert ist, infiziert. Den Huanan-Seafood-Markt hat der Fall nicht besucht. ! Derzeit sind aus Wuhan 2 Familiencluster bekannt. Das erste Cluster betrifft ein Ehepaar: während der Ehemann am Huanan-Seafood-Markt arbeitet, war seine ebenfalls erkrankte Ehefrau dort nicht zugegen. Dem zweiten Cluster gehören 3 Familienangehörige an (Vater, Sohn und Cousin). Nur der Cousin hatte Kontakt zum Huanan-Seafood-Markt (er arbeitet dort). ! In den Medien wird berichtet, dass bei etwa 70% der 41 bestätigten Fälle in Wuhan ein direkter Zusammenhang mit dem Huanan-Seafood-Markt besteht. ! Die ebenfalls über die Medien kolportierte Information, dass in Wuhan ein Exit-Screening betrieben wird, konnte in einer GOARN-Telefonkonferenz nicht bestätigt werden. ! In einem vertraulich zu behandelnden WHO-Dokument schätzt die WHO am 15.01.2020 das Risiko in China als hoch ein, global als moderat. Die bisherige Risikobewertung wird damit eskaliert. Hintergrund für die veränderte Risikoeinschätzung wahrscheinlich der erste importierte Fall nach Thailand und eventuell auch der Versuch, Druck auf China betreffend einer transparenteren Informationsweitergabe aufzubauen. ! Die Diskussion ergab, dass das RKI dennoch weiterhin an der derzeitigen Risikobewertung (Risiko des Eintrag nach Deutschland gering, Risiko der Weiterverbreitung in der deutschen Bevölkerung als sehr gering) festhält. Am 17.01.2020 wird das ECDC ein Rapid Risk Assessment (Vorversion „Threat Assessment“) veröffentlichen; an deren Einschätzung wird sich das RKI weiter orientieren. ! Folgende Informationen für eine aussagekräftige Risikobewertung fehlen bislang bezüglich der Fälle in China: Alter, Geschlecht und klinische Befunde der Fälle, tierische Quelle, Inkubationszeit, Epikurve, Angaben zur Exposition, Informationen zum Übertragungsweg, Behandlungsergebnisse (bzw. ob überhaupt ggf. experimentell behandelt wurde). ! Veröffentlichungen: in Beteiligung von Herrn Drosten wurde eine deskriptive Beschreibung des Ereignisses vorab im International Journal of Infectious Diseases veröffentlicht: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971220300114?via%3Dihub . Darüber hinaus hat eine Gruppe das R0 geschätzt: Link . Die darin enthaltenen Informationen sind jedoch aus epidemiologischer Sicht mit Vorsicht zu betrachten. ! IBBS verweist auf die guten und vertrauensvollen GHSI-Kontakte (z.B. zu dem betroffenen Land Japan), die gerne über Christian Herzog genutzt werden können.
2	<p>Aktuelle Dokumente - Update</p> <ul style="list-style-type: none"> ! RKI-Internetseite: in der AG-Sitzung wird besprochen, dass die von der Pressestelle vorbereitete Seite zum neuartigen Coronavirus mit den derzeit verfügbaren Informationen freigeschaltet werden können. Verfügbar sind bereits angepasste Informationen zur Labordiagnostik und zum Selbstschutz bei Verdachtsfällen. Das Dokument zur klinischen Falldefinition liegt ebenfalls vor. Das Flusschema wird publiziert werden, sobald verfügbar (voraussichtlich am 17.01.2020). Dann ist auch ein Tweet zur neuen Seite vorgesehen. Die nCoV-Seite ist über den Kurzlink www.rki.de/ncov und

	<p>www.rki.de/wuhan zu finden, sowie über die RKI-Startseite und auf der A-Z-Seite zu Coronaviren (dort neben den Links zur MERS- und SARS-Seite).</p> <p>! Im EpiBull ist im blauen Kasten ein Informationstext erschienen.</p> <p>! Auch der RKI-Newsletter berichtet über das Ereignis.</p>
3	<p>Labordiagnostik</p> <p>! FG17 hat in Abstimmung mit Christian Drosten Empfehlungen zur Labordiagnostik erstellt. Diese sind ebenfalls am 16.01.2020 (nach der AG) auf der RKI Internetseite erschienen.</p> <p>! Das RKI hat bereits entsprechende Primer zur PCR-Diagnostik des neuen CoV vorliegen. Vermutlich am 17.01.2020 wird auch eine Positivprobe eintreffen. Den PCR-Assay hat Herr Drosten entwickelt.</p>
4	<p>Falldefinitionen, Flussschema</p> <p>! Die Falldefinitionen wurden von FG 36 entwickelt, diese orientieren sich an der WHO-Vorlage, sind jedoch spezifischer. Das ECDC hat ebenfalls ein Vorgehen zur Abklärung von potenziellen nCoV-Fällen veröffentlicht (https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/laboratory-testing-suspect-cases-2019-ncov-using-rt-pcr).</p> <p>! Das Flussschema wird derzeit noch zwischen IBBS und FG 36 abgestimmt und kann voraussichtlich am 17.01.2020 vormittags veröffentlicht werden.</p>
5	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Ein Dokument mit Titel „Empfehlungen des RKI für die Hygienemaßnahmen und Infektionskontrolle bei Patienten mit Pneumonien verursacht durch ein neuartiges Coronavirus (nCoV) aus Wuhan, China“ wurde erstellt und am 16.01.2020 auf der RKI-Internetseite (nach der AG) veröffentlicht: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html</p>
6	<p>Klinisches Management</p> <p>! Zur experimentellen Behandlung könnte Ribavirin und 2 weitere Virustatika verwendet werden. Der Zugang zu Ribavirin in Deutschland ist gewährleistet. Die WHO hat ein Dokument namens „Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected“ veröffentlicht (https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf). Die Seiten des STAKOB als auch des RKI sollen darauf verlinken. Eine Übersetzung ins Deutsche ist derzeit nicht geplant. Der STAKOB tagt am 20./21.01.2020 am RKI, dort können weitere Bedarfe besprochen werden.</p>
7	<p>Transport (Grenzübergangsstellen)</p> <p>! Bei der AGI-TK am 16.01.2020 wurde über das Ereignis informiert. Ebenfalls wurde die Aktivierung der Koordinierungsstelle am RKI kommuniziert inkl. der Erreichbarkeit. Informationen zum neuartigen CoV für die Grenzübergangsstellen wurden zur Weitergabe an Hafen- und Flughafenärztliche Dienste in den Ländern der Link zur aktuellen nCoV-RKI-Internetseite zur Verfügung gestellt. Von der AGI und den Teilnehmenden der EpiLag wurde kein spezifischer Bedarf geäußert.</p>
8	<p>Informationen aus der Koordinierungsstelle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ! Als E-Mail-Verteiler für die nCoV-Lage am RKI wird der Verteiler-RKI-Coronavirus@rki.de genutzt. Änderungen am Verteiler können durch Maria an der Heiden und Ulrike Grote durchgeführt werden, die Änderungen am besten an das Postfach der Koordinierungsstelle (nCoV-Lage@rki.de) kommunizieren. ! Gemeinsamer Ordner: ..\..\..\RKI_nCoV-Lage ! Zuständigkeitenübersicht: Änderungswünsche bitte an die KS schicken.
9	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das „Capacity Review Tool“ zur Coronavirus-Preparedness der WHO passt nicht an allen Stellen gut zu Deutschland mit seiner föderalen Struktur. Ähnlich wie bei der JEE erfüllt Deutschland nicht alle Fragen, z.B. im Bereich Risikokommunikation und Grenzübergangsstellen. In anderen Bereich wie z. B. dem Laborbereich, oder dem Case Management System scheint Deutschland wiederum sehr gut aufgestellt. Von einer detaillierten Beantwortung der Fragestellungen wird abgesehen. ! Falls es Unterstützungersuchen anderer Länder gibt bzgl. Laborkapazitäten bzw. finanzieller Hilfe beim Shipping von Proben könnte solch einem Untersuchung, in Abstimmung mit BMG und dem KL von Herrn Drosten, ggf. nachgekommen werden.
10	<p>Nächste Treffen: Momentan ist es sinnvoll, 2-mal pro Woche ein Treffen der Lage-AG zu haben. Die nächsten Treffen sind für 21.01.2020 und 23.01.2020 geplant. Einladungen werden von der Koordinierungsstelle versendet.</p>

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Lage:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum, Uhrzeit:	20.01.2020, 13-14.35 Uhr
Sitzungsort:	Raum N.01.01.021

Moderator: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
 - Barbara Buchberger
- ! Abteilung 3-Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! Abteilung 1-Leitung
 - Martin Mielke
- ! ZIG-Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Marc Thanheiser
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Juliane Seidel (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Udo Buchholz
- ! IBBS
 - -
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche (Telefon)
 - Janine Michel

! INIG

- Basel Karo
- Sarah Esquevin

TOP	Beitrag/Thema
1	<p>Aktuelle Lage</p> <ul style="list-style-type: none">! Aktuell 205 Fälle, über das WE 136 neue Fälle berichtet! 198 in China (Wuhan, 2 Peking, 1 Shen Zhen)! 4 Fälle außerhalb China (2 Thailand, 1 Japan)! 1 neuer Todesfall, 3 Todesfälle (aus Wuhan)! WHO vertraulich – epidemiologischer Report, Info Fälle in Wuhan (Bezug auf 41 Fälle in Wuhan; kein Kontakt zu Huanan-Seafood-Markt aber Kontakt zu, 5 Fälle ohne Kontakt zu anderen Fällen und kein Markt), ersten 2 Fälle hatten Kontakt zu Fällen mit Pneumonie! Vermutung: kein single-source-outbreak! letzter bekannter Erkrankungsbeginn: 18.1.2020! bislang keine Fälle bei Kindern, med. Personal oder Tieren bekannt! milde Verläufe sind am häufigsten, daher mehr Fälle möglich (sub-clinical oder milder Verlauf)! vermutete Inkubationszeit: WHO: 4-10 Tage (Information durch China)! Schätzungen des Imperial College London: 1700 Fälle! WHO-Team (Epidemiologen) nach China entsendet! Morbidity-Mortality-Pattern (inkl. Komorbiditäten) ähnelt eher MERS, als SARS! Mensch-Mensch-Transmission belegt (2 Übertragungen nachgewiesen)! alle Fälle stammen bisher aus Wuhan! USA hat Entry-Screening etabliert an Flughäfen mit Direktverbindungen nach Wuhan, RUS hat an Grenzen und PoE Aktivitäten verstärkt! Risikoeinschätzung RKI unverändert: geringes Importrisiko, Weiterverbreitung in Deutschland sehr gering! R0: Schätzung basieren auf zu wenigen Daten (Schwere der Erkrankung unklar, Inkubationszeit nur geschätzt, etc.)<ul style="list-style-type: none">! einzelne Fälle von interfamiliären Übertragungen (ca. 763 Kontakte)! Erstgenerationsübertragung R0 unter R1 <p>Ergänzungen durch Herrn Wieler (Bericht TK):</p> <ul style="list-style-type: none">! Chinesen ändern teilweise die Falldef., dadurch Änderung der Fallzahlen; aktuell neue Fälle auch in Peking, Shanghai;! 15 pos. Ergebnisse aus Umgebung (unklar welche)! International Health Regulations (IHR) Emergency Committee tagt diese Woche und berät, ob das Geschehen eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite gemäß der IGV 2005 (PHEIC) ist.
2	<p>Kommunikation – Aktualisierung</p> <ul style="list-style-type: none">! Aktuelle Risikoeinschätzung des RKI bleibt bestehen (inkl. Zusatz „Import einzelner Fälle kann jedoch nicht ausgeschlossen werden“. Es erfolgt eine Überarbeitung der Risikoeinschätzung entsprechend der neuen Fallzahlen, die Risikoeinschätzung verändert sich dadurch nicht.! Das ausführlichere Dokument der Risikoeinschätzung anhand des RKI-Risikobewertungsleitfadens erst einmal nicht veröffentlichen, nur für den

	<p>internen Gebrauch</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zu umständlich, die Zahlen ständig anzupassen - nicht aktuell ! weitere interne Abstimmungen zum redaktionellen Prozess nötig, um Qualitätsstandard zu sichern (mind. Epibull-Niveau) ! Veröffentlichung auf RKI-Homepage erst einmal verschoben <p>! Aktualisierte Zusammenfassung des Geschehens (inkl. des kurzen Satzes zur Risikoeinschätzung) ist veröffentlicht</p> <p>! Update der Informationen zum Geschehen auf der RKI-Homepage zeitnah je nach Bedarf (Presse, INIG, FG36)</p> <p>RKI-Internetseite:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Versch. Dokumente online seit 17.1.2020 (Falldefinitionen, Flusschema, Labordiagnostik, IPC, ...) ! bitte regelmäßiges Update durch die Federführenden. Federführend ist derjenige, der das Dokument zur Veröffentlichung an die Pressestelle geschickt hat. <p>EpiBull: blauer Kasten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! INIG + FG36 erarbeiten eine Mitteilung <p>Pressekommunikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Erfolgt für relevanten Medien durch Herrn Wieler und Herrn Schaade: (z.B. aktuell Herr Wieler: 20Uhr DE/ENG bei der Dt. Welle, Heute Journal, Herr Schaade: RBB + Deutschlandfunk) <p>BZgA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aktuell müssen von der BZgA noch keine Informationen für die allgemeine Bevölkerung erarbeitet werden.
3	<p>Besprechung Szenario: importierter nCoV-Fall nach Deutschland: wie gut sind wir vorbereitet? Welche Informationen können wir als RKI den Bundesländern zur Verfügung stellen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine gemeinsame Bearbeitung möglicher Verdachtsfälle in Deutschland soll angestrebt werden. Dafür werden Dokumente für das Ausbruchmanagement aktualisiert, z.B. für Kontaktpersonen nCoV (angepasst aus MERS-Unterlagen), Tagebuch für Kontaktpersonen, Erfassungsinstrument (Linelist EXCEL), Handreichung für Gesundheitsämter (Eingabe WBK-Meldung in SurvNet, welche Informationen sollen zur Einschätzung erhoben werden). Die Verwendung der einheitlichen Dokumente unterstützt die Sammlung der fallbezogenen Informationen. ! Um die Chance der Nutzung einheitlicher Dokumente zu erhöhen, werden die vorbereiteten Dokumente proaktiv über die EpiLag an Landesgesundheitsbehörden gegeben. Ankündigung erfolgt am 21.1. ! Die virologischen Untersuchungen werden durch das zuständige

	<p>Gesundheitsamt (GA) organisiert und koordiniert, aber die Diagnostik soll am KL stattfinden. Information aller Gesundheitsämter (GÄ) dazu erfolgt über die Landesgesundheitsbehörden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FG36 kontaktiert KL bzgl. des Protokolls für eine gemeinsame (GA, KL, RKI) Umgebungsuntersuchungen, falls diese nötig werden (inkl. der Information über die vom RKI präferierten Dokumente für die epidemiologische Untersuchung). <p>Welche Informationen benötigen wir von den GÄ/Bundesländern, um aussagefähig zu sein? Wie kommen die zu uns?</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Verwendung möglichst einheitlicher Dokumente (s.o.). Die Zusammenführung auf RKI-Ebene ist aber nicht möglich. ! Durch eine Meldung über WBK stehen dem RKI Daten über SurvNet zur Verfügung und sind weitere Informationen generierbar (hierfür die Handreichung für Gesundheitsämter, s.o.).
4	<p>Surveillance-Anforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorbereitung verschiedener Dokumente für Infektionsmanagement (s. TOP 3) ! WBK-Meldung über SurvNet ! kurzfristige Anpassungen in SurvNet sollen prioritär bearbeitet werden (Einrichtung der Koordinierungsstelle zeigt Priorisierung)
5	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FG17: durch INV-Saison werden Kapazitäten ausgelastet sein ! Virologie Charité/ Herr Drosten sind als KL primär zuständig, entwickelten die Labordiagnostik für MERS und nun auch für nCoV. ! hierzu Absprachen über Protokoll zwischen Herrn Wolff und Herrn Drosten (inkl. Probentransport über Shuttle von Charité an RKI) ! Anfallende Umgebungsuntersuchungen sollen komplett am KL stattfinden (siehe Top 3). ! Die Charité/ Herr Drosten und ZBS1 (WHO-Kooperationszentrum für neu auftretende Infektionen und biologische Gefahren) wollen sich gemeinsam an einem WHO-EURO-Roster zur Unterstützung anderer Staaten bei der Laboruntersuchung beteiligen. Die Rückmeldung an die WHO soll in einem abgestimmten Text sowohl Charité als auch von ZBS1 erfolgen. ! Geplanter Probeneingang: <ol style="list-style-type: none"> 1. Anlauf: Charité Virologie 2. dann Weiterleitung an ZBS1 3. Reserve FG17 ! Die PCR-Assay-Entwicklung ist einfacher für SARS und 2019-nCoV, da beide Viren sich sehr ähnlich sind. ! Orientierung an publizierten Protokollen.
6	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es wurden „Wahrscheinliche Fälle“ zu den bestätigten Fällen ergänzt, um mit dem Flusschema übereinzustimmen.
7	<p>Klinisches Management</p> <ul style="list-style-type: none"> ! IBBS/ STAKOB: gerne Multiplikator für klinische Fragen, Therapieprotokollen, etc. ! Flussdiagramm: wird noch mal überarbeitet, im klinischen Ablaufprogramm (klarer Ausschluss)
8	<p>Transport (Grenzübergangsstellen)</p> <p>1.) Modellierung: Importrisiko nach Deutschland auf Grundlage des Ferguson-Artikels, hauptbetroffene Flughäfen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Modellierung durch Brockmann: Passagierströme aus China/ betroffenen

	<p>Gebiete nach Deutschland</p> <p>2.) Vorbereitung Infos für Reisende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kommunikation der PoE untereinander zu KoNa, Passagierinformation; FRA erstellt aktuell Passagier-informationen für Reisenden aus den betroffenen Regionen bzw. aus China; versch. Sprachen ! am Flughafen FRA: Tests auf INV, ggf. Wissen wie viele Pass. aus der Region kommen ! RKI kann auf der Homepage auf diese Passagierinformation verlinken (z.B. Info-Poster); auch kann das Poster von FRA auf der Webseite stehen ! RKI bleibt im Kontakt mit PoE (Bereitstellung der validen Daten zur Klinik und Inkubationszeit, etc.); ! Info an PoE, dass nun auch Fälle in Städten mit Direktflügen nach Deutschland <p>3.) Aktuelle Bewertung Entry Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> ! keine Empfehlung von RKI für ENTRY-Screening in der aktuellen Situation: <ul style="list-style-type: none"> ! Stellungnahme durch RKI (vom BMG) ! aktuelle Stellungnahme zu ENTRY-Screening erarbeiten <p>Kommentar Walter Haas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. INV/ kurz Inkubationszeiten nicht empfohlen (keine wissenschaftl. Evidenz) 2. Illness-monitoring CDC etabliert (100 Pers. zusätzlich bereitgestellt)
9.	<p>Informationen aus der Koordinierungsstelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Einige Arbeitsaufträge von der Koordinierungsstelle werden an einzelne Personen verteilt ! Bitte der Koordinierungsstelle an AG: bitte direkt untereinander austauschen ! Koordinierungsstelle aktuell nur durch FG32 besetzt ! Wenn die Arbeitsbelastung durch das Geschehen zunimmt, dann sollte die Besetzung auf andere OE ausgeweitet werden ! Bei relevanter Kommunikation bitte Koordinierungsstelle immer in CC setzen
10	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! IT-Anforderungen für das aktuelle Geschehen (siehe Top 4) ! PCR ist gegen die anderen Coronaviren abgeglichen, SARS könnte als positive Test auftreten, aber zirkuliert aktuell nicht
11	<ul style="list-style-type: none"> ! 21.01.2020 TK zu IPC von WHO HQ ! FG 14, Frau Arvand soll für RKI teilnehmen ! Nächstes AG-Lage-Treffen: Freitag, 24.1. um 13-14:30 Uhr

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Lage:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum, Uhrzeit:	22.01.2020, 10:30-12:30 Uhr
Sitzungsort:	RKI-Lagezentrum Besprechungsraum (S05.D.01.083)

Moderator: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abteilung 2-Leitung
 - Hr. Mielke
- ! ZIG-Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Marc Thanheiser
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth (auch AL3 i.v.)
 - Maria an der Heiden
 - Juliane Seidel (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
 - Udo Buchholz
- ! IBBS
 - Julia Sasse
 - Bettina Rühle
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Basel Karo

TO P	Beitrag/Thema
1	<p>Aktuelle Lage</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es wurden vom 21.01. bis zum 22.01. weitere 100 Fälle gemeldet, d.h. nun 440 Fälle (in 19 subregions). Neu ist 1 bestätigter Fall in den USA (Seattle). Unbestätigt ist die Information über 2 weitere Fälle in Thailand. Es gibt nun 9 Todesfälle (alle aus Wuhan). Die Erkrankungsbeginne beziehen sich immer noch nur auf die ersten Fälle, 8.12.2019 – 18.1.2020. Erkrankungsbeginne der neuen Fälle sind noch unklar. Aktuell gibt es 15 Fälle unter HCW, Wuhan (lt. Chinesischen Medien alle aus dem gleichen Krankenhaus/ gleiche Abteilung; ggf. noch 5 weitere in der Nachbarprovinzen, unbestätigt). ! Weiterhin sind 2 Familien-Cluster bestätigt (1 Ehepaar und 3 Pers.) <p>GHSI-TK (PIWIG-Netzwerk), am 21.01.2020, Teilnahme FG36:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Chair hatte Fr. Knop (BMG) ! Teilnehmer der TK: USA (CDC), Kanada, Japan, Frankreich, Italien, Mexico, Deutschland, WHO. ! Der Seattle-Fall ist interessant, weil dieser kein Kontakt zu anderen Erkrankten oder einen Besuch auf einem Markt in Wuhan angegeben hat. Er ist erst 1 Tag nach der Einreise in US erkrankt. ! Es gab noch viele offene Fragen, z.B. Exposition, Klinik, Erkrankungsbeginne (Epikurve). Kanada hat angeboten, die offenen Fragen an die WHO weiterzuleiten. ! Bei den Abstrichen der Oberflächen (Markt, etc.) wurde bisher nichts gefunden. ! Weitere Übertragungsmöglichkeiten des Virus (Stuhl, Urin) sind bisher unbekannt. ! Aktuell gibt es von dem von der WHO entsendeten Team noch keine Rückmeldung. Dieses wird hoffentlich Mitte der Woche mehr Informationen zu den offenen Fragen liefern können. ! Die Risikoeinschätzung für Deutschland hat sich aufgrund der Hinweise auf Mensch-zu-Mensch-Übertragung leicht geändert: „Das Risiko für die Bevölkerung in Deutschland wird zurzeit als gering eingeschätzt. Diese Einschätzung kann sich aufgrund neuer Erkenntnisse kurzfristig ändern. Mit einem Import einzelner Fälle nach Deutschland muss gerechnet werden“ (vorher: ist nicht ausgeschlossen). ! Die Mortalität beträgt aktuell 2% (best. und wahrscheinliche Fälle), aber der Nenner aller Erkrankten ist nicht bekannt, daher sind die 2% nicht realistisch und ggf. eher überschätzt. Andererseits können weitere Todesfälle noch nachgemeldet werden (von den ersten Erkrankten, da es meist Verzögerungen bei der Meldung der Todesfälle gibt). ! Weiterhin sind keine Kinder betroffen. Der/Die jüngste Erkrankte ist 15 Jahre alt. Auch bei SARS gab es keine Erkrankungen bei Kindern. <p>Was wäre unser Trigger zur Einrichtung des Lagezentrums (LZ)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Je nach interner Arbeitsbelastung würde eine Eskalierung mit Eröffnung des LZ erfolgen. Bei der Aktivierung des LZ ist die politische Aussage zu beachten. Die Prinzipien bei der Arbeit im LZ sind die gleichen wie bei der Koordinierungsstelle. Es müssten noch weitere andere Themen depriorisiert werden und andere OE zur Entlastung in die Arbeit

	<p>eingebunden werden, etc. Der organisatorische Teil der Eskalation LZ könne auch während der Koordinierungsstelle aktiviert werden (Eskalation entsprechend der organischer Erfordernisse), z.B. das Hinzuziehen anderer OEs. Spätestens ab dem ersten bestätigten Fall in Deutschland soll das LZ am RKI aktiviert werden.</p> <p>! Im Vorfeld wurde Herr Kersten von Frau Rexroth um eine Liste mit MA gebeten, die im LZ mitarbeiten wollen bzw. bereits Erfahrungen haben. FGL32 gibt an PRÄS eine Rückmeldung zur Auswahl. PRÄS spricht über die entsprechenden AL und OEL die Abordnung der in Frage kommenden MA für diese Lage ab.</p> <p>Info zu von Treffen: Kabinett, AA, GHSI, WHO EC</p> <p>! Das Bundeskabinett tagt heute, u.a. Corona, ENTRY-Screening kann ein Thema sein. Das RKI hatte dazu Input für eine Stellungnahme des BMG vorbereitet. Das BMG hat Lageeinschätzung an Kabinettmitglieder gesendet.</p> <p>! GHSI-TK: Bzgl. Sample-sharing wurde eine Unterstützung befürwortet für die Entwicklung eines serologischen Testverfahrens.</p> <p>! Anmerkung: in den USA und die teilnehmenden Staaten der GHSI-TK hatten alle mit dem ersten Fall ihr EOC aktiviert.</p> <p>! Beim IHR Emergency Committee soll auch der Probenaustausch thematisiert werden.</p> <p>! STAG - IH (PRÄS): Probenaustausch wurde auch thematisiert, Nagoya-Protokoll</p> <p>! PRÄS soll wahrscheinlich am nächsten Di 28.01.2020 im Bundeskanzleramt zur Nachrichtenlage die fachliche Ansicht des RKI beichten.</p> <p>Sprachregelung falls WHO den PHEIC erklärt- Was bedeutet das insgesamt und für Deutschland?</p> <p>! Hier handelt es sich um zeitlich befristete Empfehlungen, die für 3 Monate gelten, dann erfolgt eine erneute Sitzung. Die Erklärung des PHEIC verleiht den Empfehlungen Nachdruck.</p> <p>! Weitere Möglichkeit zur besseren Datenverarbeitung durch das RKI ergibt sich durch einen PHEIC nicht automatisch. Das IGV-DG ist am spezifischsten für solche Lagen (normal vs. PHEIC). Falls es Fälle in Deutschland geben würde, würde allerdings die Aktivierung der IfSG Koordinierungs-VwV dem RKI rechtlich am meisten Kraft geben, d.h. ggf. eine bessere Handhabe für die Erhebung von Informationen/ Daten, etc. für die Lageeinschätzung und die Berichterstattung an die WHO. Aktuell Unterstützt das RKI zwar den ÖGD mit Instrumenten für eine einheitliche Datenerhebung im Bedarfsfall, aber ob diese dann auch genutzt und die Daten entsprechend übermittelt werden, ist nicht zwingend. Dies würde sich durch die Koordinierungs-VwV ggf. einfacher durchsetzen lassen.</p> <p>! Presse hat bereits die Ebola-FAQ für nCoV angepasst, falls ein PHEIC ausgesprochen wird. Diese könnten dann auf die RKI-Webseite gestellt werden.</p> <p>Brainstorming: Was können wir noch als RKI zur "Readiness" Deutschlands beitragen?</p> <p>! Zur effektiveren Arbeit bei bestätigten Fällen in Deutschland sollte die</p>
--	---

	<p>Aktivierung der Koordinierungs-VwV jetzt bereits vorbereitet werden, d.h. die BL werden vorbereitend befragt, ob bei Auftreten des ersten Falls in Deutschland die IfSG Koordinierungs-VwV aktiviert werden kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Erstellung eines arbeitstäglichen Lageberichts anstreben. Dieser soll dann an BMG, die BL und die IGV-Flughafengruppe versendet werden. Zeiten und Abläufe müssen noch mit INIG/FG36 abgestimmt werden. Hierzu findet noch heute ein Termin statt. ! Zusätzlich zur ÖGD-internen Information wird auch die Ärzteschaft über einen Artikel im Ärzteblatt informiert werden. Das Heft geht Mittwoch, 29. Online und am 31. wird es verteilt. ! Es ist sinnvoll FAQ für nCoV (ohne konkrete Fallzahlen) vorzubereiten (vielleicht auch in Kombination mit den FAQs bzgl. PHEIC). Zielgruppe wäre die Ärzteschaft und Fachöffentlichkeit, siehe auch FAQs WHO und ECDC. ! Wenn es bestätigte Fälle in Deutschland geben sollte, würden evtl. household-studies nötig sein. Dazu bestehen bereits Erfahrungen aus 2009. Vorbereitend könnten Instrumente zur Datenerhebung und zum Datenrücklauf vorbereitet werden sowie die Datenschutzrechtliche Einschätzung im Studienfall, etc. (Ermittlung vs. Studie). Diese Fragen sollten in der nächsten Lagebesprechung diskutiert werden. Pseudonymisierte Daten können ab März im Rahmen des Masernschutzgesetzes vom RKI bearbeitet werden.
2	<p>Kommunikation – Aktualisierung</p> <p>RKI-Internetseite:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die nCoV-Situationsbeschreibung auf der RKI-Webseite wird nun etwas universeller gehalten. Das Fallzahlen-Update erfolgt separat nach Bedarf (Presse hat ein Format vorbereitet). ! Es sollen FAQs vorbereitet werden mit folgenden fachlichen Informationen: 3 FAQs zu klinischen Bild (IBBS/FG36), 3 FAQs zu Internationalem (ZIG1/INIG) und 3 FAQs zur Lageeinschätzung in Deutschland und Bereitschaftsplanung (FG32/36). Die Koordinierungsstelle legt hierzu ein Dokument an, versendet den Link an die o.g. OEs und die Textbausteine werden von den jeweiligen OEs eingefügt. Presse übernimmt die redaktionelle Anpassung. Die FAQ können auch gern die bereits unternommenen Aktivitäten des RKIs darstellen (Selbstdarstellung nach außen). <p>BZgA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BZgA sollte jetzt eingebunden werden. BZgA soll Informationen für die Allgemeinbevölkerung vorbereiten (fachliche Informationen dazu kommen vom RKI). ! Textbausteine der FAQs sollen auch der BZgA zur Verfügung gestellt werden. Formulierung der FAQs für die Allgemeinbevölkerung. <p>GHSI-Telefonkonferenz (21.01.2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Siehe oben <p>Flughafen-AG Telefonkonferenz (21.01.2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gab gestern eine ad hoc TK, weil ein Bedarf zum Austausch von Seiten der IGV-benannten Flughäfen und dem zuständigen ÖGD geäußert wurde. Gemeinsame Haltung ist klar gegen ein ENTRY-Screening. Dies wurde auch in der Stellungnahme für das BMG vermerkt. ! Er werden Passagierinformationen durch Frankfurt vorbereitet (Fokus auf Bildschirme/ Monitore, die schnell aktualisiert werden können). Die Koordination soll auf Wunsch durch das RKI geschehen. Auch ist ausdrücklich erwünscht, dass alle Logos der beteiligten Akteure auf den Materialien erscheinen, inkl. RKI.



	<p>! Dies ist von Seiten der Institutsleitung kein Problem, wenn die Informationen für uns fachlich in Ordnung sind.</p> <p>! Die Übersetzung der Passagierinformation ins Chinesische kann durch das RKI (Cai Wei/ FG36) ermöglicht werden.</p> <p>! Aktuell soll diese Passagierinformation aber noch nicht zum Einsatz kommen, erst in der nächsten Eskalationsstufe (Stand 20.1.).</p> <p>! Am Freitag 24.01.2020 ist die nächste TK vorgesehen. Dazu sind dann auch Vertreter der AGI bzw. der entsprechend zuständigen Landesbehörden eingeladen.</p> <p>Deutsches Ärzteblatt:</p> <p>! Es ist geplant, in der print-Version des Deutschen Ärzteblatts eine Seite Text/ Information sowie das Flussschema (hier schon erläutern was die Orientierungshilfe sein soll) zu veröffentlichen. Die Abstimmung hierzu muss bis Freitag erfolgen.</p> <p>! Zusätzlich gibt es 3 Fragen, deren Beantwortung durch VPÄS oder PRÄS vorgesehen ist (mit Foto).</p> <p>! Die online Redaktion des Deutschen Ärzteblattes verweist zusätzlich auf RKI-Dokumente.</p>
3	<p>Labordiagnostik</p> <p>Wie können wir unterstützen, dass die Labore in D den nCoV-Test in der Fläche etablieren?</p> <p>! Besprechung dazu erfolgt mit Herrn Drosten beim nächsten Treffen.</p> <p>! An die Gesellschaft für Virologie (GfV)/ Diagnostik-AG können Informationen weitergeben werden, aktuell sind keine Informationen über nCoV auf deren Webseite.</p> <p>! Die gemeinsame Diagnostikgruppe von GfV + DVV (Fachkommission für Virologie) könnte ebenfalls als Ansprechpartner genutzt werden.</p> <p>! Das Thema der Abrechnung der Testungen sollte jetzt bereits im Vorfeld betrachtet werden, um ggf. bestehende Probleme im Abrechnungsprozess zu klären. Dies ist vorrangig eine Fragestellung für die durchführenden Labore/Krankenhäuser und das BMG.</p> <p>! Beim kommenden Treffen mit Herrn Drosten kann die Handhabung an der Charité erfragt werden.</p> <p>! Auch an das NaLaDiBA (Nationales Labornetzwerk für Diagnostik von BT-Agenzien) können Hinweise gesendet werden</p> <p>! ZBS1 versendet eine entsprechende Informations-E-Mail.</p> <p>! Der Nachweis für nCoV könnte (bei sofortiger Bearbeitung) innerhalb weniger Stunden fertiggestellt werden (ca. 4-6 Std.). Die Testläufe laufen gerade.</p> <p>! Information von Herrn Drosten: Ein serologischer Test ist aktuell in Entwicklung und steht evtl. in 3 Wochen zur Verfügung. Dieser würde bei möglichen Umgebungsuntersuchungen eine große Rolle spielen.</p> <p>! Empfehlungen zu geeignetem Probenmaterial sind bereits auf der RKI-Webseite verfügbar.</p>
4	<p>Surveillance-Anforderungen</p> <p>! Die Dokumente zur Kontaktpersonennachverfolgung sind vorbereitet und befinden sich in der finalen Abstimmung (Handreichung, Kontaktpersonen-Tagebuch, Linelist-EXCEL). Die Ankündigung dazu ist am 21.01.2020 in der EpiLag erfolgt. Es wird gewünscht die Dokumente</p>

	<p>sowohl als Anhang an die Notizen als auch und online zur Verfügung zu stellen.</p> <p>! Es wird gerade noch eine Handreichung für die GÄ zur Meldung erarbeitet, die als Infobrief versendet werden soll.</p>
5	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! An der WHO-TK am 21.01.2020 konnte leider nicht teilgenommen werden (administrative Probleme). Es wurde zu Maßnahmen bei Verdachtsfällen diskutiert. Die nächste TK dazu findet am nächsten Di. den 28.01.2020 statt, die Teilnahme ist vorgemerkt.</p>
6	<p>Klinisches Management</p> <p>Weitere Möglichkeiten zur Sensibilisierung der Ärzteschaft?</p> <p>! Information über: Flusschema, Ärzteblatt, Webseite</p> <p>! Einbindung über KBV ist nicht nötig, über das Ärzteblatt werden alle approbierten Ärzte erreicht.</p> <p>! An die Mitglieder und Gäste des Expertenbeirat INV kann ebenfalls eine Information über die vom RKI zur Verfügung gestellten Materialien erfolgen (mit Hinweis: gerne zur Weiterverteilung).</p> <p>! Zusätzlich ist im aktuellen INV-Wochenbericht der Link zu den Informationen auf den RKI-Seiten vermerkt (wird heute veröffentlicht).</p> <p>! Prinzipiell sollte (unabhängig von der aktuellen nCoV-Lage) auf Grund der beginnenden Grippewelle auf die Standardhygienemaßnahmen/ Präventionsmaßnahmen bei INV verwiesen werden. Dies ist als schon für einen Tweet bei Beginn der Grippewelle vorgesehen.</p> <p>! Im STAKOB gibt es eine AG für Therapieansätze. Diese wird sich auch mit möglichen Behandlungsmöglichkeiten für nCoV auseinandersetzen. Es gab bereits dazu eine Literaturrecherche (mögliche Therapeutika, etc.). Die WHO hat dazu auch eine Liste zur Verfügung gestellt. PRÄS sendet diese an STAKOB-Geschäftsstelle.</p> <p>Flusschema:</p> <p>! Flusschema wurde im Einklang mit den Falldefinitionen erstellt, in Anlehnung an die der WHO. Diese dienen der Abklärung der Fälle und ziehen ein entsprechendes Fallmanagement nach sich.</p> <p>! Durch die beginnende INV-Saison ist eine sensitivere Vorgehensweise problematisch. Es wird empfohlen, zusätzlich an die Kliniker zu kommunizieren, dass in Einzelfällen oder bei verdächtigen Konstellationen, z.B. milder Verlauf und Reiseanamnese Risikogebiet, nCoV bei der Diagnose berücksichtigt werden kann. Dieser Aspekt könnte auch in den FAQs adressiert werden. Auch im Ärzteblatt-Artikel kann auf den Sinn und die richtige Verwendung dieser Orientierungshilfe hingewiesen werden.</p> <p>! Auf dem Flusschema sollte nur „Risikogebiet“ stehen (inkl. Link zur RKI-Webseite), da sich diese schnell ändern können. Die Liste der Risikogebiete auf der RKI-Webseite wird aktuell gehalten.</p>
7	<p>Transport (Grenzübergangsstellen)</p> <p>! Die USA hat nun auch ENTRY-Screening an den Flughäfen in Atlanta und Chicago eingerichtet.</p> <p>! China lässt Presseberichten zufolge Reisegruppen aus Wuhan nicht ausreisen.</p> <p>! JA Healthy Gateways hat von EC den Auftrag bekommen für die nCoV-Lage Empfehlungen für den Flug- und Schiffverkehr zu erarbeiten.</p> <p>! Es wird berichtet das UK am Flughafen Heathrow Flüge aus Wuhan an separate Anleger umleitet.</p> <p>Bericht aus der Krisenvorbereitungssitzung beim AA (22.01.2020, AL3 und ZIGL3):</p>

	<p>! Das AA unterstützt die negative Haltung gegenüber der Einrichtung eines ENTRY-Screenings und wird dies auch twittern. Laut Aussagen der chinesischen Botschaft ist China um eine gute Zusammenarbeit in dieser Lage bemüht.</p> <p>Bericht Maßnahmen CDC:</p> <p>! Schwerpunkte des CDC: Passagiere individuell über Maßnahmen im eventuellen Erkrankungsfall innerhalb der nächsten 14 Tage zu informieren; Erkrankungsfälle möglichst früh zu entdecken, um mehr über Erreger und Verbreitung zu lernen. Das Screening beinhaltet ein mehrstufiges Verfahren: 1. Fragebogen für alle Reisenden aus den betroffenen Gebieten; 2. Einen weiteren FB und Temperaturmessung; ist diese auffällig erfolgt die weitere Diagnostik(bisher wurden ca. 1800 gescreent). Zu der üblichen Ausstattung der quarantine units der PoE wurden zusätzlich ca. 100 Personen bereitgestellt. Alle Flüge aus Wuhan werden auf die Schwerpunkt-Flughäfen mit Screening umgeleitet.</p> <p>HSC – Communication Network:</p> <p>! Es gibt auch hier eine Abfrage zur Kommunikation. Eine findet am 23.01.2020 statt.</p>
8	<p>Informationen aus der Koordinierungsstelle</p> <p>Einbindung Chr. Drosten in die Lagebesprechung:</p> <p>! Gerne Hr. Drosten zu den konkreten Fragestellungen zur Lage-AG-Sitzung einladen. Erstes separates Treffen möglichst noch diese Woche. Die erst Einladung erfolgt über PRÄS. Die folgen 4 Themen sollen diskutiert werden: Schwelle zur Testung, Sample-sharing, Verfügbar machen von Tests und Zusammenarbeit bei Umgebungsuntersuchungen im Ausbruchsfall, sowie Eigenschaften des Erregers.</p> <p>Arbeitsbelastung Koordinierungsstelle:</p> <p>! Arbeitsbelastung der beteiligten OE hoch (siehe Top 1)</p> <p>! Ca. 100 Einträge im Lageprotokoll</p> <p>! Verschiedene Aufträge wurden vergeben, die aktuell noch fertig gestellt werden.</p> <p>Generalerlass BMG:</p> <p>! Im Zusammenhang mit dem sog. "Neuartigen Coronavirus (2019-nCoV)" wird sich das Referat 321 des BMG fortan mit einer Reihe von Unterstützungsbitten an das RKI wenden. Diese werden direkt an das Postfach der Koordinierungsstelle (ncov-lage@rki.de) gerichtet werden.</p> <p>Erlass Überblick über Maßnahmen:</p> <p>! Am 21.01. wurde die Koordinierungsstelle zu nCoV vom BMG gebeten eine Übersicht der durch das RKI durchgeführten/in Vorbereitung/ in Planung befindlichen Maßnahmen zu erstellen (2 Std. Bearbeitungszeit). Die Bearbeitung zu (2) weiteren dem RKI bekannten Maßnahmen in DEU (z.B. bei Ländern, GÄ, Flughäfen etc.) und (3) zu Handlungsbedarf darüber hinaus konnte in der Kürze der Zeit nicht bearbeitet werden.</p> <p>! Am 21.01. gab technische Probleme bei der Bearbeitung/ Weiterleitung des Erlassberichts mit DMS.</p> <p>Mitteilung von Maßnahmen zur Übersicht an ECDC:</p> <p>! Das ECDC bittet die MS über EWRS erarbeitete Dokumente zu nCoV zu teilen. Dem kann von RKI-Leitungsseite aus gern nachgekommen werden, aber ohne zusätzlichen Aufwand (keine extra Übersetzung von</p>

	<p>deutschen Dokumenten).</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anmerkung: Wenn es tatsächlich Fälle in Deutschland geben sollte, dann sollten die Lageberichte in DE/ EN erstellt werden, um der internationalen Berichtspflicht nachzukommen. ! Fr. Jakob wird am 6.2. an der kommenden ABBAS-Sitzung teilnehmen. Hier wird voraussichtlich der Beschluss sein die Sicherheitsstufe 3 zu vergeben.
9	<p>Andere Themen</p> <p>WHO-Roster:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wie auf dem Lagetreffen am 20.01.2020 beschlossen wurde eine “Diagnostic Working Group” ins Leben gerufen mit Anschrift und Probeneingang wie abgesprochen (siehe Protokoll vom 20.01.2020). Der Roster wird noch diese Woche auf einer extra dafür angelegten Webseite publiziert. <p>Weitere Teilnehmer Lagebesprechung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Einladung Hr. Drosten (siehe Top 8) ! Bitte für die kommende Lagebesprechung den RKI-Datenschutzbeauftragten und das Rechtsreferat einladen.
10	<p>Nächster Termin: 24.1. um 13-14:30 Uhr (LZ Besprechungsraum oder Raum NU 0.34 (genutzt von Presse/FO))</p>

Agenda AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019-nCoV)-Lage“

Die „nCoV-Lage-AG“ wird RKI einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage: Neuartiges Coronavirus (2019-nCoV), Wuhan, China

Datum, Uhrzeit: 24.01.2020, 13-14:30 Uhr

Sitzungsort: RKI, Raum N01.EG.034

Teilnehmende: FG14, FG17, AL1, FG32, FG36, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs

Institutsleitung

- Schaade, Brockmann, Buda, Glasmacher, Thanheiser, Arvandt, Basel, Jansen, Mehlitz, Michel, Seedat, XX (wahr. Presse), Fouquet, an der Heiden, Wijeler, HAmDouy, Rexroth, Herzog, Trebisch (? Oder Michaela?); TK:?

Aktuelle Lage:

INIG: schnelle Entwicklung: mehr als 270 neue Fälle von gestern auf heute; >900 Fälle; 26 Personen verstorben; 2 neue Fälle Taiwan, 3 Singapur, x Japan, x Korea; WHO Website: Mensch zu Mensch Übertragung 4. Generation in Wuhan, 2. Generation außerhalb Wuhan; Familiencluster in verschiedenen Orten; Mehrzahl der Fälle (>500 Fälle immer noch in Wuhan) ; weniger als 15% Kontakt mit Fischmarkt in Wuhan (Hunan); Großteil Fälle Krankenhaus Mensch zu Mensch;

Sitzung WHO Emergency Committee: kein PHEIC ausgerufen; Hintergrund: China möchte das nicht, Sorge vor ökonomischen Einfluss; sagen, sie hätten Lage im Griff; 10 Städte derzeit in Quarantäne gesetzt in Provinz Hubei; erste R0 Schätzung, 1,4-1,5. SARS: 2-4 (??); wahrscheinlich eher konservative Schätzung; nachhaltige Mensch zu Mensch Übertragung: selbsterhaltend; Schaade: substantielle Zahl von Infektionsketten? wenig Informationen vorhanden; bisher keine Sekundärfälle im Ausland; Kontaktpersonen Flüge: keine Sekundärfälle; sprechen wir von Community Transmission? Ja, davon muss ausgegangen werden; R0: 0,7 (MERS); FG36: wäre mit dieser Aussage vorsichtig; auch für die Schätzung R0 noch keine robusten Daten vorhanden; Formulierung: „es gibt Mensch zu Mensch Übertragung“; MERS 2012-2019: etwa 2.400 Fälle; hier innerhalb von 2 Monaten 900 Fälle; ab wann spricht man vom Community Transmission? „es gibt in Wuhan derzeit Infektionsketten in der 4. Generation“; nicht „leicht übertragbar“, da; R0 Influenza (1,5);

Inkubationszeit: 2-14 Tage; Mittel wird derzeit nicht auf RKI-Internetseite angegeben, da zu wenig Informationen bekannt sind;

Generationszeit: derzeit nicht bekannt;

Kontaktpersonennachverfolgung: wird derzeit in Wuhan noch weiter versucht: 9.700 Personen insgesamt verfolgt;

Krankenhäuser in Wuhan überlastet (jedoch dort kein typisches Primary Care System vorhanden, Personen gehen entweder in Krankenhaus oder zu TCM)

Risikoeinschätzung: Tedros: very high in China; globally „ (??); OH: ECDC spricht in Wuhan von „Hoch“, China „Moderat“ Wahrscheinlichkeit eines Imports in EU auch „moderat“ Weiterverbreitung „gering“;

Verbindung Flüge: ca. 10.000 in/nach Wuhan; insg. China etwa 1,2 Mio. Passagiere;

Derzeit 31 von 33 Provinzen in China betroffen;

Risikogebiet: Peking 14 Fälle, Shanghai 16 Fälle, Hongkong einzelne Fälle; „überall dort, wo größere Häufung“; Auftrag INIG, jedoch kein GIS Spezialist ! wird in Kooperation mit P4 erstellt (Basis Excel-Liste); Risikogebiet: Wuhan, Provinz Hubei; lieber konservativ; Kliniker werden ohnehin Ausschlussdiagnostiken durchführen, aber Botschaft nach außen besser;

IGV verwendet „affected area“; Kliniker STAKOB testen auch aus Gebieten wo vereinzelte Fälle aufgetreten sind;

Brockmann (P4):

- Modell angewandt; berücksichtigt gesamte Verkehrsflüsse berücksichtigt; warten noch auf 2019 Flugdaten; evtl. kommen diese heute; Modell rechnet relative Importrisiken aus, d.h. wenn 100 Infizierte losreisen und in Land x bleiben; Ergebnis: nicht-online Website: relative Importsiko: China (9%), weitere Länder unter 2% Hong Kong, Thailand, Taiwan, Japan, Macau, USA, Südoorea, Malaysia, Indonesien, Russland, Deutschland (0,153%): Frankfurt, München, Tegel, Düsseldorf, Hamburg, Stuttgart, Hannover; Frankreich zwar wichtiger Verkehrsknotenpunkt, tauch aber auf der Liste weiter hinten auf;
- Was leiten wir daraus ab?
 - o Unter europäischen Ländern offensichtlich Deutschland auf Platz 1; Botschaft „mit einzelnen Fällen muss gerechnet werden“;
 - o UR: gerade TK mit Flughäfen (Gesundheitsbehörden lokal, Land, BMG, BMVI); Verkehrsministerien wurden Zahlen zur Verfügung gestellt; insgesamt 11 Flughäfen haben stärkere Verbindung; Gruppe nicht formell konstituiert; Informationsaustausch und -abstimmung; Frankfurt hat Material für Passagiere entwickelt; Düsseldorf und Frankfurt unter Druck; die anderen Länder etwas zurückhaltender; Papier bereits übersetzt auch ins Chinesische; soll in Gruppe geteilt werden; davon auszugehen, dass Frankfurt ab Montag die Informationen über Bildschirme teilt; Dokument wird über die AGI

- gestreut, sodass andere Flughäfen Informationen haben; Schweiz und Österreich ebenfalls interessiert; RKI auch interessiert daran Poster zu teilen; Schaade: wäre gut, solche ein Poster auf die RKI-Website zu setzen;
- Brockmann: aktuelle Daten warten; mit einer Verschiebung aus Erfahrung nicht zu rechnen; Flughafen Frankfurt eher ein Gateway von Reisenden aus Wuhan; Grafiken können geteilt werden; wird aktualisiert;
 - Verkehrsströme für Modell genommen, ändern sich über die Jahre, aber nicht sehr stark; Szenario dass Wuhan geschlossen ist, kann über eingebunden werden;
 - Buda: höchste Risiko in Hongkong; bis heute nur 2 Fälle bestätigt, obwohl auf Platz 2 in der Liste; kann man das voranstellen? Spezielle Bewegung zum Neujahr möglich? Brockmann: monatsaufgelöste Frage, dann kann das auch dargestellt werden;
 - Hamouda: Daten spannend, aber: wie verfügbarmachen? Außendarstellung; Vermischung relatives und absolutes Risiko; Schaade: gleiches Modell bei Ebolafieber benutzt, Erfahrung damit; hilfreich für die Risikokommunikation; 100 Infizierte in Flugzeug steigen, dann kommen bei uns statistisch 1,5 Infizierte an; dies ist derzeit ; Herr Gigerenzer hat uns in Vergangenheit dafür gelobt; wir sollten mutig sein; natürlich kein absolutes Risiko; hilft uns in der Risikokommunikation eher; Wieler: guter, klarer Begleittext wichtig;
 - Buda: Hongkong: extra aufgelistet – wie gehen wir damit um? Konsistenz wichtig;
 - Jansen: Bundesregierung wollen „one China policy“; Taiwan ist nicht anerkannt; Hongkong und Macao sind Sonderregionen, gehören aber auch zu China; „one China policy“;
- Risiko weiterhin „gering“: Import einzelner Fälle wahrscheinlich, Risiko für die Bevölkerung in Deutschland ist gering; Diskussion Definition Risiko;
 - Auswärtiges Amt: Risiko für Bevölkerung ist sehr gering! das muss das BMG lösen
 - IBBS: Flussschema abgestimmt und ist veröffentlicht; Fachgesellschaften bisher eingebunden; IBBS fände es gut, wenn diese wieder eingebunden werden, parallel; bisher durch Herrn Schaade;
 - Rexroth: ergänzen, Flussschema Thema in AGI-TK: BMG (Rottmann) und andere eingewählt; heute morgen auch Thema mit BMG; Änderungswünsche; in Vergangenheit Dokumente vorher abgestimmt, aber in Anbetracht der

Kürze der Zeit nicht passiert; deshalb Beschluss, RKI Dokument und wir lassen das so;

- Beschluss: auch wenn veröffentlicht, Hinweis an die Fachgesellschaften sinnvoll;
- Trebnisch: experimentelle Therapeutika, rein supportive Therapie; spezifische medikamentöse Therapie existiert nicht; bei MERS und SARS off-label Medikamente eingesetzt, teils z.B. mit Kortikosteroiden; Studienlage: Remdesivir in-vitro und Tiermodellen am überzeugendsten; ist Ribavirin überlegen; verbessert Lungenfunktion und reduziert Viruslast; jedoch kann keine Empfehlung gegeben werden, muss Einzelfallentscheidung sein; Medikament könnte besorgt werden; Medikament von Novartis: A... (?) MERS und SARS: während SARS im Mausmodell nicht funktioniert aber nicht in Zellkultur; Remdesivir bei Ebolafieber eingesetzt, jedoch im Menschen nicht wirksam; Remdesivir jedoch kein zugelassenes Medikament;
- Buda: Anruf zu Therapie! Verweis zu STAKOB richtig oder nicht? Ja.
- HSC Communicator Network TK: BMG teilgenommen, nicht RKI. Kurzes Protokoll existiert. Länder wünschen sich sehr, dass Dokumente geteilt werden, z.B. FAQ. Poster
- EWRS Maßnahmen wurden hochgeladen;
- GHSI Maßnahmen in Arbeit: evtl. GHSI nützlich für Teilen der Proben; nächste Woche GHSI Senior Officials TK; gerne am Tag vorher persönliches Gespräch; Haas wäre gut;
- BMG TK: Osamah, Silke, Andreas, Ute: Andreas hat aktuelle Lage vorgestellt; kurzer Bericht aus TKs der Vortage; wesentliche neue Informationen nicht verkündet; einige Nachfragen; Handhabe: wieviele Personen? BMG: Rottmann vertreten, dann Z23, Pressestelle, L ... breit aufgestellt am BMG. Sollte auf AL-Ebene angesiedelt werden; Osamah plus Briefing wie nötig;
- Einbindung Expertenrat Influenza: Macht Beteiligung Sinn i.S. einer Beratung? FG36: grundsätzlich sinnvoll; Art Pandemieplanungs-Aktivität; gab Diskussion ob MERS ins Portfolio mitaufgenommen werden soll. Wurde damals abgelehnt; Alle relevanten Institutionen und Fachgesellschaften vertreten, wäre sinnvoll, dieses Gremium zu nutzen; korrespondierendes Gremium am BMG fehlt, Telefonkonferenz wäre sinnvoll, Frage wie schnell; Mitglieder und Gäste informiert; separate TK organisieren und gezielt Fragen stellen; FG36 organisiert das (nächste Woche, Anfang übernächste Woche); im Influenzabeirat keine klinischen Experten: sollte sich STAKOB einbinden? Gibt schon klinische Experten;

Labordiagnostik

- Gespräch mit Konsiliarlabor

- **Testung Patienten: nur minimal Anpassungen**
 - **Reiseanamnese: derzeit wichtiger als klinische Symptomatik; untere Atemwege sollten betroffen sein;**
 - **Diagnostik in der Fläche: gerne über die GRV (??); Rückmeldung: LGL in Bayern etablieren Diagnostik;**
 - **Sample Sharing: mögliche Hindernisse: „normales akademisches Verhalten“ ! keiner teilt gerne; Japan möglicher Partner der gerne teilt; über Sekretariat in Runde (welches ?); in Hongkong 2 Fälle, die teilen lieber als USA; Originalmaterial eher nicht zu erwarten, eher inaktiviertes Isolat;**
 - **Umgebungsuntersuchung: Koordination eher am RKI**
 - **Grundsätzlich 0,2,4 und 7 Tag Proben sinnvoll, aber wahrscheinlich nicht leistbar, eher serologische Nachuntersuchung**
 - **Virologie, Phylogenie; Tropismus Lunge;**
 - **Medikament: „Guilliard“ war Medikament;**
- Diskussion
- **Gesellschaft für Virologie: zugehen, Herr Wolff und Frau Michel kümmern sich**
 - **KL auf unserer Seite wurde geändert: Adressänderung; sollte evtl. bei WHO noch einmal geändert werden;**
 - **Frage BMG: Dauer Probentransport; Dauer Diagnostik;**
 - **Assays von Hr. Drosten laufen bei uns;**
 - **Umgebungsuntersuchungen: normalerweise unbelebte Umwelt; nein: Kontaktpersonenuntersuchungen: Frau Mehltz, Frau Reupke, Herr Mehltz, Frau Diercke, Herr Haas etc. Abschließende Klärung der Fragen konnte noch nicht durchgeführt werden;**
 - **Welche zusätzlichen Daten können erhoben und übermittelt werden; getrennt davon zu Kontaktpersonen; Frau Reupke prüft das; Montag oder Dienstag Ergebnis angepeilt; Übermittlung dürfte kein Problem sein; Datenübermittlung Labordaten; ab Masernschutzgesetz gültig; soll jetzt weil in Vergangenheit auch durchgeführt einfach getan werden; Kontaktpersonennachverfolgung wird geprüft;**
 - **UR: Routine – Kontaktpersonenermittlung etc. das andere Household-Study (wissenschaftliche Studie); bei Influenza lief die Pilotstudie bereits (Ethik, Datenschutzvotum etc. war schon da); Prüfung würde**

- jedenfalls beim DSB vordringlich durchgeführt werden;
 - Rechtsgrundlage, wenn Studie mit Patienten ist
 - Einwilligungserklärung nötig; diese sollte vorbereitet werden; I-MOVE hospital study, Protokolle von 2009 ebenfalls vorhanden; FG36 ist dran;
- Kontaktpersonennachverfolgung: Anzahl, Einstufung, Überwachung; Unterlagen zur Verfügung gestellt; Hessen lehnt das ab; Dokumente werden in nächster AGI-TK am Donnerstag diskutiert;
- Drosten hat gefragt, ob periphere Labore ersten 5 Fälle ans Konsiliarlabor gesendet werden; kann empfohlen werden aber nicht angeordnet werden; Zuordnung schwierig Laborergebnisse und Fälle; leidvolle Erfahrung 2009, wenn alles durch NRZ bestätigt werden muss, dann schwierig; dauert zu lange; wenn Dynamik hoch, schwer das wieder zu ändern; Fälle auch außerhalb einer Testung am Konsiliarlabor als positiv bewerten; Schaade: wahrscheinlich bekommt aber KL die Proben trotzdem, weil derzeit alle mit synthetischen Proben arbeiten;
- Wann kommunizieren wir wahrscheinliche Fälle an internationale Gremien? ! Verdachtsfälle, nur wenn §12 IfSG vorliegt, und innerhalb von 24 Stunden kein Ergebnis
- Maßnahmen zum Infektionsschutz
 - Mund-Nasen-Schutz ersetzt durch FFP2 Maske;
 - Maßnahmen angepasst
 - FAQ online
 - Übertragung: Tröpfchen
- Transport (Grenzübergangsstellen)
 - Healthy Gateways etc.
- Koordinierungsstelle
 - Hoher Arbeitsaufwand
 - GMLZ: täglicher Lagebericht, Informationen über RKI nicht richtig;
- WHO TK (Nitsche)
 - Human-to-human transmission durch asymptomatische Träger mit hohen CT-Werten; CDC Werten Virus aus Anzucht nicht verfügbar; Labore gebeten zu teilen; CT-Wert von 20-30; WHO stellt Assays bereit; Uni Bern synthetisiert das Genom;

- GOARN-Aufruf: suchen mehrere Personen zur Abordnung nach Manila (WPRO, WHO) auf unbestimmte Zeit; TOR unklar; bisher keine Rückmeldung aus RKI; evtl. 1 Person aus ZIG1 bereitstellen; auch Gelder für externe da? Nein, da Anfrage ans RKI; keine externe können rekrutiert werden; BMG INIG-Stelle Frau Abas kommt direkt aus Jordanien; 1 Woche am RKI, dann sollte diese theoretisch ans BMG;
- Glasmacher: Anfragen im Info-Postfach zu chinesischen Importwaren;
- Koordinierungsstelle: IBBS Ebolafieber – Waren, Textvorlagen
 - o Arzt: China ECMO mit Lungenentzündung; ob wir Serologie möchten;
 - o FAQ twittern?
 - o Falls Fall positiv: Lagezentrum, Presse; andere OEs sollten sich Gedanken machen, wer kommen könnte für Mindestbesetzung; Koordinierungsstelle sollte Namensliste haben; 1-2 Personen pro betroffener OE;
- Serientermin: Montag, Freitag um 13 Uhr
- EpiBull: Textvorschlag nächste Woche von Jamela an Koordinierungsstelle;
- Intranet: kurze Info dann Verlinkung auf Website
- Dank von Herrn Rottmann Lob für gute Zusammenarbeit

Agenda:

TO P	Beitrag/Thema	einggebracht von	Zeit
1	Aktuelle Lage	INIG/FG36	

2	<p>Aktuelle Dokumente, Kommunikation – Update</p> <ul style="list-style-type: none"> ! RKI-Internetseite ! FAQ für RKI-Webseite: gehen bald online (Schaade hat freigegeben mit Änderungen) ! BZgA: verlinkt auf unsere Seite, gebeten Maßnahmen zu Hustenetiquette etc. die ohnehin wegen Grippe laufen zu intensivieren; BMG-TK: empfindet BZgA als Manko, erwartet keine zusätzlichen Zuarbeit; RKI soll mit BMG gemeinsam Info der Bevölkerung schultern; Osamah: wir können von BZgA nichts erwarten; wegen Umstrukturieren und Situation denkt er nicht dass das gut möglich ist; OH: RKI sollte bitten, dass BMG stärker auf BZgA einwirkt um Informationen besser verfügbar zu machen; z.B. vorhande Influenza-Dokumente; letztlich sind die Maßnahmen die selben; Glasmacher: BZgA hat heute 2 x getwittert; Frau Degen wird Kontakt zu BZgA herstellen; ! Seite der John Hopkins Universtität: Präs fragt an, ob wir auf Website verlinkt werden kann; Glasmacher: vielleicht eher auf FAQ damit sich Internetseite nicht überfüllt wird; Herzog: Ärzteschaft würde das sehr schätzen; ! HSC Communicator Network TK ! EWRS Maßnahmen in Deutschland kommuniziert ! GHSI Anfrage zu Maßnahmen in Arbeit ! Arbeitstägliche TK mit dem BMG ! Einbindung Expertenbeirat Influenza 	Presse/alle	
3	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Umgebungsuntersuchungen ! Kurzprotokoll zur TK mit KL am 23.01.2020 	FG17/ZBS1	
4	<p>Surveillance Anforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! TK mit AGI ! Infobrief zur Übermittlung ! Rechtliche Aspekte ! Datenschutz bei wissenschaftlichen Studien 	FG36/FG32/IBB S	
5	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p>	FG14	
6	<p>Klinisches Management</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Deutsches Ärzteblatt Beitrag 	IBBS	
7	<p>Transport (Grenzübergangsstellen)</p>	FG32	

	<ul style="list-style-type: none"> ! Flughafen Gesundheitsbehörden TK ! Advisory group JA Healthy Gateways 		
8	<p>Informationen aus der Koordinierungsstelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kommunikation mit anderen Behörden, GMLZ-Lagebericht ! Informationsfluss über bzw. aus TK/Treffen sicherstellen 	FG32	
09	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! GHSI Senior Officials: TK 28.1., 16 Uhr. Teilnahme für DEU vorauss. UAL 32 BMG Teilnahme durch RKI sicherstellen. ! GOARN-Aufruf zur Unterstützung der Lage 	IBBS	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	24.01.2020, 13-15 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Raum N01.EG.034

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abteilung 3-Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG-Leitung
 - -
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Marc Thanheiser
- ! FG17
 - Thorsten Wolff (Telefon)
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Isabel Trebesch
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Jamela Seedat
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Andreas Jansen
 - Basel Karo

- ! Rechtsreferat
 - o Helmut Fouquet
 - o Joachim-Anton Mehlitz
- ! P4
 - o Dirk Brockmann

TOP	Beitrag/Thema
1	<p>Aktuelle Lage</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Lage entwickelt sich schnell weiter: mehr als 270 neue Fälle von gestern auf heute; >900 Fälle; 26 Personen verstorben; 2 neue Fälle in Taiwan, 3 in Singapur; bisher sind 14 Fälle außerhalb Chinas bestätigt: 4 in Thailand, 2 in Japan, 2 in Südkorea, 1 in den USA, 3 in Singapur und 2 in Vietnam. ! WHO Website: Mensch-zu-Mensch-Übertragung 4. Generation in Wuhan, 2. Generation außerhalb Wuhan; Familiencluster in verschiedenen Orten; Mehrzahl der Fälle (>500 Fälle immer noch in Wuhan); weniger als 15% Kontakt mit Fischmarkt in Wuhan (Hunan); von bestätigten Fällen 25% schwerwiegend; ! Sitzung WHO Emergency Committee am 23.01.2020: kein PHEIC ausgerufen; vermutlicher Hintergrund: Chinas Sorge vor ökonomischen Einfluss und die Einschätzung Chinas, dass sie die Lage im Griff hätten; 10 Städte derzeit in Quarantäne gesetzt in Provinz Hubei; erste R0 Schätzung, 1,4-2,5 (Vergleich: SARS: etwa 2-4 ; MERS: etwa 0,7; Influenza etwa 1,5) wahrscheinlich eher konservative Schätzung; Mensch-zu-Mensch-Übertragung scheint selbsterhaltend zu sein; jedoch bisher keine Sekundärfälle im Ausland oder bei Kontaktpersonen von Flügen; Begriff „Community Transmission“ sollte jedoch noch nicht verwendet werden; Schätzungen R0 mit Vorsicht zu interpretieren, da derzeit noch zu wenig robuste Daten verfügbar sind; Einigung auf Formulierung: „es gibt Mensch-zu-Mensch-Übertragung“; ! Inkubationszeit: 2-14 Tage; Mittel wird derzeit nicht auf RKI-Internetseite angegeben, da zu wenig Informationen bekannt sind; ! Generationszeit: derzeit nicht bekannt; ! Kontaktpersonennachverfolgung: wird derzeit in Wuhan noch weiter versucht: 9.700 Personen insgesamt verfolgt; ! Krankenhäuser in Wuhan überlastet (jedoch dort kein typisches Primary Care System vorhanden, Personen gehen entweder in Krankenhaus oder zu TCM) ! Risikoeinschätzung: WHO/Tedros: „very high“ in China; ECDC spricht in Wuhan von „hoch“, in China von „moderat“, Wahrscheinlichkeit eines Imports in EU auch „moderat“, Weiterverbreitung „gering“; ! Verbindung Flüge nach Deutschland (BMVI Daten von 2019, Januar-November): durch Umsteigeflüge ca. 10.000 Passagiere in/nach Wuhan; insg. China etwa 1,2 Mio. Passagiere; ! Derzeit 31 von 34 Verwaltungseinheiten der Volksrepublik China betroffen (Bundesregierung vertritt „Ein-China-Politik“)



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<ul style="list-style-type: none"> ! Definition Risikogebiet: Evtl. Erweiterung auf Verwaltungsgebiete der VR China bzw. andere betroffene Länder wo größere Häufungen bekannt sind; Erstellung: INIG in Kooperation mit P4 (Basis Excel-Liste); Beschluss: eher konservativ bleiben (derzeit vorrangig Wuhan; Hubei; Nachtrag, Formulierung RKI Website am 25.01.2020“ vorrangig Provinz Hubei, inklusive der Stadt Wuhan“); Kliniker werden ohnehin Ausschlussdiagnostiken durchführen; ! Weiterhin Botschaft „mit einzelnen Fällen muss gerechnet werden“); ! Risiko für Bevölkerung weiterhin „gering“: Import einzelner Fälle wahrscheinlich; ! Risikoeinschätzung von AA unterscheidet sich vom RKI; dies muss BMG lösen;
2	<p>Aktuelle Dokumente, Kommunikation - Update</p> <ul style="list-style-type: none"> ! RKI-Internetseite ! FAQ für RKI-Webseite: sind seit 13:53 am 24.01.2020 online (Schaade hat freigegeben mit Änderungen) ! BZgA: verlinkt auf unsere Seite, gebeten Maßnahmen zu Hustenetiquette etc., die ohnehin wegen Grippe laufen, zu intensivieren; OH: RKI sollte BMG bitten, stärker auf BZgA einzuwirken um Informationen besser verfügbar zu machen; z.B. vorhandene Influenza-Dokumente; die Maßnahmen sind letztlich dieselben; Glasmacher: BZgA hat heute 2 x getwittert; Frau Degen wird Kontakt zu BZgA herstellen; ! Seite der John Hopkins Universität: Präs fragt an, ob auf Website verlinkt werden kann; Glasmacher: vielleicht eher auf FAQ damit Internetseite nicht überfüllt wird; Herzog: Ärzteschaft würde das sehr schätzen; Karte John Hopkins Universität: https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6 IBBS prüft mit US CDC wie verlässlich die Karte ist; ! HSC Communicator Network TK: BMG hat teilgenommen, nicht RKI. Kurzes Protokoll existiert. ! EWRS: Maßnahmen in Deutschland am 23.01. kommuniziert ! GHSI Anfrage zu Maßnahmen in Arbeit, deadline 24.01. ! Arbeitstägliche TK mit dem BMG (09:30): Osamah Hamouda vertritt RKI, ggf. mit Unterstützung Andreas Jansen ! Einbindung Expertenbeirat Influenza: Beteiligung grundsätzlich sinnvoll; alle relevanten Institutionen und Fachgesellschaften vertreten, wäre sinnvoll, dieses Gremium zu nutzen; korrespondierendes Gremium am BMG fehlt, separate Telefonkonferenz durch FG36 nächste oder übernächste organisiert; klinische Experten vorhanden;
3	Labordiagnostik

	<ul style="list-style-type: none"> ! Kurzprotokoll TK mit KL am 23.01.2020: siehe hier: ..\7.KL-Drosten; Auszüge: Testung Patienten: nur minimal Anpassungen; Reiseanamnese: derzeit wichtiger als klinische Symptomatik; untere Atemwege sollten betroffen sein; Diagnostik in der Fläche: gerne über die GfV; Rückmeldung: LGL in Bayern etablieren Diagnostik; Sample Sharing: mögliche Hindernisse: „normales akademisches Verhalten“ ! keiner teilt gerne; Japan möglicher Partner der gerne teilt; evtl. auch Hongkong; Originalmaterial eher nicht zu erwarten, eher inaktiviertes Isolat; Kontaktpersonennachverfolgung: grundsätzlich Tag 0, 2, 3, 4 und bei unauffälligem Befund ggfs. Tag 7 für sinnvoll, aber wahrscheinlich nicht leistbar, eher serologische Nachuntersuchung (wenn Serologie verfügbar ist); Virologie, Phylogenie; Tropismus Lunge; Hinweis, dass Novartis Remdesivir (antiviral drug) gekauft und lizenziert hat ! Gesellschaft für Virologie: Herr Wolff und Frau Michel gehen auf diese zu ! KL Adressänderung: wird an WHO kommuniziert; ! Assays von Hr. Drosten laufen auch am RKI; ! Drosten hat gefragt, ob die ersten 5 Fälle aus peripheren Laboren ans Konsiliarlabor gesendet werden; kann empfohlen aber nicht angeordnet werden; Zuordnung von Laborergebnissen zu Fällen ggf. schwierig; leidvolle Erfahrung 2009, wenn alles durch NRZ bestätigt werden muss, auch schwierig (Nadelöhr) und dauert zu lange; bei hoher Dynamik, schwer umkehrbar; Fälle auch außerhalb einer Testung am Konsiliarlabor als positiv bewerten; ! WHO TK, Teilnahme durch Nitsche: Human-to-human transmission durch asymptomatische Träger mit hohen CT-Werten; Labore wurden gebeten zu teilen; CT-Wert von 20-30; WHO stellt Assays bereit; Uni Bern synthetisiert das Genom;
4	<p>Surveillance-Anforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Abstimmung von Dokumenten: IBBS: Flusschema abgestimmt und veröffentlicht; in anderen Lagen wurden bei Erstellung auch Fachgesellschaften eingebunden; FG32 ergänzt, dass dies auch Thema bei der AGI-TK und der TK mit dem BMG war (Einbindung anderer vor Veröffentlichung) Beschluss: in Anbetracht der Kürze der Zeit Hinweise der RKI-Dokumente an Fachgesellschaften und andere Akteure nach Veröffentlichung; ! Übermittlung von Daten zur Kontaktpersonennachverfolgungen: Frau Mehlitz, Frau Reupke, Herr Mehlitz, Frau Diercke und Herr Haas stimmen sich ab, etc. erste Ergebnisse am kommenden Montag oder Dienstag (27. oder 28.01.2020) zu erwarten; Hessen z.B. ablehnend gegenüber Übermittlung von Einzelpersondaten; ! Datenübermittlung Labordaten; ab Masernschutzgesetz gültig; soll jetzt trotzdem bereits durchgeführt werden; ! Wissenschaftliche Studien (Household Study): Dokumente wie z.B. Einwilligungserklärungen soll vorbereitet werden; Protokolle von 2009 (Ethikvotum, Datenschutzerklärung) ebenfalls

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>vorhanden; FG36 kümmert sich;</p> <p>! Kontaktpersonennachverfolgung: Anzahl, Einstufung, Überwachung; Unterlagen zur Verfügung gestellt; Hessen lehnt das ab; Dokumente werden in nächster AGI-TK am Donnerstag diskutiert;</p> <ul style="list-style-type: none"> o Wann kommunizieren wir bestätigte Fälle an internationale Gremien? ! nur wenn §12 IfSG vorliegt, oder innerhalb von 24 Stunden keine Meldung erfolgt ist
5	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Maßnahmen angepasst, FAQ online</p>
6	<p>Klinisches Management</p> <p>! Experimentelle Therapeutika, rein supportive Therapie; spezifische medikamentöse Therapie existiert nicht; bei MERS und SARS wurden off-label Medikamente eingesetzt, teils z.B. mit Kortikosteroiden; Studienlage: Remdesivir in-vitro und in Tiermodellen am überzeugendsten und Ribavirin überlegen; verbessert Lungenfunktion und reduziert Viruslast; jedoch kann keine Empfehlung gegeben werden, muss Einzelfallentscheidung sein; Medikament könnte besorgt werden; Medikament von Novartis: Axxx (IBBS?) MERS und SARS: hat während SARS im Mausmodell nicht funktioniert aber nicht in Zellkultur; Remdesivir bei Ebolafieber eingesetzt, jedoch im Menschen nicht wirksam; Remdesivir jedoch kein zugelassenes Medikament; bei Anrufen Verweis an STAKOB;</p>
7	<p>Transport (Grenzübergangsstellen)</p> <p>! P4 stellt Modell für relatives Risiko, Verkehrsflüsse werden dabei berücksichtigt (aktuelle 2019 Flugdaten werden noch am 24.01.2020 erwartet, von relevanten Änderungen ist jedoch nicht auszugehen); relative Importrisiko (1,5% bedeutet beispielsweise „wenn 100 Infizierte in Flugzeug steigen, dann kommen im Land XY statistisch 1,5 Infizierte an“): China (90%), weitere Länder unter 2% Hong Kong, Thailand, Taiwan, Japan, Macau, USA, Südkorea, Malaysia, Indonesien, Russland, Deutschland (1,5%); Frankfurt wichtigster Verkehrsknotenpunkt, aber auch München, Tegel, Düsseldorf, Hamburg, Stuttgart, Hannover; Frankreich wichtiger Transit-Hub von Flügen aus China/Wuhan; Flughafen Frankfurt Gateway von Reisenden aus Wuhan; Grafiken werden aktualisiert und können geteilt werden; Modell wird auch nochmals angewandt mit der jetzigen Lage, dass Wuhan seinen Flughafen gesperrt hat; monatsaufgelöste Darstellung (Berücksichtigung Verkehrsströme Neujahr China) möglich; Grafiken hilfreich für Risikokommunikation, sollen verfügbar gemacht werden; guter, klarer Begleittext wichtig (mögliche Verwechslung absolutes versus relatives Risiko); bei Darstellung „Ein-China-Politik“ der Bundesregierung berücksichtigen;</p> <p>! TK mit Flughäfen (Gesundheitsbehörden lokal, Land, BMG, BMVI);</p>

	<p>Zahlen vom BMVI: insgesamt 11 Flughäfen haben stärkere Verbindung zu China; Informationsaustausch und -abstimmung; Frankfurt hat Material für Passagiere entwickelt; Düsseldorf und Frankfurt unter Druck; die anderen Länder etwas zurückhaltender; Papier bereits auch ins Chinesische übersetzt; soll in Gruppe geteilt werden; davon auszugehen, dass Frankfurt ab Montag die Informationen über Bildschirme teilt (Nachtrag: schon ab Samstag); Dokument wird über die AGI gestreut, sodass andere Flughäfen Informationen haben; Schweiz und Österreich ebenfalls interessiert; bei Einverständnis von Hessen wird RKI Poster auf RKI-Website stellen;</p> <p>! JA Healthy Gateways: Interim Advice auf Anfrage von DG SANTE erstellt für Maßnahmen an Flughäfen und Häfen; weiterer Advice wird erstellt; enthält Informationen zum Umgang mit Personen mit akut respiratorischen Symptomen in Flugzeugen, Umgang mit Aussteigekarten sowie Entry Screening (letzteres ineffektiv, Evidenz spricht dagegen, trotzdem kann es positive Effekte geben); DG SANTE stützt diese Empfehlung;</p>
8	<p>Informationen aus der Koordinierungsstelle</p> <p>! Hoher Arbeitsaufwand; seit 23.01.2020 örtlich im Lagezentrum; Erweiterung personell in Arbeit (RKI-übergreifend);</p> <p>! GMLZ: Berichte enthalten falsche Informationen über RKI; wird in Zukunft abgestimmt (Nachtrag: letzter GMLZ-Lagebericht waren die falschen Informationen nicht mehr enthalten und er wurde zur Abstimmung vorab an Koordinierungsstelle geschickt);</p>
9	<p>Andere Themen</p> <p>! GHSI Senior Officials: TK 28.01.2020, 16 Uhr: Teilnahme Rottmann, Vertretung RKI durch Walter Haas</p> <p>! GOARN-Aufruf: suchen mehrere Personen diverser Expertise zur Abordnung nach Manila (WPRO, WHO) auf unbestimmte Zeit; TOR unklar; bisher keine Rückmeldung aus RKI; evtl. 1 Person aus ZIG1 bereitstellen; externe können nicht gesendet werden, da Anfrage an GOARN-Partner; BMG INIG-Stelle kommt direkt aus Jordanien; 1 Woche am RKI, dann sollte diese theoretisch ans BMG; evtl. doch besser am RKI in derzeitiger Lage;</p> <p>! Anfragen im Presse Info-Postfach zu chinesischen Importwaren; FG32 versucht richtigen Ansprechpartner herauszufinden (ähnlich Ebolafieber) sodass eine FAQ erstellt werden kann.</p> <p>! Beteiligte OEs müssen Mindestbesetzung durch 1-2 Personen sicherstellen am Wochenende, Koordinierungsstelle koordiniert die Abfrage und Liste;</p>
10	<p>Nächstes Treffen: Serientermine montags und freitags, 13-14.30 Uhr, Einladungen sind versandt</p>

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	27.01.2020, 13-15:15 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Seestraße, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler (Telefon)
 - Lars Schaade
- ! Abteilung 3-Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG-Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Marc Thanheiser
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Juliane Seidel (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Claudia Schulz-Weidhaas
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - xx
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Andreas Jansen
 - Basel Karo
- ! Rechtsreferat
 - Helmut Fouquet

- ! P4
 - Joachim-Anton Mehlitz
 - Dirk Brockmann

- ! BZgA
 - Ute Thais (Telefon)
 - Oliver Ommen (Telefon)
 - Frau Seefeld (Telefon)



TOP	Beitrag/Thema
1	<p data-bbox="347 383 518 412">Aktuelle Lage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="395 418 1337 555">! Lage entwickelt sich schnell weiter: insges. 2.862 Fälle, davon 433 schwere Verläufe (15%), insges. 81 Todesfälle (2,8%, alle in China). In China (inkl. HK, Macau und Taiwan): 2.822 Fälle (1.423 in Provinz Hubei) <li data-bbox="395 562 1337 698">! 40 Fälle außerhalb von China in 10 Ländern: 5 in Australien, 3 in Frankreich, 4 in Japan, 4 in Malaysia, 1 in Nepal, 4 in Singapur, 4 in Südkorea, 8 in Thailand, 5 in den USA sowie 2 in Vietnam. Aktuell befinden sich 30.453 Personen unter Kontaktpersonennachverfolgung. <li data-bbox="395 705 1337 808">! Erste Mensch-zu-Mensch-Übertragung außerhalb Chinas in Vietnam nachgewiesen (Übertragung von Vater zu Sohn). Alle anderen Fälle außerhalb Chinas hatten eine Reiseanamnese Wuhan. <p data-bbox="347 815 735 844">Erkenntnisse zum Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="395 851 1353 987">! Es wird aktuell eine „Epi-Matrix“ zu den epidemiologischen Eigenschaften erstellt. Hierbei werden die Informationen verschiedener Quellen/ Publikationen einfließen (diese sind noch nicht alle zusammengeführt, andere FG sollen noch einbezogen werden). <p data-bbox="347 994 1230 1055"><i>ToDo: Bitte einen Entwurf bis 28.01.2020 DS für PRÄS bereitstellen (Teilnahme an Ausschuss für Gesundheit/ globale Gesundheit).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="395 1061 1337 1265">! Es gibt unterschiedliche R0-Modellierungen (R0 2,6 Ferguson; 3,6-4 Riley/Glasgow: hiernach sind 5,1% der Fälle detektiert und nach den Modellierung werden 132.000-190.000 neue Fälle auftreten; meist in Taiwan, Hongkong, Korea). Wahrscheinlich überschätzen diese Modellierungen, da diese u.a. evtl. Grundimmunität und asymptomatische Verläufe nicht beachten. <li data-bbox="395 1272 1353 1408">! Standpunkt zum Ansteckungspotential in der Inkubationszeit: ähnlich wie Einschätzung des CDC vom 26.01.2020 eher zurückhaltend, da noch keine ausreichende Evidenz vorliegt bzw. hier eine große Unsicherheit herrscht. <li data-bbox="395 1415 1214 1476">! Es wird weiterhin an der Inkubationszeit mit bis zu 14 Tagen festgehalten. <p data-bbox="347 1482 703 1512">Infektionsschutz (FG14)</p> <p data-bbox="347 1518 900 1547">Rückmeldung aus TK am 27.01.2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="395 1554 1337 1966">! Tragen von Mund-Nasenschutz für öffentliche Bevölkerung bei asymptomatischen Patienten nicht sinnvoll. Es liegt keine Evidenz vor als sinnvolle präventive Maßnahme für die Allgemeinbevölkerung. Sinnvoll bei: symptomatischen Patienten (sofern sie dies tolerieren) und auch bei pflegenden Angehörigen bei engem Kontakt. Es wird keine Bevorratung von Masken, etc. empfohlen. BZgA weist auf normale Husten-Etiquette und Händehygiene im Rahmen der Influenza-Saison hin. Information zur häufigen Maskennutzung in Asien, da hier die Anwendung oft sichtbar ist und Fragen aufkommen. Dieses Verhalten in Asien bezieht sich aber nicht nur auf nCoV-Lage, sondern generell auf die saisonale Grippe und auch auf Luftverschmutzung. <p data-bbox="347 1973 1321 2033"><i>ToDo: Bitte den Aspekt Mund-Nasenschutz auch mit einem kurzen Text in den FAQs adressieren und dann auch bei Influenza FAQs entsprechend</i></p>

	<p>anpassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zum Abstand (1-2 Meter) gibt es noch kein Konsens (bei SARS mehr als 1 Meter). Dies soll am 28.01.2020, 12h in der TK noch einmal adressiert werden.
2	<p>Aktivitäten und Maßnahmen in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Meldepflichtig sind nach § 7.2 IfSG Labornachweise. ! Verdachtsmeldung auch für Ärzte unter § 6.1.5 IfSG möglich. Hier gibt es diskrepante Auslegung, u.a. von Herrn Drosten, ÖGD, Herr Sangs (BMG). Herr Sangs erarbeitet dazu eine Rechts-VO. ! Meldung bei: Auftreten einer Übertragung einer bedrohlichen Erkrankung; Auftreten einer bedrohlichen Erkrankung mit epidemiologischen Zusammenhang (Risikogebiet) oder Kontakt zu einem Indexfall, da dadurch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von schweren Verläufen gegeben ist. ! Meldung bei Auftreten einer influenzaartigen Erkrankung mit epidemiologischen Zusammenhang (z.B. Risikogebiet), da der Patient hier bereits erkrankt ist, spricht man nicht von einem Verdachtsfall, man kann aber davon ausgehen, dass es sich um eine bedrohliche Erkrankung handelt. <p>TODO: Bitte diese Auslegung verschriftlichen und an Herrn Drosten senden, da dieser auch Ärzte/ Labore berät.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hr. Sangs: übermittlungspflichtig nach §12 IfSG; nicht ganz unstrittig, da WHO das Geschehen nicht als PHEIC eingestuft hat. ! Übermittelt sollen: das Auftreten, Tatsachen, die auf eine bedrohliche Erkrankung hinweisen oder Tatsachen, die auf eine bedrohliche Erkrankung hinführen können. ! §12 IfSG gibt dem RKI, die Möglichkeit Informationen über unternommene Maßnahmen aus den BL zu erhalten. <p>ToDo: über AGI auffordern (mittels §12 IfSG) das RKI über Maßnahmen in den BL zu informieren (internat. Wissensbedarf/ Meldung an ECDC/WHO)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hr. Sangs erwägt auch die Übermittlung von negativ-Nachweisen (u.a. Ausschlussdiagnostik). ! Bund-Länder-Informationsverfahren nach § 5 IfSG-Koordinierungs-VwV. Diese wurde bei AGI-TK angesprochen. Es herrscht Konsens, diese zu aktivieren bei erstem Fall. (Anmerkung: Hr. Sangs: Die Zustimmung zur Aktivierung der Koordinierungs-VwV ist nicht auf Vorrat erbittbar. Der formale Prozess soll am Di oder Do bei der nächsten AGI-TK thematisiert werden.) <p>Flughäfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FRA hat doch am Wochenende noch keine Passagierinformation geschaltet, wahrscheinlich 27.01.2020; TXL hat diese seit 26.01.2020; MUC 27.01.2020 ab ca. 14h. ! Es gibt Verunsicherung bzgl. Aussage der WHO zum Entry screening (LINK: https://www.who.int/ith/2020-24-01-outbreak-of-Pneumonia-caused-by-new-coronavirus/en/). Die Arbeitsgruppe zur Evidenz von Maßnahmen im Bereich Transport innerhalb der JA Healthy Gateways (ebenso HH) haben sich an WHO gewandt, um diese Aussagen zu revidieren zu lassen. Neuer Link (27.01.2020): https://www.who.int/ith/2020-27-01-outbreak-of-Pneumonia-caused-by-new-coronavirus/en/ ! Es gibt zusätzlich ein Dokument zu Maßnahmen während des Flugs,



welches auf der Website der JA Healthy Gateways veröffentlicht werden soll (LINK: <https://www.healthygateways.eu/>).

- ! Nächste IGV-Flughafen-TK findet am 28.01.2020, 9.45 Uhr statt.
- ! Passagierinformationsposter wurde vom BMG auf HSC-Plattform hochgeladen. Österreich und die Schweiz haben dieses auch angefragt.
- ! Einige EU-MS haben zentrale Notfallnummer für diese Lage geschaltet, z.B. Portugal.
- ! Passagierinformationsposter mit IGV-Flughafen abgestimmt und die AGI ist informiert worden.

IBBS:

Klinisches Management

- ! Experimentelle Therapeutika, rein supportive Therapie, für Gabe von Remdesivir nur dünne Evidenzlage, muss einzelfallspezifisch gut abgewogen werden; spezifische medikamentöse Therapie existiert nicht. Für die nächste TK-STAKOB werden Unterlagen vorbereitet.

Bericht AA/ MEDEVAC:

- ! Rückholung/ Repatriierung deutscher Staatsang. aus Wuhan geplant (keine MEDEVAC), ca. 90 Personen, zivil oder durch BW ist noch in Abklärung. Es soll vor Ort sichergestellt werden, dass kein Erkrankter an Bord geht (entsprechende Information soll erfolgen).
- ! Die Aufnahme muss mit den BL abgestimmt werden, da die Personen aus dem gesamten Bundesgebiet stammen können. Wahrscheinlich wird das Flugzeug nach FRA geleitet.
- ! Abstimmungsbedarf zu den Maßnahmen für diese Personen (gesund, keine Kontaktpersonen, aber aus Risikogebiet). Drosten und AA wünschen evtl. Probennahme (Tag 0, 3, 21).
- ! Bezüglich der Kommunikation soll sich eine Experten-AG (Airport, med. expertise/ Charite. 16 BL) beraten.
- ! Eine Ankunft des Fluges in Deutschland ist für den 30.01.2020 geplant. 27.01.2020 RKI-interne Abstimmung, 29.01.2020 soll der Flieger vor Ort sein. ,
- ! Bzgl. der divergenten Aussagen (z.B. Falldf., Inkubationszeit) auf der AA-Webseite: AA nutzt keine andere Evidenz als das RKI und die Charité. Das BMG ist diesbzgl. informiert.
- ! Bei der Repatriierung soll auch Schutzkleidung von Deutschland an CHINA zur Verfügung gestellt werden, da hier der Bedarf sehr groß (ca. 10.000/ Tag). Es gibt dazu eine „PPE-Wunschliste“. Das RKI hat nur wenig auf Lager und könnte lediglich symbolisch PPE mitgeben. Frau Lauffer ist informiert.

ToDo: Dokument für Reiserückkehrer (normale Bevölkerung) aus China, ähnlich wie Flughafen-Poster plus Kontaktpersonen, ggf. zusammenstellen und bei IGV-Flughafen-TK am 28.01.2020 besprechen (Rücksprache BMG Bayer).

- ! Humanitäre Unterstützungen, Donations, etc könnten IBBS und ZIG übernehmen.
- ! ZIG3: Aktuell bereits Anfragen von Partnern zur Unterstützung bekommen, z.B. vom Nigeria CDC. Fr. Beermann nach Nigeria gereist, Sonden und Primer für PCR und mitgenommen. ZIG erwartet noch

	<p>mehrere solcher Anfragen. Die Koordination dieser Anfragen erfolgt über die WHO. Bei Partnern aus bestehenden Projekten (GHPP, etc.) kümmert sich das RKI im Rahmen dieses Netzwerks aber persönlich um diese Anfragen.</p>
3	<p>Aktuelle Dokumente</p> <p>Risikogebiete:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aus der Provinz Hubei kommen immer noch 80-90% der Fälle. ! Ausschlaggebend für unsere Bewertung der Risikogebiete: areas with possible community transmissions. ! In der Falldefinition von WHO/ ECDC wird immer noch Wuhan als Risikogebiet angegeben. ! INIG ist für die Aktualisierung der Risikogebiet-Karte zuständig. <p>Dokument zu Modellierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das interaktive Dokument (inkl. kurzer Begleittexte und Verlinkung zur entsprechenden RKI-Webseite) zur Modellierung wird heute fertig. Die Modellierung ändert sich mit Situationsänderung. Es muss mit IT/Herrn Golz noch geklärt werden, ob eine Verlinkung mit der RKI-Domäne/nCoV möglich ist. Sonst wird das Dokument über den HU-Server gehosted. Bis dahin ist eine kurzfristige online Ablage für interne Abstimmung möglich. <p>ToDo: 27.01. Zirkulation des Dokuments/ interne Abstimmung (Zuarbeit für Begleittext/ kleine Absätze mit Verlinkungen; Maske dafür schon vorbereitet)</p> <p>28.01. Publikation (begleitet durch Tweet), Information von BMG; und bei IGV-Flughafen-TK am 28.01.2020.</p> <p>BZgA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Informationen zu nCoV/ FAQs „auf Infektionsschutz.de“ platziert (https://www.infektionsschutz.de/coronavirus-2019-ncov.html); Publikation mit Tweet begleitet ! Das Thema wird auf der Frontseite von Informationen rund um den Infektionsschutz flankiert (Erklär-Videos, Broschüre zu Atemwegsinfektionen, etc.), zudem eine Presseerklärung zu Influenza. Diese Informationen sind für Influenza, grippale Infekte und auch nCoV gültig. Dies soll zur Deeskalation und auch Sensibilisierung für eine evtl. Differentialdiagnostik beitragen. ! BZGA- Telefonberatung steht <p>ToDo: Bei der Risikokommunikation/FAQ das wording abstimmen, d.h. aktive Kommunikation an BMG und BZGA bei substanziellen Änderungen. Gegebenenfalls ist eine separate TK für weitere Abstimmungen außerhalb der Lagebesprechungen nötig. Zum regulären Update zur Lageentwicklung bitte BZGA/BZGA-Pressestelle in den Verteiler aufnehmen.</p> <p>Presse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Falls es einen ersten Fall in Deutschland geben sollte, möchte sich der Gesundheitsminister dazu selbst äußern. Entsprechende Sprachregelungen sind aktuell in der Vorbereitung. ! Erstellung von FAQs bzgl. Waren/ Postsendungen, hierzu wird auf die FAQs für Ebola zurückgegriffen (mit Verweis auf BfR). Abstimmungen dazu zwischen Fr. Schulz-Weidhaas und Fr. Petschelt. ! Vom BMG wird die Erstellung einer Checkliste für niedergelassene Ärzte gewünscht, für den Fall, dass sich ein Verdachtsfall telefonisch



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>anmeldet (ggf. dafür die INV-FAQs für Ärzte nutzen).</p> <p>ToDo: IBBS stellt Informationen/ Inhalte für eine mögliche Checkliste für niedergelassene Ärzte zusammen und teilt den Vorschlag.</p> <p>Sitzung BMG: Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Öffentlichkeitsarbeit (viele Journalisten, die sonst nicht med./wiss. arbeiten, entsprechende Ungenauigkeiten), Ausschuss für Gesundheit/ globale Gesundheit, Impfen/ Virostatika, Flughäfen, Falldf./ Verdachtsfälle, Presseausgabe (Proben untersucht, alle neg.)
4	<p>Presse -Kommunikation – Update</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aktualisierungen sobald neue Informationen verfügbar sind ! Situationstext ohne Zahlen, aktuelle Zahlen nur noch in einem Dokument (Presse) ! FAQs werden am 27.01.2020 noch mal überarbeitet <p>ToDo: Ggf. die FAQs etwas genauer formulieren, z.B. bzgl. Desinfektion (Wischflächen), etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Html-Informationen zur Kontaktpersonennachverfolgung parallel auch als Download zur Verfügung stellen (html als Arbeitsdokument/ hard copy ungünstig), z.B. um auch den Stand des Dokuments zu gewährleisten. <p>ToDo: Bitte PDF-Version bereitstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! PHE bietet aktuell einen Blog zum nCoV-Geschehen an. Aktuelle kann dies von Presse nicht bedient werden. <p>ToDo: ZIG3 prüft Machbarkeit und gibt Rückmeldung.</p> <p>Lagebericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Seit letztem Freitag täglichen Lagebericht (INIG, ZIG3, FG32, FG36) ! Bitte weiterhin den Lagebericht täglich, immer am Nachmittag ! Bitte den Wochenbericht am Di zusätzlich. ! Bundeswehr, BL sollen auch den täglichen Lagebericht erhalten. ! Alle anderen Dokumente sollen sich auf die von FG36 freigegebenen Lagebericht beziehen, um die Freigabeaufwand durch FG36 gering zu halten. ! Bitte angeben welche Quellen/ Staatliche Quellen für das Update des Lageberichts genutzt werden (insbesondere hilfreich für das Update am Wochenende). <p>Das BMG möchte den Lagebericht arbeitstäglich erhalten, am Wochenende erfolgt ein -Update der Zahlen per E-Mail.</p>
5	<p>Labordiagnostik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! INV-Diagnostik; Verdachtsproben sollten auch auf andere resp. Erreger getestet werden. In den Empfehlungen wird nicht explizit beschrieben wer diese vornehmen soll. Bei steigenden Zahlen kann dies nicht das KL Corona machen. Bitte die parallele Differenzialdiagnostik in den Dokumenten noch explizit vermerken. Diese kann auch in peripheren Labor stattfinden. <p>ToDo: Herr Wolff macht dazu einen Formulierungsvorschlag.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Marburg kann nCoV-Testung durchführen. ! Hamburg kann auch, aber hat noch keine Proben untersucht.

	<ul style="list-style-type: none"> ! Stuttgart hat die Assay-Protokoll angefragt. ! LGL hat das Assay etabliert, warten aber noch auf Kontrollen. <p>ToDo: Bitte einen einheitlichen Verteiler für die Kommunikation der Laborergebnisse vom KL verwenden: Hr. Drosten, Hr. Wolff/ Hr. Dürrwald, nCoV, Hr. Buchholz/ Hr. Haas, Hr. Wieler/ Hr. Schaade, ZBS Fr. Michel/ Hr. Nitsche.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es sollen auch Negativ-Befunde an die BL und das BMG gemeldet werden.
6	<p>Informationen aus der Koordinierungsstelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hoher Arbeitsaufwand; seit 23.01.2020 örtlich im Lagezentrum; Erweiterung personell in Arbeit (RKI-übergreifend); Abfrage RKI-weit ! >900 E-Mails auch am WE ! Erreichbarkeit auch über WE genutzt, Rufdienst viel zu tun, Pforte hat jetzt auch eine schriftliche SOP hinterlegt ! Liaison-Person von FG36/ZIG plus andere MA der anderen FGs ! Bei ersten Fall offizielle Aktivierung des LZ ! In Lage-Verteiler sollen keine RKI-externen E-Mail-Adressen aufgenommen werden ! Zuständigkeiten-Übersicht wurde erweitert (LINK) ! Bitte Dokument zu „was läuft nicht gut“ nutzen, um Probleme zu dokumentieren. ! Am 28.01.2020, 13.00Uhr und 30.01.2020, 12.30 gibt es eine MA-Schulung (für 10-15 MA) für die Koordinierungsstelle ! Aktuell läuft 2-Schichtbetrieb ! Arbeit am Wochenende wird weiterhin nötig sein. ! Betroffene FG: Präsenzpflicht bei Liaisonpersonen im LZ bei der Schichtübergabe
7	<p>Andere Themen</p> <p>GOARN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 2 MA (Sarah McFarland, Regina Singer) ! werden GOARN vorgeschlagen ! BMG plant Pressegespräch (BMG oder Bundespressekonferenz) ! Hintergrundgespräch für Journalisten (PRÄS, ggf. FGL36 oder Schaade)
8	<p>Weitere Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Informationen für Reiserückkehrer ! Information/ Checkliste für ambulante Versorger ! Ärzteblatt neue Anfrage für weitere Fragen ! FAQs etwas genauer z.B. für Desinfektion (Wischflächen) ! Ggf. Informationen für Mitarbeiter Zoll/ Bundespolizei nötig. Hier wollte BY (im Rahmen der IGV-Flughafen-Gruppe) einen Vorschlag machen. Dies wird in der TK am 28.01.2020 erfragt werden. ! Bzgl. Blutsicherheit machen andere EU-MS etwas (z.B. Italien, Norwegen, Finnland). <p>ToDo: Dies ist für Deutschland nicht nötig, soll aber durch Ruth Offergeld geprüft werden.</p>
9	<p>Nächstes Treffen: Freitag 31.01.2020 um 13 Uhr, N01.01.021</p>

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	28.01.2020, 11-12:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Seestraße, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abteilung 1-Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abteilung 3-Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG-Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Marc Thanheiser
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG18
 - Felix Walper
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher (telefonisch)
 - Jamela Seedat
- ! INIG
 - Andreas Jansen
 - Basel Karo

TOP	Beitrag/Thema
1	<p>Aktuelle Lage – erster Fall in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Erster Fall in Bayern bestätigt. Herr Hoch von der Landesbehörde in Bayern hat Anamnese erhoben. Die Klinik hat via STAKOB auch Rücksprache mit IBBS gehalten. Patient war mit chinesischer Kollegin in einem Raum (mind. eine Stunde) und haben Hände geschüttelt. Die chinesische Kollegin war offensichtlich symptomfrei. Eine TK mit der behandelnden Klinik, dem Gesundheitsamt, der Landesbehörde sowie dem RKI (IBBS und FG36) soll heute stattfinden, um Details und unterschiedliche Angaben zu besprechen. ! Aufgrund des Falles muss davon ausgegangen werden, dass eine Übertragung von 2019-nCoV von einer asymptomatischen Person möglich ist. ! Herr Schaade hat Herrn Zapf von der Landesbehörde in Bayern, um die Benennung eines Ansprechpartners gebeten, um Diskrepanzen (z.B. beim Alter) bei den Angaben zu klären. ! Die WHO wurde über BMG, EWRS und die deutsche IGV-Anlaufstelle informiert und eine TK findet auch gemeinsam mit EC und ECDC am 28.01.2020 zum Austausch statt. U.a. ist auch die bayrische Landesbehörde Bayern eingewählt. ! In der EpiLag kam die Frage auf, ob das Laborergebnis durch das Konsiliarlabor (KL) verifiziert werden soll. Bayern hatte dies bislang nicht veranlasst. Die anderen Länder sprechen sich dafür aus. Gemäß § 16 IfSG, Absatz 3, können Gesundheitsämter anordnen, dass die Probe zum KL geschickt wird. Dies soll auch in der heutigen AGI Telefonkonferenz mitgeteilt werden.
2	<p>Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bislang wird nur die Provinz Hubei als Risikogebiet bezeichnet. Generell gelten als Risikogebiete Gebiete, in denen von einer anhaltenden Übertragung in der Bevölkerung („community transmission“) ausgegangen werden kann. Angesichts der teilweise drastischen Maßnahmen, ist dies auch in weiteren Städten anzunehmen. <p><i>TODO: ZIG1 prüft, in welchen Städten in China von einer anhaltenden Übertragung von 2019-nCoV in der Bevölkerung ausgegangen werden kann.</i></p>
3	<p>Aktivitäten und Maßnahmen in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Management von Kontaktpersonen: Den Kontaktpersonen zu dem Fall in Bayern wird von der Landesbehörde eine häusliche Quarantäne, Führen eines Tagebuches sowie Überwachung durch das zuständige Gesundheitsamt empfohlen. Vorlagen gibt es bereits auf der RKI Internetseite. Es wäre wünschenswert, wenn das RKI über die Ergebnisse des Monitorings regelmäßig informiert wird. Ein Mund-Nase Schutz sollte dann empfohlen werden, wenn der Patient Symptome entwickelt. <p><i>TODO: FG36 (Walter Haas) überprüft die vorhandenen Dokumente und ergänzt sie durch die besprochenen Empfehlungen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Evakuierung von Deutschen aus China: Frankreich, USA und die UK haben alle Empfehlungen zur Quarantäne für Reiserückkehrer. Das



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>Ausmaß variiert. Für die Reiserückkehrer, die nach Deutschland zurückgeführt werden, soll die Empfehlung einer häuslichen Quarantäne inklusive Selbstüberwachung und Monitoring durch das Gesundheitsamt gegeben werden. Bei Symptomen sollen sich die Reiserückkehrer umgehend mit dem zuständigen Gesundheitsamt in Verbindung setzen. Es wird mit der AGI noch geklärt, ob für Reiserückkehrer aus China und solchen mit Kontakten zu Erkrankten eine Unterscheidung gemacht werden soll. Ggf. könnte bei Reiserückkehrern ohne Kontakte und nicht aus Risikogebieten auf die Überwachung durch das Gesundheitsamt verzichtet werden. Ebenso soll mit der AGI geklärt werden, ob man nachträglich noch einmal für die bislang schon Zurückgekehrten aktiv auf die Empfehlungen hinweist oder ob eine Veröffentlichung auf der RKI Internetseite ausreicht.</p> <p>TODO: IBBS erstellt ein Informationsblatt für Reiserückkehrer (siehe auch Vorlage vom ECDC).</p> <p>! Hotline: In der TK mit dem BMG am Vormittag vom 28.01.2020 wurde dies nicht angesprochen. Bayer schaltet eine Hotline. Es wird von der Lage-AG als sinnvoll erachtet eine Hotline zu schalten.</p> <p>TODO: Die BZgA soll hierzu durch Frau Degen (Presse) aufgefordert werden. Will die BZgA keine Hotline schalten, wendet sich Herr Schaade an Herrn Rottmann vom BMG und bittet um eine Hotline.</p> <p>! IfSG-KoordinierungsVwV: In der AGI TK heute soll besprochen werden, ob die IfSG-KoordinierungsVwV aktiviert werden soll. Herr Rottmann (BMG) hat diesem bereits zugestimmt.</p> <p>! Konsiliarlabor: Herr Drostent berichtet, dass viele Proben im KL eingehen und bittet um Hilfe durch RKI. Neben dem RKI gibt es noch weitere Labore, die die Diagnostik für das 2019-nCoV etabliert haben (u.a. Oberschleißheim, Marburg, Hannover, Frankfurt). Es soll auch geschaut werden, ob es sich bei dem positiven Befund des Patienten aus Bayern noch um das ursprüngliche Virus aus Wuhan handelt oder ob dieses mutiert ist. Es ist zu erwarten, dass es Änderungen gibt, aber es wird keine phenotypischen Änderungen geben.</p>
4	Nächstes Treffen: Mittwoch, 29.01.2020 um 13 Uhr

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	29.01.2020, 13-14:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Seestraße, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abteilung 1-Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abteilung 3-Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! BZGA
 - -
- ! ZIG-Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Marc Thanheiser
- ! ZBS 2
 - Daniela Jacob
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Juliane Seidel (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Claudia Schulte-Weidhaas
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Jamela Seedat

- ! INIG
 - Andreas Jansen
 - Basel Karo
- ! Bundeswehr
- ! Dr. Harbaum

Lagezentrum des RKI

TOP	Beitrag/Thema
1	<p>Aktuelle Lage – International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! >6.000 in China, davon ca. 60% in der Provinz Hubei, allein ca. 840 neue Fälle von gestern zu heute gemeldet, ! Berechnete Inzidenz für Hubei: 4,5/100.000 Einw; andere Provinzen: <1/100.000 Einw, ! 132 Todesfälle in ganz China <p>Frankreich hat „EU-civil protection“ aktiviert (Repatriierung französischer Staatsbürger)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aktuell erstellt die INIG eine Lineliste zu reiseassoziierten Fällen außerhalb Chinas. <p>ToDo: Bitte diese Lineliste teilen sobald sie verfügbar ist.</p> <p>Aktuelle Lage – National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es wurden 3 neue Fälle in BY bestätigt (unter 11 Kontaktpersonen des ersten Falls), d.h. insgesamt 4 Fälle in BY mit der Indexpatientin aus Shanghai assoziiert (1 Cluster/ Geschehen). ! Alle Fälle sind hospitalisiert und isoliert. Es ist bekannt, dass zu dem ersten Fall Ermittlungen bzgl. der Kontaktpersonen laufen. Es wird davon ausgegangen, dass dies auch für die Kontakte der 3 neuen Fälle durchgeführt wird. ! Es sind noch viele Fragen bzgl. der Indexpatientin offen. Diese wird mittels IHR-NFP versucht telefonisch zu kontaktieren, bisher noch nicht gelungen. Der IHR-NFP ist ebenso bzgl. der Kontaktpersonennachverfolgung des Rückfluges involviert. ! Es gab TKs zwischen FG32 WHO, ECDC und BY. Die MS wurden via EWRS informiert. Es ist die Publikation eines case reports geplant, um mehr Informationen zum Geschehen in BY, außerhalb von EWRS, bereitzustellen. ! Es ist noch unklar, ob die Indexpatientin auch subjektiv asymptomatisch war, evtl. gab es geringe Symptome, die den Fällen in BY nicht aufgefallen sind. Auch gibt es noch Fragen zu den Kontakten der Indexpatientin, z.B. dem Kontakt zu deren Eltern in China (Eltern auch asymptomatisch?). ! Die Proben in München wurden von PD Dr. Roman Wölfel, Institutsleiter des Institutes für Mikrobiologie der Bundeswehr in München bearbeitet. Ihm liegen Anamnesedaten zu den Proben vor. <p>ToDo: Bitte Kontaktdaten von Roman Wölfel zur Verfügung stellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es ist derzeit keine Aussage zu einem Virusnachweis bei asymptomatischen Fällen möglich (vor Symptombeginn, nach Symptombeginn). <p>Repatriierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das AA plant eine Repatriierung deutscher Staatsangehöriger aus Wuhan. Der Flug soll durch BW ärztlich begleitet werden und die Ankunft ist in FRA am Sa, 01.02.2020 geplant. Das GA FRA nimmt die Personen in Empfang. ! Dazu gab es diverse TKs zwischen FRA, AA, AGI und BMG. Folgende Strategie wurde im Konsens festgelegt: da die asymptomatischen Rückkehrer aus dem Risikogebiet kommen, werden sie als Kontaktpersonen eingestuft, d.h. 14 Tage in häusliche Quarantäne unter aktiver Beobachtung des zuständigen GA gestellt. Sie sollen keine ÖPNV nutzen. Die

	<p>Finanzierung ist noch in Abstimmung. Ebenso muss noch abgestimmt werden, wie verfahren werden soll, wenn Personen keinen Wohnsitz in DE angeben können.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! IBBS und FG36 bereiten aktuell ein Dokument zu Maßnahmen bei Reiserückkehrer aus Gebieten mit andauernder community transmission (Risikogebiete) vor. Dies soll jetzt erst einmal nicht weiter bearbeitet werden, da evtl. für diese Personen doch eine staatliche Quarantäne vorgesehen ist. ! IBBS hat darauf hingewiesen, dass die Anwendung unterschiedlicher Maßnahmen im Umgang mit Repatriierten und Reiserückkehrern mit ähnlichen Konditionen ungünstig sind. Das ursprüngliche Vorgehen war mit der AGI abgesprochen, aber die jetzt entstandene Diskrepanz durch muss derzeit akzeptiert werden. ! Aufgrund der Quarantäne werden außer der Repatriierung aktuell keine Flüge/ Rückkehrer aus dem Risikogebiet Hubei erwartet. ! Die Bundeswehr informiert, dass dar Repatriierungsflug durch einen Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen begleitet wird. Zudem ist das Flugzeug entsprechend der Empfehlungen des BMG ausgestattet.
2	<p>Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es wurde die Notwendigkeit der Anpassung der Risikogebiete auf Grund der dynamischen Entwicklung diskutiert. Die aktuelle Diskrepanz zwischen der WHO-Einschätzung und der des RKI muss vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Perspektiven gesehen werden. Die WHO bezieht bei ihrer Einschätzung des Risikos (Eintrittswahrscheinlichkeit und Erkrankungsschwere) auch die Bewältigungsmöglichkeiten ressourcenarme Länder ein. Bei der Einschätzung durch das RKI werden Eintrittswahrscheinlichkeit und Erkrankungsschwere separat bewertet und so auch kommuniziert. ! Aktuell gibt es in Deutschland 4 Fälle, aber es handelt sich um nur 1 Geschehen. ! Auch Kanada und die USA haben die Gefahr für die Ausbreitung in der Bevölkerung als low eingestuft. ! Es besteht aktuell kein Anpassungsbedarf der Risikobewertung.
3	<p>Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Definition der Risikogebiete wurde diskutiert. Das Kriterium ist aktuelle eine Region mit anhaltender Übertragung in der Bevölkerung (community transmission). ! Es besteht Konsens, dass sich keine anderen Kriterien dazu eignen die Regionen zu unterscheiden. Ganz China als Risikogebiet zu definieren ist nicht sinnvoll, da es weite Regionen gibt in denen nur wenige (eingetragene) Fälle auftreten und es keine Übertragung in der Bevölkerung gibt. Es wäre unverhältnismäßig Reiserückkehrer aus diesen Gebieten als Verdachtsfälle einzustufen. Dagegen steigen die Fallzahlen in der Region Hubei (trotz Abschottung) weiter an was für eine anhaltende Übertragung in der Bevölkerung spricht. ! Es bleibt bei der aktuellen Definition der Risikogebiete. <p><i>ToDo: Presse: Bitte die Informationen auf der Webseite strukturieren:</i></p> <p><i>1. Seite: Risikogebiete, nach Falldefinition eingestuft auf Grund anhaltender Übertragung in der Bevölkerung (als Verlinkung von der Falldefinition und dem Flughafenposter);</i></p> <p><i>2. Seite: Epidemiologische Informationen: Surveillance nach Fällen und Regionen, die keine Risikogebiete)</i></p>



Lagezentrum des RKI

	<p><i>ToDo: Presse: Bitte den Link zu den Risikogebieten nicht ändern, da hierauf diverse Dokumente verweisen, z.B. Passagierinformation Flughäfen mittels QR-Code!</i></p> <p><i>ToDo: Bitte die Karte mit betroffenen Provinzen wieder auf der Webseite zur Verfügung stellen.</i></p>
4	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Berichterstattung Verdachtsfälle an BMG ! Hotline ! Publikation Ärzteblatt und Lancet <p><i>ALLE THEMEN VERTAGT auf 30.01.2020.</i></p>
5	<p>Rechtliche Rahmenbedingungen</p> <p>IfSG-Koordinierungs-VwV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die IfSG Koordinierungs-VwV tritt in Kraft, d.h. die Rolle des RKI ist mandatiert und gibt mehr Rechtssicherheit z.B. in Bezug auf den Umgang von personenbezogenen Daten (KoNa). Auch darf das RKI bei Information über neue Fälle die anderen BL direkt informieren, dies müssten sonst die betroffenen BL selbst übernehmen. An den Maßnahmen vor Ort ändert die nichts. <p>Rechtsverordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine Rechtsverordnung zur Meldepflicht (Arzt, wahrscheinlich auch Labor) wird derzeit vom BMG erarbeitet. <p>IGV-Durchführungsgesetz:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Seit dem 28.01.2020 sind die §§12 und 16 des IGV-DG in Wirkbetrieb genommen worden. Dazu wird es in Abstimmung von BMVI und dem BMG eine Allgemeinverfügung geben, die am 29.01.2020 noch auf den Webseiten des BMG und des BMVI publiziert wird. ! Praktisch bedeutet dies, dass ankommende Flüge aus China den Health Part der General Declaration bzgl. der Ereignisse an Bord ausfüllen müssen, ebenso verbindlich soll die Passenger Locator Card (PLC) von den Passagieren ausgefüllt, von der Flugbesatzung eingesammelt und an die zuständige GA übergeben werden. Darüber hinaus sollen die Airlines alle Buchungsdaten der Passagiere speichern und bei Bedarf den Gesundheitsbehörden zur Verfügung stellen.
6	<p>Labordiagnostik</p> <p>Einstufung ABAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Morgen tagt der 6.2 Unterausschuss 3. Eine Beschlussvorlage zur Abstimmung liegt vorab zur Kenntnis vor. Der Erreger wird voraussichtlich die Kennzeichnung 3 Z erhalten, d.h. Labordiagnostik unter S2-Bedingungen und bei Anreicherung Arbeiten unter S3-Bedingungen. ! Der Probentransport erfolgt als Kategorie B (wenn keine Kultur). Dies ist auch in den Laborempfehlungen festgehalten. (LINK: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html)
7	<p>Surveillance-Anforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Meldungen, Umsetzung in SurvNet <p><i>THEMA VERTAGT auf 30.01.2020.</i></p>
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p>
9	<p>Klinisches Management</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es wird kurz von Unsicherheit im Kontaktmanagement bzw. der Isolierung im Krankenhaus berichtet.

	<i>ToDo: Bitte Information für Ärzte für die Webseite erstellen: Isolierung im Krankenhaus/ Kontaktmanagement.</i>
10	<p>Transport (Grenzübergangsstellen)</p> <p>Entry-Screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hr. Spahn hat sich in der Pressekonferenz am 29.01.2020 eindeutig gegen die Implementierung von ENTRY-Screening an deutschen Flughäfen geäußert. <p>Passagierinformation (Poster):</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bei der heutigen TK der AG IGV-benannte Flughäfen wurde dem von der AGI abgestimmten Vorgehen (Repatriierung) zugestimmt. Die Passagierinformation, die aktuell an den Flughäfen aushängen sollen aber erst einmal nicht geändert werden. <p><i>ToDo: Nachfrage bei AGI, ob der häusliche Isolierung als Vorgehen im Allgemeinen bei Reiserückkehrern aus Risikogebieten zugestimmt wurde oder nur im Rahmen der Repatriierung.</i></p>
11	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <p>Unterstützung, Erreichbarkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Besetzung des LZ wurde auf 8-18 Uhr ausgedehnt. Anfragen kommen aber bis ca. 3 Uhr per E-Mail rein. ! Es haben sich viele MA für eine Mitarbeit im LZ gemeldet. Es ist sinnvoll, dass die entsprechenden MA mehrere Dienste übernehmen, um in eine Routine zu kommen. Daher werden jetzt nicht alle MA, die sich gemeldet haben im LZ eingesetzt. Da aber OE auch außerhalb des LZ sehr belastet sind (z.B. Presse, FG36), können diese auch gern angeben, wenn sie Unterstützung aus dem LZ-Pool benötigen.
12	<p>Weiteres</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mit dem täglichen Lagebericht und dem dazu parallel erscheinenden Wochenbericht entstehen Redundanzen. Eine Zusammenfassung würde zur Arbeitsentlastung beitragen. Zur breiten Information werden die Fallzahlen auf der Webseite regelmäßig aktualisiert. <p>Anmerkung: Der Empfängerkreis der beiden Berichte ist unterschiedlich.</p> <p><i>ToDo: Die beiden Berichtersteller stimmen sich ab und erarbeiten einen konkreten Vorschlag, der in der AG-Lage-Sitzung besprochen wird.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Thema Abrechnung: Die Diagnostik müssen die Betroffenen erst einmal selbst verauslagen. Sie bekommen diese aber von den Krankenkassen erstattet. Das BMG befasst sich mit der Erarbeitung einer EBN-Ziffer zur direkten Abrechnung.
13	<p>Tägliche AG-Lage-Sitzungen,</p> <p>Nächstes Treffen: Donnerstag, 30.01.2020, 11-12 Uhr im Lagezentrum</p>

AG-Lage-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	30.01.2020, 11-12:30 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Seestraße, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
 - Barbara Buchberger
- ! Abteilung 1-Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abteilung 3-Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZBS 1
 - Janine Michels
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
 - Claudia Schulz-Weidhaas
 - Nadja Bersug
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! Datenschutz
 - Jörg Lekschas
 - Marie Reupke
- ! Bundeswehr
 - Thomas Harbaum

! BZgA

○ Linda Seefeld

TOP	Beitrag/Thema
1	<p>Aktuelle Lage - International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! >7.800 Fälle in China, >1700 neue Fälle, Großteil der Fälle (>50%) in der Provinz Hubei, ! 170Todesfälle, alle in China, ! >12.000 Verdachtsfälle in China, Anzahl der Kontaktpersonen unter Beobachtung nicht genau bekannt, keine Information verfügbar dazu, wie viele der Fälle Kontakte sind ! Erstmals neue Fälle in Indien, Philippinen, und Finnland <p>Aktuelle Lage - National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Insgesamt 4 bestätigte Fälle (1 Infektionsgeschehen) in Bayern, der erste hatte direkten Kontakt zu einer Chinesin, die nach ihrer Rückkehr in China positiv getestet wurde, 3 weitere bestätigte Fälle wurden unter den Kontakten zu der chinesischen Indexpatientin bzw. dem ersten deutschen Fall identifiziert. Einer der Fälle ist schwer erkrankt und wurde mit Influenza diagnostiziert, eine mögliche Ko-infektion wird aktuell untersucht. Bei allen bisher identifizierten Fällen wurde ein komplettes Blutbild gemacht. ! Bei dem ersten bestätigten Fall gibt es 40 Kontaktpersonen in der Firma und zusätzlich Familienangehörige, die Zahl der Kontaktpersonen der 3 neuen Fälle steigt schnell an und war gestern bereits >100. ! Über die WHO vermittelt gab es einen direkten Kontakt zu der Indexpatientin in Shanghai, es wurden (durch GA in Bayern) mehr Details zur klinischen Entwicklung und weitere Expositionskontakte erfragt: Patientin meldete unspezifische Allgemeinsymptome (über „normales Jetlag hinaus“), die mit einer subjektive ILI-Symptomatik übereinstimmen, und die sie mit einem fiebersenkendem chinesischen Medikament therapiert hat. Ihre Eltern waren am 16.01. zu Besuch bei ihr in Shanghai, und sind während des Aufenthaltes dort bereits erkrankt. Ihr Vater, der auch eine Herzerkrankung hat, befindet sich aktuell auf der Intensivstation. <ul style="list-style-type: none"> ! Übertragung von asymptomatisch infizierten kann aktuell nicht bestätigt werden. Morgen um 09:00 findet erneuter Kontakt zu der Patientin mit chinesischer Unterstützung statt, auch um erneut die Bewegungsmuster der Patientin in Deutschland nachzuvollziehen. ! Ein möglicher Sekundärfall unter den deutschen Kontakten ist sich keines Kontaktes mit der Indexpatientin (jedoch mit dem ersten deutschen bestätigten Fall) bewusst, beide waren aber wahrscheinlich in der selben Kantine und mögliche unbewusste Kontaktfelder sind nicht auszuschließen. Fallgeschichte und Exposition müssen noch bestätigt werden. ! Genaue Dokumentation des klinischen Verlaufs und Studien zu den

	<p>identifizierten Fällen laufen, Daten und Proben werden erhoben und analysiert, dies wird aktuell als Ausbruchsmanagement und Dienstaufgabe gesehen und soll wichtige Aufschlüsse zu 2019-nCoV liefern. Möglicherweise kann Bayern hierbei noch Unterstützung gebrauchen.</p> <p>! Praktische Empfehlung: aktuell an Falldefinition und Flusschema festhalten.</p> <p>! Aus STAG-IH TK gestern: es liegen keine hilfreichen Informationen zur klinischen Situation der Patienten aus China vor, aktuell beruht die gesamte Risikoeinschätzung auf den Fällen außerhalb Chinas, die WHO versucht die Untersuchungen der Fälle so gut wie möglich zu harmonisieren.</p> <p>! Internationale Kontaktpersonennachverfolgung läuft, 2 mild symptomatische Kontakte befinden sich aktuell in einem Ferienhaus in Teneriffa, die Kollegen in Spanien wurden informiert.</p> <p>! Ein Ausbruchsteam des RKI (PAE, FG 32) ist unterwegs nach Bayern um die Kollegen vor Ort bei der KoNa und Datenerhebung zu unterstützen.</p> <p>! Risikobewertung: Aktuell kein Anpassungsbedarf, bleibt bestehen</p>
2	<p>Kommunikation</p> <p>! Diverse Krankenkassen, Bayern und Berlin haben Hotlines zu 2019-nCoV eingerichtet.</p> <p>! Eine Bürger-Hotline auf Bundesebene unstreitig erforderlich: BZgA ist aktuell nicht in der Lage eine solche zu schalten, wird jedoch notwendigen Ressourcen definieren um zu sehen, wie eine solche umgesetzt werden könnte.</p> <p>! BMG prüft aktuell, ob ihrerseits eine Hotline eingerichtet werden kann, RKI kann lediglich fachliche Unterstützung bieten wenn die Anrufe zunächst gefiltert werden.</p> <p>! Die Risikogebiete auf der RKI-Webseite wurden aktualisiert(Karte mit Inzidenzen; Tabelle mit Fallzahlen), nach wie vor wird die Provinz Hubei als Risikogebiet definiert.</p> <p>! Maßnahmen für Reiserückkehrer aus anderen Provinzen Chinas: heute wird in der AGI eine Anpassung des Flughafen Poster abgestimmt. Reiserückkehrer aus ganz China sollen dazu aufgerufen werden, sich bei Symptomen an das Flughafenpersonal bzw. einen Arzt zu wenden. Die Falldefinition bleibt zunächst unverändert. Wenn jedoch die Falldefinition definitiv erfüllt ist, sollte der labordiagnostische Test nicht ambulant und während einer Patienten-Isolierung durchgeführt werden (anders als wenn Arzt differentialdiagnostisch testet). Wenn die aktuelle Ausreiseblockage aus dem Risikogebiet zusammenbricht muss die Empfehlung angepasst werden.</p> <p>! Präs war gestern erneut im Gesundheitsausschuss und Unterausschuss globale Gesundheit: sehr viel Lob und Dankbarkeit für RKI-Arbeit.</p> <p><i>ToDo: nach Abstimmung Verbreitung/Veröffentlichung des angepassten Flughafen Posters</i></p>

<p>3</p>	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Dokument zur 2019-nCoV Diagnostik wurde weiter angepasst, und weitere Labore haben Vorgang etabliert. ! Durch die JEE in Deutschland wurde eine gute Übersicht über die Laboratorienlandschaft erlangt. Hinweise des RKI über Labore die Testkapazitäten haben ist kontraproduktiv und sollten nicht veröffentlicht werden. Wir gehen davon aus, dass die großen, etablierten Laborversorger mit der Thematik bekannt sind und ein Angebot für versorgte Praxen unterbreiten. ! Alle positiven Proben sollen nach wie vor ans KL gehen um diesem eine gute Basis für Sequenzierung und Virus-Veränderungen beobachten zu können. Integrierte molekulare Surveillance sollte etabliert werden, und Kommunikation hierzu mit KL und Bundeswehr stattfinden. Hierfür muss die Labornummer über Meldefall mit an das RKI übermittelt werden, um epidemiologische Zusammenführung der Daten zu ermöglichen. ! Bezüglich der Repatriierung bleibt abzuwarten, wo die Passagiere in Quarantäne gebracht werden, das lokale GA wird verantwortlich für sie sein. Sobald es feststeht, soll eine standardisierte Prä-Analytik, besser an einem Ort, gesichert werden. Diese Entscheidung wird voraussichtlich heute getroffen.
<p>4</p>	<p>Surveillance-Anforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Rechtsverordnung zur Klarstellung der Meldepflicht in Bezug auf 2019-nCoV beinhaltet auch Labor- und nicht nur Arzt-Meldepflicht. Der Minister sagte im Fernsehen dass nur bestätigte Fälle meldepflichtig sind, was unserer Regelung widerspricht, es wird jedoch auf Arbeitsebene weiter so gehandhabt ! Im gestrigen Lagebericht konnten keine epidemiologischen Daten zu den Fälle in Deutschland geliefert werden, dies muss sich ändern <p><i>ToDo: Es wäre gut, wenn die Pressestelle solcherart Aussagen des Minister/BMG weiterleiten oder aufführen könnte</i></p>
<p>5</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt sehr zahlreiche Anfragen zu möglichen/notwendigen Maßnahmen. Ein Papier zum Kontaktpersonenmanagement wurde fertiggestellt und wird heute mit der AGI abgestimmt, und der Infobrief bezüglich der Erfassung von Informationen zu Fällen ist soweit finalisiert, über denselben Weg soll auch Erfassung der Information über Kontaktpersonen laufen. Alle anderen veröffentlichten Dokument sind gültig wie gehabt, diese beinhalten lediglich zusätzliche Empfehlungen. ! Ratgeber für Ärzte zu 2019-nCoV: FG 36 hat einen Erregersteckbrief begonnen. Dieser wird kontinuierlich ergänzt, es bestehen noch zu viele offene Fragen und zu viele Erkenntnisse werden aktuell noch

	<p>gewonnen. Sobald mehr Evidenz vorhanden ist, kann die Machbarkeit/zusätzliche Belastung eines Ratgebers ausgewertet werden.</p> <p>! Das RKI sollte ein Konzept für die nächste Phase (Eskalation, was passiert wenn Containment nicht klappt) vorbereiten, das auf Nachfrage kommuniziert werden könnte. Dies muss sprachlich sehr sorgfältig vorbereitet werden: was passiert wenn Lage sich verändert, Querverweise auf Pandemieplan, Anpassung von Informationsinhalten. Aktuell kann keine Energie in einen zusätzlichen Rahmenplan gesetzt werden, an einer Minimallösung muss gearbeitet werden. Es gibt ein Konzeptpapier (FG 36), das hierfür als Aufschlag genutzt werden könnte und Antworten geben würde: Verantwortliche Stellen für Umsetzung im Falle einer Pandemie, Vorbereitung, wer übernimmt welche Verantwortung, inklusive Orientierung an gewissen Stufen?</p> <p><i>ToDo: Aufgabe Kontaktpersonenmanagement nach Abstimmung asap auf RKI-Webseite</i></p> <p><i>ToDo: Klärung der Begriffe Quarantäne und Isolierung mit den Kollegen in Bayern</i></p> <p><i>ToDo: Artikel zu Schweinegrippe wo es so einen Shift gab herausuchen und bereits anfänglich anpassen (wurde bereits von Presse an Walter Haas geschickt?)</i></p> <p><i>ToDo: Walter Haas und Lars Schaade tauschen sich zu Eskalationskonzept aus.</i></p> <p>! Medikamentenbevorratung, Notwendigkeit, Remdesivir, supportive Therapie</p> <p><i>THEMA VERTAGT auf 31.01.2020.</i></p>
6	<p>Klinisches Management</p> <p>! Alles oben (Situation national) abgehandelt</p> <p><i>ToDo:</i></p>
7	<p>Transport (Grenzübergangsstellen)</p> <p>! 4 Hauptfluglinien, u.a. die Lufthansa, haben Direktflüge nach China eingestellt</p> <p>! Verdi drängt zu Maskentragen,</p> <p>! Es besteht eine Allgemeinverfügung zur Datenspeicherung aller Daten durch Fluglinien, PLC etabliert,</p> <p>! Die AGI ist sich einig, dass kein entry screening etabliert werden soll</p> <p>! Private Medevac Firmen erhalten aktuell viele Anfragen, NACHTRAG: BMVI hat geklärt dass „die vom Bundesministerium für Gesundheit angeordnete Allgemeinverfügung gilt für alle in Deutschland ankommenden Flüge aus China und den Sonderverwaltungszone Macao und Hongkong.“</p>



8	Informationen aus dem Lagezentrum <ul style="list-style-type: none">! LZ ist überlastet und hat extrem viele E-Mails, es ist wichtig, dass Dokumente auch an den Verteiler/die verantwortlichen Kollegen gehen damit es keine Bottlenecks gibt.! Es gibt viele Unterstützungsangebote und somit Bedarf an Einarbeitung, heute hat eine zweite Schulung stattgefunden! Vor allem in den Übersichtspositionen bestehen weiter starke Engpässe <p><i>ToDo: Unterstützung des LZ bei der Redaktion von Newsletter, EpiBull Artikel, Lage-AG Protokollen?</i></p>
9	Nächstes Treffen: Freitag, 31.01.2020 um 13:00, Lagezentrum Besprechungsraum

AG-Lage-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	31.01.2020, 13-14:45 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Seestraße, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abteilung 1-Leitung
 - -
- ! Abteilung 3-Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZBS 1
 - Janine Michels
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Matthias Budt
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Juliane Seidel (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Marieke Degen
 - Susanne Glasmacher
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! Datenschutz
 - Marie Reupke
- ! Bundeswehr
 - Frau Dr. Roßmann (Telefon)
- ! BZgA

○ -



TOP	Beitrag/Thema
1	<p>Aktuelle Lage - International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Insgesamt 9.847 Fälle; 9.008 Fälle in China, 1.900 neue Fälle, Großteil der Fälle (59%, 5.806) weiterhin in der Provinz Hubei; 114 Fälle außerhalb Chinas; 213 Todesfälle (alle in China). <p>ToDo: Bitte auch ergänzen: Anzahl neuer Fäll nach Provinzen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 2 Fälle (Ehepaar aus Wuhan) in Italien, Einreise am 23.01.2020, in Rom hospitalisiert. ! 2 Fälle in Großbritannien, Familie mit Reiseassoziation China (Ort/ Region unklar), Staatsangehörigkeit unklar. <p>Aktuelle Lage - National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt seit gestern insgesamt 5 bestätigte Fälle (1 Infektionsgeschehen). Es handelt sich um ein komplexes Cluster. Da es sich um eine mobile Population handelt ist es ein sehr ausgedehntes Geschehen. Das RKI (4 Personen) unterstützt das LGL (seit gestern 17.30h). Es haben bereits TKs stattgefunden, um die Hauptziele abzusprechen. Die Listen der Kontakte wurden abgeglichen. 2 Personen bleiben am LGL zur Betreuung der engen Kontakte, die anderen unterstützen die 4 betroffenen GAs. Udo Buchholz koordiniert das RKI-Team und weitere Untersuchungen, aber die Unterstützung steht erst einmal im Vordergrund. Das RKI-Team besteht u.a. aus 2 Personen mit Epiet/PAE-Ausbildung (FG32), die vorher beim LGL gearbeitet haben. ! 2. Gespräch mit der chinesischer Indexpatientin (teilweise auf Chinesisch mit Unterstützung von Wie Cai FG36): unspezifische Symptome am 2. Tag in BY, Einnahme eines Präparats mit Paracetamol; Vorgeschichte: kein Besuch in Wuhan oder Erkrankung vor dem 16.01.2020; am 17.01.2020 große Firmenfeier in Shanghai (mit ca. 1.000 MA), Firma nimmt das Geschehen ernst und unterstützt die Ermittlungen (eigener Krisenstab mit regelmäßigen TKs, etc.) ! Durch die Information über die Firmenfeier kommen nicht nur die Eltern des Indexfalles als Ansteckungsquelle in Frage, sondern evtl. auch andere (noch unbekannt) Teilnehmer der großen Feier. Zudem gibt es 2 weitere Personen, die mit dem Indexfall gereist sind. 1 Person (erkrankt und bestätigt, auch aus der Firma) war anscheinend zusammen mit dem Indexfall auf dem gleichen Hin- und Rückflug zwischen Shanghai und München, d.h. 2 Personen können die Übertragungen in BY verursacht haben. Dies wird vom GA noch verifiziert. <p>Kontaktpersonennachverfolgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das RKI unterstützt Bayern bei der internationalen Kontaktaufnahme mit Ländern, in denen derzeit Kontaktpersonen im Zusammenhang mit dem Cluster in Deutschland stehen: Derzeit sind unter den 129 Kontaktpersonen 12 Personen bekannt, die sich im Ausland aufhalten. Folgende Länder wurden über EWRS bzw. die IGV-Kommunikation informiert: Italien (2), Rumänien (2), Tschechische Republik (1), Vereinigtes Königreich (2), Frankreich (1) und USA (1). Korea (1) und China (2) müssen noch informiert werden, hier fehlen noch einige grundlegende Informationen. ! Es handelt sich um Mitarbeiter der Firma Webasto (die Firma agiert global), die durch die Firma bereits über die Exposition informiert wurden und denen empfohlen wurde, sich in häusliche Quarantäne zu begeben. Von den

12 Personen werden derzeit 8 in die Kategorie I (höheres Infektionsrisiko) eingestuft.

Studien:

- ! Ansprechpartner ist Udo Buchholz (FG36).

Risikogebiet:

- ! **Die aktuelle Definition des Risikogebiets bleibt bestehen.**

Risikobewertung:

- ! **Es gibt aktuell keinen Anpassungsbedarf, sei bleibt bestehen.** Die Risikobewertung wurde lediglich etwas ergänzt: Mit einem Import von weiteren einzelnen Fällen nach Deutschland muss gerechnet werden. ...“
- ! 3. Update RRA durch ECDC verfügbar (auch hier: <..\..\..\2.Themen\2.1.Epidemiologie\ECDC\novel-coronavirus-risk-assessment-china-31-january-2020.pdf>):

“... - the likelihood of observing further limited human-to-human transmission within the EU/EEA is estimated as very low to low if cases are detected early and appropriate infection prevention and control (IPC) practices are implemented, particularly in healthcare settings in EU/EEA countries;

- assuming that cases in the EU/EEA are detected in a timely manner and that rigorous IPC measures are applied, the likelihood of sustained human-to-human transmission within the EU/EEA is currently very low to low; ...”

- ! UK hat das Risiko für Bevölkerung als moderat hochgestuft (PHEIC und 2 Fälle).
- ! Die Falldefinition sollen vorerst nicht verändert werden.
- ! Es wurden die Kriterien diskutiert welche maßgebend sind, um die Risikoeinschätzung des RKI hochzustufen. Im Falle fortlaufender Mensch-zu-Mensch-Übertragung, die über sporadische Fälle bzw. Infektionsketten hinausgeht, wird dies neu bewertet. Einer Änderung der Risikoeinschätzung und entsprechende Handlungskonsequenz muss mit einer angepassten Krisenkommunikation einhergehen.
- ! Aussagen zur Schwere der Erkrankung sind prinzipiell möglich: Transmissionsgeschwindigkeit, individuelle Krankheitsschwere und Impakt/Belastung der medizinischen Versorgung sind definierte, messbare Parameter, die an die WHO gemeldet werden können. Hierbei handelt es sich aber aktuell um temporäre, nicht nachhaltig finanzierte Systeme: ICOSARI, AG Influenza und Grippeweb.
- ! ARE/ILI Surveillance dieses Jahr in China diesmal nicht berichtet, warum ist unklar.
- ! Es wird Bedarf für ein Dokument gesehen, das Konzept, Ziele und Instrumente der seuchenhygienischen Maßnahmen für Phase des Containments erläutert (1-2 Seiten). Und auf der Webseite verfügbar sein. Pressestelle kann hier bei der Formulierung (bürgerverständliche Sprache) unterstützen. IBBS erstellt gerade ein Begleitdokument zum Flussschema für Ärzte mit ähnlichen Punkten und kann hier inhaltlich zuarbeiten. Dies soll auch in Vorbereitung für die Phasen Protection und Mitigation erstellt werden.

ToDo: Sobald Kapazitäten da sind bereiten Fr. Degen und Hr. Haas Punkte vor die kongruent mit dem Pandemieplan und dem Rahmenkonzept sind (für Stufe Containment).

Repatriierung:

- ! Die Repatriierung läuft nun in Verantwortung der Bundesregierung. Die Ankunft ist für morgen Mittag in Frankfurt a.M. geplant. Es wird eine Erstuntersuchung am Flughafen Frankfurt geben. Anschließend erfolgt der Transport der Reiserückkehrer in die Bundeswehrkaserne Germersheim in RP wo sie unter staatliche Quarantäne gestellt werden. Das lokale GA ordnet die Quarantäne an.

Lagezentrum des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>! Aktuell gibt es noch kein abgestimmtes einheitliches Konzept zum Hygienemanagement (Ankunft, Bus-Transport, Kaserne). HE und RP sind dazu noch in der Diskussion. Herr Rottmann (BMG) reist nach Frankfurt um dort mit dem Flughafen Frankfurt und lokalen Behörden die Schutzmaßnahmen abzustimmen.</p> <p><i>ToDo: Das RKI ist nicht weiter involviert und soll bei Nachfragen an die zuständigen Behörden von HE und RP verweisen.</i></p>
<p>2</p>	<p>Kommunikation</p> <p>Öffentlichkeitarbeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt unverändert viele Anfragen sowohl von der Fachöffentlichkeit als auch von Bürgern. Die Presse wählt sorgfältig die Anfragen aus, um Kapazitäten zu schonen. ! Die RKI-Webseite wird kontinuierlich aktualisiert. ! Die Darstellung der Fallzahlen auf der Webseite wurde entsprechend der Vorgaben umgestellt. Die 1. Seite enthält die Darstellung der Gesamtzahl der Fälle, Todesfälle und das Risikogebiet (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html); die 2. Seite enthält die Fallzahlen nach chinesischen Provinzen, die keine Risikogebiete sind sowie die weltweiten Fälle und 1 Karte mit den Inzidenzen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html?mn=13490888). ! Da im Rahmen der IfSG Koordinierungs-VwV auch die Pressestellen der BL mit RKI abstimmen sollen, gibt es dazu erste Anfragen. Bisher erhält das RKI aber nur sehr kurzfristig oder gar keine Information über Presseaktivitäten in den einzelnen BL. Dazu wird es noch einmal eine Kommunikation mit den Landesbehörden geben, damit das RKI Koordinierungs-VwV-entsprechend im Vorfeld der Pressearbeit informiert bzw. eingebunden ist, z.B. vor Pressekonferenzen. <p>Hotline:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die BZGA wurde auf die Notwendigkeit der Einrichtung einer bundesweiten Hotline hingewiesen. Eine endgültige Entscheidung zur Einrichtung einer Bürger-Hotline (Rostock) ist nach wie vor nicht gefallen. Die Callcenter Mitarbeiter könnten frühestens Montag geschult werden und entsprechend würde die Hotline frühestens ab 04.02.2020 aktiv sein. <p>Maßnahmen Reiserückkehrer, häusliche Quarantäne (Anfrage BMG, bezüglich § 28 IfSG Schutzmaßnahmen):</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das Dokument mit Informationen für Personen bei Rückkehr aus einem Risikogebiet wurde finalisiert (inkl. Informationen zu häuslicher Quarantäne), mit der AGI diskutiert und zur Verfügung gestellt. Es soll auf Wunsch der AGI aber nicht auf der RKI-Webseite veröffentlicht werden. ! Es ist nicht klar was das Dokument aus der Anfrage des BMG beinhalten soll. Erst einmal werden keine FAQs dazu vom RKI erstellt und auch auf die Dokumente aus HE und RP abgewartet, die im Rahmen der Repatriierung erstellt werden. ! Hinweis: IfSG §28 Schutzmaßnahmen, der §30 heißt Quarantäne meint aber Isolierung. <p><i>ToDo: VPRÄS fragt bei BMG nach wie das Produkt aussehen soll.</i></p>

	<p>Übersetzung von RKI-Dokumenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt Nachfragen über EWRS zu den Maßnahmen und Umgang mit Kontaktpersonen. Die deutschen Dokumente wurden bereits über EWRS geteilt. Es gibt nur das Flussdiagramm und die Passagierempfehlungen (Poster) in englischer Sprache. ! Selbst gute Übersetzung müssten von den Fachverantwortlichen gegengelesen werden (komplexe Dokumente, wording entscheidend) ! Wenn Übersetzungen in Frage kommen, dann der Lagebericht. <p><i>ToDo: Bitte an Esther-Maria Antao (MF 4) den Lagebericht ins englische zu übersetzen.</i></p>
3	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Alle ankommenden Proben sollen analysiert werden. Die Indikation zur Probenentnahme stellen die jeweiligen Länder. Labor macht Vorgaben zu den prädiagnostischen Voraussetzungen und Angaben zur Kapazität. Bei Überlastung auf andere Labore verweisen. ! Mehrere GHPP Partner haben Anfragen zur Unterstützung gestellt und es werden wahrscheinlich noch weitere folgen. Elfenbeinküste und Nigeria haben schon Materialien erhalten (Primer, Sonden). In Absprache mit dem BMG stellt das RKI zusammen was den Partnern offeriert werden kann. Die WHO versucht Laborkapazitäten aufzubauen. ! FG 17: In der normalen saisonalen virologischen Surveillance kann 2019-nCoV über die AGI mit überwacht werden (zusätzlich zu RSV, Rhinoviren, INV).
4	<p>Surveillance-Anforderungen Infobrief, Meldeverordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Der Infobrief wurde versendet. ! Die Meldeverordnung ist fertig und mit der AG Infektionsschutz abgestimmt. Sie basiert auf der Meldeverordnung der aviären Influenza. Die Labormeldepflicht wurde auch berücksichtigt. ! In kürzester Zeit gab es für die Erstellung des Infobriefs eine datenschutzbezogene, eine rechtliche und eine technische Klärung. Die Zusammenarbeit hat sehr gut geklappt.
5	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz FAQ zu kontaminierten Oberflächen ausreichend klar? FAQ zu Umgang mit Gepäck am Flughäfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt zu kontaminierten Oberflächen bereits FAQ, die aber sehr technisch sind. Die von der BZgA unterscheiden sich diesbezüglich nicht. ! Es ist nötig hier eine leicht verständliche praktische Information zu geben, um auch die Anfragen zu dem Thema zu reduzieren, z.B. Übertragung primär durch Tröpfchen, bei sichtbaren Verschmutzungen mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln desinfizieren. <p><i>ToDo: FG14: Bitte entsprechende Überarbeitung der FAQ.</i></p>
6	<p>Klinisches Management Bericht WHO TK 15:00:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Kliniker in München haben große Bereitschaft zur Unterstützung gezeigt. Das RKI-Team am LGL kann ggf. ebenfalls bei der Datenerhebung unterstützen (Koordination durch Udo Buchholz).
7	<p>Transport (Grenzübergangsstellen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Poster überarbeitet, seit heute online auf Webseite ! Hinweis: Ein Exit screening könnte von der WHO für Deutschland empfohlen werden, falls sich das Geschehen in Deutschland ausbreitet.
8	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p>



Lagezentrum des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<ul style="list-style-type: none"> ! Arbeit in 2 Schichten nötig ! Es gab diese Wochen 2 Schulungen mit großem Interesse an einer Mitarbeit, aber vor allem in den Übersichtspositionen bestehen weiter starke Engpässe (Schichtleitung, Aufgabenverteilung und Sichtung), da hier Erfahrungen bzw. eine gewisse Einarbeitung (Personen müssen sich in diese Lage erst eindenken) nötig ist. ! MA anderer FGs müssen weiter hinzugezogen werden und die Arbeit anderer Projekte entsprechend depriorisiert werden. ! Die Risikowahrnehmung in Bevölkerung/Presse sehr groß (wird auch über das WE weiterhin so sein). Bürgeranfragen können im LZ nicht alle beantwortet werden und werden an Presse weitergeleitet. Auch hier bleiben aus Kapazitätsgründen Anfragen liegen. Hier müsste das BZgA Arbeit abfangen. ! Besetzung LZ am WE: Leitung: Samstag: Maria, Sonntag: Ute Rexroth plus jeweils 4 Personen für die anderen Positionen; Presse ist telefonisch erreichbar (Fr. Degen); fachliche Beratung im LZ: FG36; Hintergrund vor Ort: AL3 (PRÄS, VPRÄS telefonisch erreichbar). ! Lagebericht: am Samstag, ggf. kein Lagebericht am Sonntag (je nach nationaler Situation); nationaler Teil wird auch am WE durch FG36 aktualisiert (Arbeit im LZ).(Epicurve nach Tag der Labordiagnostik) <p><i>ToDo: INIG: Lagebericht: Vorlage vom 30.1.2020 nehmen; werktags die aktuellen Zahlen (mit Provinzen) bis 9Uhr an AL3 und Presse kommunizieren; am WE reicht 11Uhr.</i></p>
9	<p>Nächstes Treffen: Montag, 03.02.2020, 13-14:30 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum</p>

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	03.02.2020, 13:00-15:30 Uhr
Sitzungsort:	Raum S.0D.05.083

Moderation: Lothar Wieler

Teilnehmende:

- ! Bundesgesundheitsminister
 - Jens Spahn
- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abteilung 1-Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abteilung 3-Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG-Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
 - Nadja Bersug
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! BZGA : Peter Lang (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Dr. Harbaum (per Telefon)



TO P	Beitrag/Thema	eingebra cht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>Aktuelle Lage – National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 10 Fälle in Deutschland, davon 8 in Bayern und 2 in Rheinland-Pfalz (derzeit hospitalisiert in Frankfurt). Ein Fall in Spanien gehört zum bayerischen Cluster. ! Von den bestätigten Fällen erfährt das RKI zuerst aus der Presse, bislang wurden nur 6/10 bestätigten Fällen in SurvNet übermittelt. <p>Bayern – Stand der Kontaktpersonennachverfolgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das RKI unterstützt die Kontaktpersonennachverfolgung von ca. 150 Personen in Bayern sowohl personell vor Ort durch ein Einsatzteam, als auch aus dem RKI-Lagezentrum durch internationale Fallübermittlungen. ! Zudem werden Passagiere aus mehreren Flügen aus Deutschland als Kontaktpersonen nachverfolgt. Die primäre Zuständigkeit liegt beim Zielland. Für den Flug nach China hat das RKI in Amtshilfe vom LGL übernommen. ! Die Anforderung der Passagierlisten von den Fluggesellschaften ist teilweise schwierig, das Format kann schlecht weiterverarbeitet werden. <p>RLP: 2 Fälle unter Repatriierten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 2 Personen waren zunächst asymptomatisch und fielen erst bei späteren Untersuchungen in der Unterkunft auf. Beide wurden in Frankfurt isoliert, beide in FRA isoliert, beiden geht es den Umständen entsprechend gut. ! Eine weitere Unterstützung aus RLP wurde nicht angefragt. <p>Verdachtsfälle aus anderen Bundesländern, Negativteste</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mehrere Verdachtsfälle wurden von den Ländern gemeldet, die später alle negativ getestet wurden. ! Meldungen der Länder nach §12 IfSG kommen häufig nicht oder verspätet. Häufig wird über andere anekdotische Wege berichtet bzw. das RKI erfährt aus der Presse. ! Die Meldung der Negativdiagnostik wäre ebenfalls wichtig zur Einschätzung im Verhältnis zu den Positivtestungen. ! Der Föderalismus ist eine Herausforderung, es gibt z.B. 3 verschiedene Softwaresysteme zum Datenaustausch. DEMIS soll dies verbessern. ! Die Meldungen bzw. Übermittlungen der Länder sind häufig 	<p>FG36</p> <p>FG36/ FG 32</p> <p>IBBS FG36/ AL3</p> <p>FG32</p>



	<p>zeitverzögert, sodass die internationalen Meldepflichten nicht zeitgerecht erfüllt werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine automatische Schnittstelle wäre wünschenswert, um die internationalen Meldezeiten zu optimieren. ! TO DO: Minister Spahn bittet bis Mittwoch zur TK mit Ländern um 2-3 wichtigste Punkte zur Verbesserung des Meldewesens. ! TO DO: Minister Spahn bittet nach der Krise um Vorschläge, wie die Melde- und Entscheidungswege optimiert werden können. <p>Aktuelle Lage – International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Insgesamt 17.393 Fälle. 17.240 Fälle in China, davon 11.177 (60%) in der Provinz Hubei. 362 Todesfälle (alle in China bis auf einen auf den Philippen) ! 23 Länder verzeichnen 153 Fälle, davon 23 Fälle in Europa ! Der erste Todesfall außerhalb Chinas wurde berichtet: Ein 44-jähriger, Mann aus Wuhan ohne Grunderkrankung. <p>Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das Risikogebiet bleibt weiterhin auf die Provinz Hubei (inkl. Wuhan) beschränkt, die 60% aller Fälle in China vermeldet. ! Die Inzidenz nimmt aber auch in anderen Provinzen zu, am stärksten in Guangdong und Zhejiang. Eine Studie legt nahe, dass auch Übertragungen in der Bevölkerung in Beijing, Shanghai, Guangzhou und Shenzhen erfolgen. Ggf. werden künftig die Risikogebiete angepasst. ! Weitere Indikatoren zur Risikoeinschätzung wurden diskutiert. 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Asymptomatische Übertragung, Ausscheidungsdauer</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Als Zeitraum für die Quarantänezeit wird weiterhin 14 Tage empfohlen. ! Die Dauer der Ausscheidung infektiösen Materials ist (wie auch bei SARS) schlecht einzuschätzen. ! Ein positives PCR-Ergebnis nach Gesundung muss nicht zwangsläufig mit Infektiösität einhergehen. <p>Einordnung Schweregrad</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Am RKI wurden im Bereich der Influenza Surveillance-Instrumente zur entwickelt (AGI/SEEDARE, GrippeWeb, ICOSARI), die zur Schwereinschätzung auch bei nCoV verwendet werden können. 	FG36

	<p>! Ein Vergleich der Daten deutscher Pneumonie-Patienten aus ICOSARI mit einer nCoV-Studie (Chen et. Al., Lancet 2020) zeigt eine vergleichbare Letalität, allerdings e</p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Die Risikoeinschätzung des RKI wird wie folgt angepasst: „...Auch weitere einzelne Übertragungen <i>und Infektionsketten</i> in Deutschland sind möglich. Die Gefahr für die Bevölkerung in Deutschland durch die neue Atemwegserkrankung <i>ist aktuell weiterhin</i> gering...“</p> <p>! Die Schwere der Erkrankung und Empfänglichkeit der Bevölkerung sind noch nicht ausreichend abschätzbar.</p> <p>! Bei einer Ausbreitung muss mit einer erhöhten Belastung des Gesundheitssystems gerechnet werden – besonders parallel zur Grippezeit.</p> <p>! ToDo Eine vorsichtige Kommunikationsstrategie zur Eskalation der Maßnahmen und Wechsel der Strategie (Containment auf Protection) muss vorbereitet werden (Presse).</p> <p>! To Do Mit AGI soll die Vorbereitung der Länder für zusätzlichen Bedarf des Gesundheitssystems angesprochen werden (FG 32).</p> <p>! To Do ZIG arbeitet an einer Linelist für international importierte Fälle, um deren Herkunft zu Mappen. Die Informationen über die Herkunft der Reisenden über offizielle Kanäle reichen häufig nicht aus. (ZIG)</p>	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit, Hotline</p> <p>! Die BZgA sollte mit Bezug auf die normale Grippezeit Ihre Kampagne für Nies- und Hustenhygiene verstärken. Diese ist auch für nCoV sinnvoll.</p> <p>! Einige Länder berichten von Überlastung ihrer Infotelefone. Es sollte geprüft werden inwiefern die BzGA mit dem hier stärker unterstützen kann.</p> <p>! To Do Herr Wieler telefoniert mit Frau Theiss.</p>	Presse
5	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Diagnostikkapazität ist jetzt auch in weiteren Laboren vorhanden, was zur Entlastung des Konsiliarlabors und des RKI führt.</p> <p>! Die Abrechnung von Labordiagnostik über die KBV-Abrechnungsnummer sollte nicht nur an die RKI-Falldefinition geknüpft sein. Diese ist zu spezifisch.</p>	FG17

	<ul style="list-style-type: none"> ! To Do ABT 1, FG63 und IBBS stimmen Vorschlag an KBV ab. ! Bei positiven Befunden sollen die Proben an das Konsiliarlabor geschickt werden. ! Die Qualität der PCR kann derzeit noch nicht ausreichend eingeschätzt werden. ZBS 1 erwartet Isolate aus München und Japan zur weiteren Untersuchung. ! Die Evidenz zur Einschätzung der Qualität eines Negativtest ist derzeit noch nicht ausreichend, aber vermutlich gering. ! To Do Der Ort der Probennahme (tiefer vs. oberer Rachenabstrich, Sputuminduktion) wird zwischen Abt1, IBBS und FG 36 abgeklärt. 	
<p>6</p>	<p>Surveillance-Anforderungen</p> <p>Änderung der Falldefinition</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zumindest am Anfang ist die Symptomatik häufig recht unspezifisch, z.B. bei der Indexpatientin Bayern. Daher soll im Flusschema die Sensitivität erhöht werden kann. ! Alternativen zu „ Akute Respiratorische Symptomatik von beliebiger Schwere“ wurden diskutiert. Ein genauer Text und die Reihenfolge (Kontakt vor Symptomenen) wird abgestimmt. (FG 36, IBBS, FG 32) <p>Inkrafttreten der Meldepflichtverordnung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Meldepflichtverordnung ist in Kraft und ein Infobrief mit Erklärung wurde versandt. ! Bei Ländern bestehen Bedenken, weil Kontaktpersonen enthalten sind. RKI argumentiert, dass diese Infos an die WHO gemeldet werden müssen. Dies muss morgen an AGI diskutiert werden. ! Herr Sangs hatte um Erläuterung zur Rechtsgrundlage zur Datenerhebung gebeten, Herr mehlitz und Frau Reupke arbeiten daran. 	<p>FG36 FG32 FG32</p>
<p>7</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bezüglich der möglichen Absage von Messen / Ausladung von Ausstellern aus China wurde eine Risikoeinschätzung bei ECDC angefordert. Es wird zudem morgen in der AGI diskutiert. Derzeit wird eine Absage vom RKI nicht empfohlen. ! In manchen anderen europäischen Ländern gibt es keine Rechtsgrundlage für Quarantäne, dies sollte ggf. in der Zukunft auf der europäischen Ebene diskutiert werden. ! Es gab Anfragen nach der Verfügbarkeit von Masken und 	<p>FG 32/ Präs</p>



	<p>Schutzkleidung. Das BMG prüft mit Herstellern Lagerbestände und Produktionskapazitäten.</p> <p>! Irland schlägt über EWRS ein gemeinsames europäisches Procurement für PPE vor.</p>	
8	<p>Klinisches Management</p> <p>! Die behandelnden Ärzte in Frankfurt und Bayern beraten sich in einer WHO-Telefonkonferenz mit Ärzten aus anderen betroffenen Ländern.</p> <p>! IBBS überarbeitet das Flussschema. Ergänzung eines Fragealgorithmus sowie der Unterscheidung zwischen häuslicher Quarantäne und Krankenhausaufenthalt.</p>	IBBS
9	<p>Transport</p> <p>Umgang mit Reisenden aus China</p> <p>! Die AG der für IGV-benannte Flughäfen zuständigen Gesundheitsbehörden hat sich gegen Entry Screening und Massentests an Flughäfen ausgesprochen. Die Maßnahmen wären sehr einschneidend, stehen in keinem Verhältnis zum Nutzen. Die Information der Reisenden ist sinnvoll, damit sich diese bei Symptomen richtig verhalten.</p> <p>Flughafenposter an Bahnhöfen</p> <p>! In der AGI TK wird geklärt, ob das Flughafenposter auch an Bahnhöfen aufgehängt werden soll.</p>	FG 32
10	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <p>! Die Arbeitsbelastung im Lagezentrum ist weiterhin hoch, auch durch die Unterstützung Bayerns bei der Kontaktpersonennachverfolgung.</p> <p>! Die werktägige Arbeitszeit des Lagezentrums wurde erweitert auf 08:00-21:00 in 2 Schichten. Auch am Wochenende werden künftig 2 Schichten eingeführt, der Rufdienst ist ebenfalls stark belastet.</p> <p>! Weitere Schulungen wurden durchgeführt, Leitungsebene von Abt 3 hilft bei bestimmten Funktionen.</p> <p>! Langfristig müssen die Kräfte geschont werden, hierfür müssen ggf. auch Projekte und Entsendungen depriorisiert werden.</p> <p>! Zur Unterstützung und Liaison wird ein Virologe des RKI nach China geschickt, ein zweiter Virologe der Bundeswehr</p>	FG32

	ebenfalls.	
11	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Dienstag, 04.02.2020, 11:00-12:30 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum ! Montag und Freitags 13:00-14:30, sonst 11.-12.30 Uhr 	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	03.02.2020, 13:00-15:30 Uhr
Sitzungsort:	Raum S.0D.05.083

Moderation: Lothar Wieler

Teilnehmende:

- ! Bundesgesundheitsminister
 - Jens Spahn
- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abteilung 1-Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abteilung 3-Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG-Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
 - Nadja Bersug
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! BZGA : Peter Lang (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Dr. Harbaum (per Telefon)



TO P	Beitrag/Thema	eingebra cht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>Aktuelle Lage – National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 10 Fälle in Deutschland, davon 8 in Bayern und 2 in Rheinland-Pfalz (derzeit hospitalisiert in Frankfurt). Ein Fall in Spanien gehört zum bayerischen Cluster. ! Von den bestätigten Fällen erfährt das RKI zuerst aus der Presse, bislang wurden nur 6/10 bestätigten Fällen in SurvNet übermittelt. <p>Bayern – Stand der Kontaktpersonennachverfolgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das RKI unterstützt die Kontaktpersonennachverfolgung von ca. 150 Personen in Bayern sowohl personell vor Ort durch ein Einsatzteam, als auch aus dem RKI-Lagezentrum durch internationale Fallübermittlungen. ! Zudem werden Passagiere aus mehreren Flügen aus Deutschland als Kontaktpersonen nachverfolgt. Die primäre Zuständigkeit liegt beim Zielland. Für den Flug nach China hat das RKI in Amtshilfe vom LGL übernommen. ! Die Anforderung der Passagierlisten von den Fluggesellschaften ist teilweise schwierig, das Format kann schlecht weiterverarbeitet werden. <p>RLP: 2 Fälle unter Repatriierten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 2 Personen waren zunächst asymptomatisch und fielen erste bei späteren Untersuchungen in der Unterkunft auf. Beide wurden in Frankfurt isoliert, beide in FRA isoliert, beiden geht es den Umständen entsprechend gut. ! Eine weitere Unterstützung aus RLP wurde nicht angefragt. <p>Verdachtsfälle aus anderen Bundesländern, Negativteste</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mehrere Verdachtsfälle wurden von den Ländern gemeldet, die später alle negativ getestet wurden. ! Meldungen der Länder nach §12 IfSG kommen häufig nicht oder verspätet. Häufig wird über andere anekdotische Wege berichtet bzw. das RKI erfährt aus der Presse. ! Die Meldung der Negativdiagnostik wäre ebenfalls wichtig zur Einschätzung im Verhältnis zu den Positivtestungen. ! Der Föderalismus ist eine Herausforderung, es gibt z.B. 3 verschiedene Softwaresysteme zum Datenaustausch. DEMIS soll dies verbessern. ! Die Meldungen bzw. Übermittlungen der Länder sind häufig 	<p>FG36</p> <p>FG36/ FG 32</p> <p>IBBS FG36/ AL3</p> <p>FG32</p>



	<p>zeitverzögert, sodass die internationalen Meldepflichten nicht zeitgerecht erfüllt werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine automatische Schnittstelle wäre wünschenswert, um die internationalen Meldezeiten zu optimieren. ! TO DO: Minister Spahn bittet bis Mittwoch zur TK mit Ländern um 2-3 wichtigste Punkte zur Verbesserung des Meldewesens. ! TO DO: Minister Spahn bittet nach der Krise um Vorschläge, wie die Melde- und Entscheidungswege optimiert werden können. <p>Aktuelle Lage – International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Insgesamt 17.393 Fälle. 17.240 Fälle in China, davon 11.177 (60%) in der Provinz Hubei. 362 Todesfälle (alle in China bis auf einen auf den Philippen) ! 23 Länder verzeichnen 153 Fälle, davon 23 Fälle in Europa ! Der erste Todesfall außerhalb Chinas wurde berichtet: Ein 44-jähriger, Mann aus Wuhan ohne Grunderkrankung. <p>Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das Risikogebiet bleibt weiterhin auf die Provinz Hubei (inkl. Wuhan) beschränkt, die 60% aller Fälle in China vermeldet. ! Die Inzidenz nimmt aber auch in anderen Provinzen zu, am stärksten in Guangdong und Zhejiang. Eine Studie legt nahe, dass auch Übertragungen in der Bevölkerung in Beijing, Shanghai, Guangzhou und Shenzhen erfolgen. Ggf. werden künftig die Risikogebiete angepasst. ! Weitere Indikatoren zur Risikoeinschätzung wurden diskutiert. 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Asymptomatische Übertragung, Ausscheidungsdauer</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Als Zeitraum für die Quarantänezeit wird weiterhin 14 Tage empfohlen. ! Die Dauer der Ausscheidung infektiösen Materials ist (wie auch bei SARS) schlecht einzuschätzen. ! Ein positives PCR-Ergebnis nach Gesundung muss nicht zwangsläufig mit Infektiösität einhergehen. <p>Einordnung Schweregrad</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Am RKI wurden im Bereich der Influenza Surveillance-Instrumente zur entwickelt (AGI/SEEDARE, GrippeWeb, ICOSARI), die zur Schwereinschätzung auch bei nCoV verwendet werden können. 	FG36



	<p>! Ein Vergleich der Daten deutscher Pneumonie-Patienten aus ICOSARI mit einer nCoV-Studie (Chen et. Al., Lancet 2020) zeigt eine <u>vergleichbare</u> Letalität <u>von ähnlicher gleicher Größenordnung</u>, allerdings <u>sind die Patienten der Studie deutlich jüngeres Alter und haben weniger Vorerkrankungen. Eine altersstratifizierte Auswertung und ausführliche Interpretation ist in Vorbereitung.</u></p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Die Risikoeinschätzung des RKI wird wie folgt angepasst: „...Auch weitere einzelne Übertragungen <i>und Infektionsketten</i> in Deutschland sind möglich. Die Gefahr für die Bevölkerung in Deutschland durch die neue Atemwegserkrankung <i>ist aktuell weiterhin</i> gering...“</p> <p>! Die Schwere der Erkrankung und Empfänglichkeit der Bevölkerung sind noch nicht ausreichend abschätzbar.</p> <p>! Bei einer Ausbreitung muss mit einer erhöhten Belastung des Gesundheitssystems gerechnet werden – besonders parallel zur Grippesaison.</p> <p>! ToDo Eine vorsichtige Kommunikationsstrategie zur Eskalation der Maßnahmen und Wechsel der Strategie (Containment auf Protection) muss vorbereitet werden (Presse).</p> <p>! To Do Mit AGI soll die Vorbereitung der Länder für zusätzlichen Bedarf des Gesundheitssystems angesprochen werden (FG 32).</p> <p>! To Do ZIG arbeitet an einer Linelist für international importierte Fälle, um deren Herkunft zu Mappen. Die Informationen über die Herkunft der Reisenden über offizielle Kanäle reichen häufig nicht aus. (ZIG)</p>	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit, Hotline</p> <p>! Die BZgA sollte mit Bezug auf die normale Grippewelle Ihre Kampagne für Nies- und Hustenhygiene verstärken. Diese ist auch für nCoV sinnvoll.</p> <p>! Einige Länder berichten von Überlastung ihrer Infotelefone. Es sollte geprüft werden inwiefern die BzGA mit dem hier stärker unterstützen kann.</p> <p>! To Do Herr Wieler telefoniert mit Frau Theiss.</p>	Presse
5	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Diagnostikkapazität ist jetzt auch in weiteren Laboren vorhanden, was zur Entlastung des Konsiliarlabors und des</p>	FG17



	<p>RKI führt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Abrechnung von Labordiagnostik über die KBV-Abrechnungsnummer sollte nicht nur an die RKI-Falldefinition geknüpft sein. Diese ist zu spezifisch. ! To Do ABT 1, FG63 und IBBS stimmen Vorschlag an KBV ab. ! Bei positiven Befunden sollen die Proben an das Konsiliarlabor geschickt werden. ! Die Qualität der PCR kann derzeit noch nicht ausreichend eingeschätzt werden. <u>Die von ZBS1 entwickelten Assays, können spezifisch 2019-nCoV detektieren, dies wurde anhand syntetischer Kontrollen gezeigt. SARS wird von den Assays nicht detektiert. Dies gilt ebenso für das nCoV spezifische RdRP Assay von Herrn Drosten.</u> ZBS 1 erwartet Isolate aus München und Japan zur weiteren Untersuchung. ! Die Evidenz zur Einschätzung der Qualität eines Negativtest ist derzeit noch nicht ausreichend, aber vermutlich gering. ! To Do Der Ort der Probennahme (tiefer vs. oberer Rachenabstrich, Sputuminduktion) wird zwischen Abt1, IBBS und FG 36 abgeklärt. 	
6	<p>Surveillance-Anforderungen</p> <p>Änderung der Falldefinition</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zumindest am Anfang ist die Symptomatik häufig recht unspezifisch, z.B. bei der Indexpatientin Bayern. Daher soll im Flusschema die Sensitivität erhöht werden kann. ! Alternativen zu „ Akute Respiratorische Symptomatik von beliebiger Schwere“ wurden diskutiert. Ein genauer Text und die Reihenfolge (Kontakt vor Symptomenen) wird abgestimmt. (FG 36, IBBS, FG 32) <p>Inkrafttreten der Meldepflichtverordnung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Meldepflichtverordnung ist in Kraft und ein Infobrief mit Erklärung wurde versandt. ! Bei Ländern bestehen Bedenken, weil Kontaktpersonen enthalten sind. RKI argumentiert, dass diese Infos an die WHO gemeldet werden müssen. Dies muss morgen an AGI diskutiert werden. ! Herr Sangs hatte um Erläuterung zur Rechtsgrundlage zur Datenerhebung gebeten, Herr Mmehlitz und Frau Reupke arbeiten daran. 	FG36 FG32 FG32
7	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bezüglich der möglichen Absage von Messen / Ausladung von Ausstellern aus China wurde eine Risikoeinschätzung 	FG 32/ Präs

	<p>bei ECDC angefordert. Es wird zudem morgen in der AGI diskutiert. Derzeit wird eine Absage vom RKI nicht empfohlen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In manchen anderen europäischen Ländern gibt es keine Rechtsgrundlage für Quarantäne, dies sollte ggf. in der Zukunft auf der europäischen Ebene diskutiert werden. ! Es gab Anfragen nach der Verfügbarkeit von Masken und Schutzkleidung. Das BMG prüft mit Herstellern Lagerbestände und Produktionskapazitäten. ! Irland schlägt über EWRS ein gemeinsames europäisches Procurement für PPE vor. 	
8	<p>Klinisches Management</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die behandelnden Ärzte in Frankfurt und Bayern beraten sich in einer WHO-Telefonkonferenz mit Ärzten aus anderen betroffenen Ländern. ! IBBS überarbeitet das Flussschema. Ergänzung eines Fragealgorithmus sowie der Unterscheidung zwischen häuslicher Quarantäne und Krankenhausaufenthalt. 	IBBS
9	<p>Transport</p> <p>Umgang mit Reisenden aus China</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die AG der für IGV-benannte Flughäfen zuständigen Gesundheitsbehörden hat sich gegen Entry Screening und Massentests an Flughäfen ausgesprochen. Die Maßnahmen wären sehr einschneidend, stehen in keinem Verhältnis zum Nutzen. Die Information der Reisenden ist sinnvoll, damit sich diese bei Symptomen richtig verhalten. <p>Flughafenposter an Bahnhöfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In der AGI TK wird geklärt, ob das Flughafenposter auch an Bahnhöfen aufgehängt werden soll. 	FG 32
10	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Arbeitsbelastung im Lagezentrum ist weiterhin hoch, auch durch die Unterstützung Bayerns bei der Kontaktpersonennachverfolgung. ! Die werktägige Arbeitszeit des Lagezentrums wurde erweitert auf 08:00-21:00 in 2 Schichten. Auch am Wochenende werden künftig 2 Schichten eingeführt, der Rufdienst ist ebenfalls stark belastet. 	FG32



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<ul style="list-style-type: none"> ! Weitere Schulungen wurden durchgeführt, Leitungsebene von Abt 3 hilft bei bestimmten Funktionen. ! Langfristig müssen die Kräfte geschont werden, hierfür müssen ggf. auch Projekte und Entsendungen depriorisiert werden. ! Zur Unterstützung und Liaison wird ein Virologe des RKI nach China geschickt, ein zweiter Virologe der Bundeswehr ebenfalls. 	
11	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Dienstag, 04.02.2020, 11:00-12:30 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum ! Montag und Freitags 13:00-14:30, sonst 11.-12.30 Uhr 	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	03.02.2020, 13:00-15:30 Uhr
Sitzungsort:	Raum S.0D.05.083

Moderation: Lothar Wieler

Teilnehmende:

- ! Bundesgesundheitsminister
 - Jens Spahn
- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abteilung 1-Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abteilung 3-Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG-Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
 - Nadja Bersug
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
 - Janine Michel
- ! INIG

- Basel Karo
- ! BZGA : Peter Lang (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Dr. Harbaum (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebra cht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>Aktuelle Lage – National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 10 Fälle in Deutschland, davon 8 in Bayern und 2 in Rheinland-Pfalz (derzeit hospitalisiert in Frankfurt). Ein Fall in Spanien gehört zum bayerischen Cluster. ! Von den bestätigten Fällen erfährt das RKI zuerst aus der Presse, bislang wurden nur 6/10 bestätigten Fällen in SurvNet übermittelt. <p>Bayern – Stand der Kontaktpersonennachverfolgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das RKI unterstützt die Kontaktpersonennachverfolgung von ca. 150 Personen in Bayern sowohl personell vor Ort durch ein Einsatzteam, als auch aus dem RKI-Lagezentrum durch internationale Fallübermittlungen. ! Zudem werden Passagiere aus mehreren Flügen aus Deutschland als Kontaktpersonen nachverfolgt. Die primäre Zuständigkeit liegt beim Zielland. Für den Flug nach China hat das RKI in Amtshilfe vom LGL übernommen. ! Die Anforderung der Passagierlisten von den Fluggesellschaften ist teilweise schwierig, das Format kann schlecht weiterverarbeitet werden. <p>RLP: 2 Fälle unter Repatriierten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 2 Personen waren zunächst asymptomatisch und fielen erst bei späteren Untersuchungen in der Unterkunft auf. Beide wurden in Frankfurt isoliert, beide in FRA isoliert, beiden geht es den Umständen entsprechend gut. ! Eine weitere Unterstützung aus RLP wurde nicht angefragt. <p>Verdachtsfälle aus anderen Bundesländern, Negativteste</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mehrere Verdachtsfälle wurden von den Ländern gemeldet, die später alle negativ getestet wurden. ! Meldungen der Länder nach §12 IfSG kommen häufig nicht oder verspätet. Häufig wird über andere anekdotische Wege berichtet bzw. das RKI erfährt aus der Presse. ! Die Meldung der Negativdiagnostik wäre ebenfalls wichtig zur Einschätzung im Verhältnis zu den Positivtestungen. ! Der Föderalismus ist eine Herausforderung, es gibt z.B. 3 verschiedene Softwaresysteme zum Datenaustausch. DEMIS soll dies verbessern. 	<p>FG36</p> <p>FG36/ FG 32</p> <p>IBBS FG36/ AL3</p> <p>FG32</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ! Die Meldungen bzw. Übermittlungen der Länder sind häufig zeitverzögert, sodass die internationalen Meldepflichten nicht zeitgerecht erfüllt werden können. ! Eine automatische Schnittstelle wäre wünschenswert, um die internationalen Meldezeiten zu optimieren. ! TO DO: Minister Spahn bittet bis Mittwoch zur TK mit Ländern um 2-3 wichtigste Punkte zur Verbesserung des Meldewesens. ! TO DO: Minister Spahn bittet nach der Krise um Vorschläge, wie die Melde- und Entscheidungswege optimiert werden können. <p>Aktuelle Lage – International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Insgesamt 17.393 Fälle. 17.240 Fälle in China, davon 11.177 (60%) in der Provinz Hubei. 362 Todesfälle (alle in China bis auf einen auf den Philipen) ! 23 Länder verzeichnen 153 Fälle, davon 23 Fälle in Europa ! Der erste Todesfall außerhalb Chinas wurde berichtet: Ein 44-jähriger, Mann aus Wuhan ohne Grunderkrankung. <p>Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das Risikogebiet bleibt weiterhin auf die Provinz Hubei (inkl. Wuhan) beschränkt, die 60% aller Fälle in China vermeldet. ! Die Inzidenz nimmt aber auch in anderen Provinzen zu, am stärksten in Guangdong und Zhejiang. Eine Studie legt nahe, dass auch Übertragungen in der Bevölkerung in Beijing, Shanghai, Guangzhou und Shenzhen erfolgen. Ggf. werden künftig die Risikogebiete angepasst. ! Weitere Indikatoren zur Risikoeinschätzung wurden diskutiert. 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Asymptomatische Übertragung, Ausscheidungsdauer</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Als Zeitraum für die Quarantänezeit wird weiterhin 14 Tage empfohlen. ! Die Dauer der Ausscheidung infektiösen Materials ist (wie auch bei SARS) schlecht einzuschätzen. ! Ein positives PCR-Ergebnis nach Gesundung muss nicht zwangsläufig mit Infektiösität einhergehen. <p>Einordnung Schweregrad</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Am RKI wurden im Bereich der Influenza Surveillance-Instrumente zur entwickelt (AGI/SEEDARE, GrippeWeb, ICOSARI), die zur Schwereinschätzung auch bei nCoV verwendet werden können. ! Ein Vergleich der Daten deutscher Pneumonie-Patienten 	FG36

	aus ICOSARI mit einer nCoV-Studie (Chen et. Al., Lancet 2020) zeigt eine vergleichbare Letalität, allerdings e	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Risikoeinschätzung des RKI wird wie folgt angepasst: „...Auch weitere einzelne Übertragungen <i>und Infektionsketten</i> in Deutschland sind möglich. Die Gefahr für die Bevölkerung in Deutschland durch die neue Atemwegserkrankung <i>ist aktuell weiterhin</i> gering...“ ! Die Schwere der Erkrankung und Empfänglichkeit der Bevölkerung sind noch nicht ausreichend abschätzbar. ! Bei einer Ausbreitung muss mit einer erhöhten Belastung des Gesundheitssystems gerechnet werden – besonders parallel zur Grippesaison. ! ToDo Eine vorsichtige Kommunikationsstrategie zur Eskalation der Maßnahmen und Wechsel der Strategie (Containment auf Protection) muss vorbereitet werden (Presse). ! To Do Mit AGI soll die Vorbereitung der Länder für zusätzlichen Bedarf des Gesundheitssystems angesprochen werden (FG 32). ! To Do ZIG arbeitet an einer Linelist für international importierte Fälle, um deren Herkunft zu Mappen. Die Informationen über die Herkunft der Reisenden über offizielle Kanäle reichen häufig nicht aus. (ZIG) 	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit, Hotline</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die BZgA sollte mit Bezug auf die normale Grippewelle Ihre Kampagne für Nies- und Hustenhygiene verstärken. Diese ist auch für nCoV sinnvoll. ! Einige Länder berichten von Überlastung ihrer Infotelefone. Es sollte geprüft werden inwiefern die BzGA mit dem hier stärker unterstützen kann. ! To Do Herr Wieler telefoniert mit Frau Theiss. 	Presse
5	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Diagnostikkapazität ist jetzt auch in weiteren Laboren vorhanden, was zur Entlastung des Konsiliarlabors und des RKI führt. ! Die Abrechnung von Labordiagnostik über die KBV-Abrechnungsnummer sollte nicht nur an die RKI-Falldefinition geknüpft sein. Diese ist zu spezifisch. 	FG17

	<ul style="list-style-type: none"> ! To Do ABT 1, FG63 und IBBS stimmen Vorschlag an KBV ab. ! Bei positiven Befunden sollen die Proben an das Konsiliarlabor geschickt werden. ! Die Qualität der PCR kann derzeit noch nicht ausreichend eingeschätzt werden. ZBS 1 erwartet Isolate aus München und Japan zur weiteren Untersuchung. ! Die Evidenz zur Einschätzung der Qualität eines Negativtest ist derzeit noch nicht ausreichend, aber vermutlich gering. ! To Do Der Ort der Probennahme (tiefer vs. oberer Rachenabstrich, Sputuminduktion) wird zwischen Abt1, IBBS und FG 36 abgeklärt. 	
6	<p>Surveillance-Anforderungen</p> <p>Änderung der Falldefinition</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zumindest am Anfang ist die Symptomatik häufig recht unspezifisch, z.B. bei der Indexpatientin Bayern. Daher soll im Flussschema die Sensitivität erhöht werden kann. ! Alternativen zu „ Akute Respiratorische Symptomatik von beliebiger Schwere“ wurden diskutiert. Ein genauer Text und die Reihenfolge (Kontakt vor Symptomenen) wird abgestimmt. (FG 36, IBBS, FG 32) <p>Inkrafttreten der Meldepflichtverordnung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Meldepflichtverordnung ist in Kraft und ein Infobrief mit Erklärung wurde versandt. ! Bei Ländern bestehen Bedenken, weil Kontaktpersonen enthalten sind. RKI argumentiert, dass diese Infos an die WHO gemeldet werden müssen. Dies muss morgen an AGI diskutiert werden. ! Herr Sangs hatte um Erläuterung zur Rechtsgrundlage zur Datenerhebung gebeten, Herr mehlitz und Frau Reupke arbeiten daran. 	<p>FG36 FG32 FG32</p>
7	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bezüglich der möglichen Absage von Messen / Ausladung von Ausstellern aus China wurde eine Risikoeinschätzung bei ECDC angefordert. Es wird zudem morgen in der AGI diskutiert. Derzeit wird eine Absage vom RKI nicht empfohlen. ! In manchen anderen europäischen Ländern gibt es keine Rechtsgrundlage für Quarantäne, dies sollte ggf. in der Zukunft auf der europäischen Ebene diskutiert werden. ! Es gab Anfragen nach der Verfügbarkeit von Masken und Schutzkleidung. Das BMG prüft mit Herstellern Lagerbestände und Produktionskapazitäten. 	<p>FG 32/ Präs</p>

	<p>! Irland schlägt über EWRS ein gemeinsames europäisches Procurement für PPE vor.</p>	
8	<p>Klinisches Management</p> <p>! Die behandelnden Ärzte in Frankfurt und Bayern beraten sich in einer WHO-Telefonkonferenz mit Ärzten aus anderen betroffenen Ländern.</p> <p>! IBBS überarbeitet das Flussschema. Ergänzung eines Fragealgorithmus sowie der Unterscheidung zwischen häuslicher Quarantäne und Krankenhausaufenthalt.</p>	IBBS
9	<p>Transport</p> <p>Umgang mit Reisenden aus China</p> <p>! Die AG der für IGV-benannte Flughäfen zuständigen Gesundheitsbehörden hat sich gegen Entry Screening und Massentests an Flughäfen ausgesprochen. Die Maßnahmen wären sehr einschneidend, stehen in keinem Verhältnis zum Nutzen. Die Information der Reisenden ist sinnvoll, damit sich diese bei Symptomen richtig verhalten.</p> <p>Flughafenposter an Bahnhöfen</p> <p>! In der AGI TK wird geklärt, ob das Flughafenposter auch an Bahnhöfen aufgehängt werden soll.</p>	FG 32
10	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <p>! Die Arbeitsbelastung im Lagezentrum ist weiterhin hoch, auch durch die Unterstützung Bayerns bei der Kontaktpersonennachverfolgung.</p> <p>! Die werktägige Arbeitszeit des Lagezentrums wurde erweitert auf 08:00-21:00 in 2 Schichten. Auch am Wochenende werden künftig 2 Schichten eingeführt, der Rufdienst ist ebenfalls stark belastet.</p> <p>! Weitere Schulungen wurden durchgeführt, Leitungsebene von Abt 3 hilft bei bestimmten Funktionen.</p> <p>! Langfristig müssen die Kräfte geschont werden, hierfür müssen ggf. auch Projekte und Entsendungen depriorisiert werden.</p> <p>! Zur Unterstützung und Liaison wird ein Virologe des RKI nach China geschickt, ein zweiter Virologe der Bundeswehr ebenfalls.</p>	FG32

11	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Dienstag, 04.02.2020, 11:00-12:30 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum ! Montag und Freitags 13:00-14:30, sonst 11.-12.30 Uhr	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	04.02.2020, 11:00-13:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler (per Telefon)
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG 33
 - Anette Siedler
- ! FG 37
 - Muna Abu Sin
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
- ! L1 Rechtsreferat
 - Joachim-Martin Mehlitz (per Telefon)
 - Helmut Fouquet
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZBS2
 - Daniela Jacob
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! Datenschutz
 - Marie Reupke
- ! BZGA : N/A

! Bundeswehr: Thomas Harbaum (per Telefon)



<p>2</p>	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>EpiMatrix (epidemiologische Eckpunkte Coronavirus) ! Ist in Bearbeitung</p> <p>Literatur ! Es wurde angeregt eine zentrale Literatursuche bzw. Abfrage zum Thema „nCOV“ beispielsweise durch die Bibliothek zu erstellen und zu aktualisieren.</p>	<p>FG36</p> <p>FG 36</p>
<p>3</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Erweiterung um andere Provinzen, z.B: Zhenjiang; Chengdu, Kanton (AA)</p> <p>! Die Erweiterung der Risikogebiete bedarf einer differenzierten Bewertung unterschiedlicher Faktoren (aktuelle Inzidenz, Trend, durchgeführte Maßnahmen vor Ort (staatl. Quarantäne), Vernetzung (Transport) in China (bsp. Nach Hubei) und Vernetzung nach Deutschland (direkte Flugverbindungen), wahrscheinlicher Infektionsort exportierter Fälle). Ein weiteres Kriterium ist die Umsetzbarkeit von daraus resultierenden Maßnahmen.</p> <p>TODO: ZIG1: Nachfrage WHO HQ (Andreas Jansen); Kontakt AA: Anzahl dt. Staatsbürger, die aktuell in China erkrankt sind FG 32 Kontakt der IHR National Focal Points(NFP) und EWRS der Länder: Information zu allen Fällen außerhalb Chinas mit Herkunftsland/wahrscheinlicher Infektionsort/üblicher Aufenthaltsort IBBS kontaktiert GHSI Deadline 06.02.2020</p>	<p>Alle</p>
<p>4</p>	<p>Kommunikation</p> <p>Presseanfrage zu Quarantäne bei Reiserückkehrern aus Risikogebieten ! Hierzu soll das Ergebnis der heutigen AGI TK abgewartet werden; von Seiten des RKI wird eine zwischen Bund- und Ländern abgestimmte Empfehlung favorisiert, die eine 14-tägige häusliche Absonderung vorsieht</p> <p>Empfehlungen zur Händedesinfektion/externe Kommunikation ! Händedesinfektion soll nicht aufgenommen werden. Fokus soll auf Nies- und Hustenhygiene gelegt werden.</p>	<p>Presse/Bundeswehr</p> <p>FG14/FG 36/Presse/FG37</p>



5	Labordiagnostik ! Eine Unterscheidung zwischen nCoV und SARS ist mit der PCR am RKI möglich. ! ABAS: Abfallentsorgung im Labor ist geklärt durch bestehende Vorgaben	FG17, ZBS1 ZBS2
6	Surveillance-Anforderungen Integration nCoV in virologische Influenza Surveillance der AGI ! Am 07.02.2020 findet eine Besprechung zum Thema während der Lage-AG statt. Aktuelle Probleme zeigen sich vor allem im Datenschutz. Die Übermittlung von positiven Influenza-Fällen findet aus datenschutzrechtlichen Gründen und Mangels an Alternativen per Brief statt. <u>Die am RKI zur Verfügung gestellte sichere und schnelle Alternative Cryptshare ist angeblich aus technischen Gründen im FG 17 nicht umsetzbar.</u> Diese zeitliche Verzögerung ist bei der aktuellen Lage nicht angezeigt. Telefonanrufe zumindest bei den ersten laborbestätigten Fällen sollten durchgeführt werden. <u>Vorrangig sollte mit den Kollegen von ZV4 geklärt werden, wie aus der Influenza-Datenbank heraus direkt an Cryptshare kommuniziert werden kann, damit es keine zeitlichen Verzögerungen gibt.</u> TO DO Datenschutz und rechtliche Grundlagen bis 07.02.2020 klären (DSB, L1, FG17).	FG 17/ FG36/DS B/L1
7	Maßnahmen zum Infektionsschutz Empfehlungen zu Abfallentsorgung ! ABAS-Treffen findet am 06.02.2020 statt;	
8	Klinisches Management ! Abfallentsorgung im klinischen Kontext: besteht bereits eine Verlinkung zu Dokumenten für SARS, eine Anpassung/Überarbeitung für nCoV ist geplant. ! IBBS bringt das Thema in der internen Seuchenhygienegruppe ein. TO DO Thema Empfehlungen zu Abfallentsorgung soll am 05.02.2020 erneut auf die Agenda Flussschema zum klinischen Management ! IBBS hat nach Abstimmung mit der DEGAM das Flussschema überarbeitet und plant dieses voraussichtlich noch heute Abend veröffentlichen. Entlassungsmanagement/Vorgehen bei hospitalisierten nCoV-Fällen/Aufhebung der Isolierungsmaßnahmen ! Hierzu fand am 03.02. eine TK innerhalb des STAKOB statt, bisher liegen keine ausreichenden Daten vor, auf die sich Empfehlungen stützen könnten. Geplant ist eine engmaschige	IBBS FG14 IBBS FG37/



	<p>virologische Verlaufsuntersuchung der aktuellen Fälle, um hieraus in Zusammenschau mit den klinischen Befunden Empfehlungen ableiten zu können, wann die Patienten entisoliert bzw. entlassen werden können. Zusätzlich zur Untersuchung respiratorischer Materialien sind auch Untersuchungen von Stuhlproben vorgesehen.</p>	IBBS
9	<p>Transport</p> <p>Kontaktnachverfolgung (KONA) Flüge</p> <p>! Aktuell laufen 2 KONA (Flug LH München-Shanghai/Amtshilfeersuchen aus Bayern; TUI nach Spanien/ Bitte um Hilfe seitens der spanischen Kollegen). In beiden Fällen sind die Zielländer für die KONA zuständig. Das aktuelle Vorgehen stuft alle Passagiere, die mehr als zwei Reihen vor und nach dem Sitzplatz des Falls sowie die Crew als Kategorie II Kontakte ein und würde konsequenterweise bedeuten, dass man alle Passagiere informieren müsste. Bei den beiden Flügen wurde von FG32 ein fokussiertes Verfahren auf die Passagiere innerhalb der 2 Reihen vor und nach dem Fall gewählt. Bei Flügen mit Zielland Deutschland wird versucht werden, alle Passagiere und die Crew zu informieren. Ein Musterschreibens für die Gesundheitsämter für Anfragen bei Fluggesellschaften bezüglich Kontaktdaten zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung nach Exposition zum neuartigen Coronavirus (2019-nCoV) im Flugzeug wird vom Rechtsreferat geteilt.</p> <p>TODO L1 hat bereits das Musterschreiben für die Behörden (Masern) angepasst und stellt es zur Verfügung</p> <p>Umgang mit Direktflügen aus Risikogebieten am Flughafen</p> <p>! Auf Länderebene wurde Maßnahmen für Direktflüge an Flughäfen diskutiert. Im Hinblick auf die Umsetzbarkeit wurde ein erweitertes Exit-Screening vorgeschlagen. Derzeit werden in Flugzeugen von China nach Deutschland Aussteigekarten verteilt. Zusätzlich sollen 3-5 Fragen ausgeteilt werden (Basis Flughafenposter). Das Boardpersonal würde noch vor der Landung auffällige Passagiere (aus Risikogebiet/symptomatisch) an den medizinischen Dienst melden, damit diese direkt am Flughafen versorgt/isoliert werden können. Weiterhin soll Informationsmaterial verteilt werden und besorgte Passagiere ohne Symptome durch die Mitarbeiter vor Ort (ÖGD oder durch ÖGD beauftragt) beraten werden.</p>	<p>FG 32</p> <p>FG 32</p>
10	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <p>! Gute Unterstützung durch zahlreiche Fachgebiete im Lagezentrum.</p>	FG32
11	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 05.02.2020, 11:00-12:00 Uhr,</p>	



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	Lagezentrum Besprechungsraum	
--	------------------------------	--

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	05.02.2020, 11:00-13:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler (per Telefon)
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG 37
 - Muna Abu Sin
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silka Buda
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! L1 Rechtsreferat
 - Helmut Fouquet
 - Joachim-Martin Mehlitz (per Telefon)
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Nadin Garbe

- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZBS2
 - Daniela Jacob
- ! INIG
 - Andreas Jansen
 - Basel Karo
- ! Datenschutz
 - Marie Reupke

- ! BZGA : Herr Lang (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann (per Telefon)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! >24.000 Fälle, >3800 Fälle zusätzlich, 68% der Fälle in der Provinz Hubei (stark steigende Tendenz) ! 493 Todesfälle in China ! 191 Fälle außerhalb Chinas, in 24 Ländern, davon 8 europäische Länder mit insgesamt 26 Fällen <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Stand von gestern: 12 Fälle inkl. derer in Germersheim, 8 stehen in Verbindung mit der Webasto-Infektionskette, 7-8 der Fälle wurden offiziell übermittelt ! Momentane Prüfung ob zusätzliche Rückführung von deutschen Staatsangehörigen über GB möglich ist. Ein Arzt unter den in Germersheim isolierten hat Antrag auf Entlassung aus der Quarantäne gestellt. <p>Aus AA Krisenstabssitzung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Noch 49 Ausreisewillige deutsche vor Ort, verschiedene Flugmöglichkeiten werden eruiert (Verteilung auf andere Flieger, ggf. über GB) ! 3 zusätzliche Städte in China sind nun unter Quarantäne ! Ca. 25.000 deutsche Staatsangehörige in China, es wird ein Ausreisedruck erwartet da zunehmend mehr Fluglinien ihre Flüge reduzieren, wodurch mehr Passagiere auf Air China und andere, noch verfügbare Flüge ausweichen ! Britische Kollegen versuchen generell zu deeskalieren empfehlen ihren Staatsangehörigen aber Ausreise aus China ! BNI: Bundespolizei bei Grenzeingängen sind bereit, bei Bedarf Einreisenden Fragen zu stellen, europäische Abstimmung diesbezüglich wäre sinnvoll/wünschenswert <p>BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wichtiger Punkt: Masken so gut wie ausverkauft in ganz Europa, keine Bestände um China Unterstützungshilfe anzubieten, Zulieferer und Produktionsketten könnten zusammenbrechen, europäische Hersteller bedienen nur noch europäische Anfragen <p>Informationen für Ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Großer Bedarf an Informationen für Ärzte: Gestern fand ein Gespräch mit der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für 	<p>ZIG1/FG36</p> <p>FG36</p> <p>Bundeswehr</p> <p>IBBS/ZIG</p> <p>AL3</p> <p>alle</p>

	<p>Allgemeinmedizin und Familienmedizin) statt, RKI bereitet Flussschema für ambulanten Bereich vor, das bald abgestimmt (AGI) und veröffentlicht wird, dies sollte breit gestreut werden (Fachgesellschaften, ggf. BZgA, ÖGD, STAKOB, DÄB, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Während der Grippe-Pandemie hat BZgA Ärzte informiert, RKI soll nun Schreiben (für BZgA) vorformulieren ! Mittwoch 12.02.: 2019-nCoV-Webinar für ÖGD mit Walter Haas als Fachexperte, organisiert von IBBS ! RKI Flussdiagramm ist in 3. Version im DÄB erschienen, muss noch mit aktualisierter Falldefinition abgestimmt werden <p><i>ToDo: RKI soll ein Schreiben für BZgA vorformulieren</i></p> <p>Falldefinition</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorschlag von FG36 angenommen: „1. Personen mit unspezifischen Allgemeinsymptomen oder respiratorischen Symptomen jeder Schwere UND Kontakt mit einem bestätigten Fall mit 2019-nCoV“ (Teil 2 der Falldefinition bleibt unverändert) ! Das o.g. Flussschema eröffnet Möglichkeit eines anders gelagerten epidemiologischen Kontaktes (passendes Krankheitsbildes, Risikogebiet), und soll die Entscheidung über Veranlassung von Labordiagnostik unterstützen. Auftrag ist beinahe beendet, und soll morgen in AGI- und parallel auch in STAKOB-Abstimmung <p><i>ToDo: Flussschema für ambulanten Bereich abstimmen, fertigstellen, veröffentlichen/streuen</i></p>	<p>alle</p>
<p>2</p>	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Beschluss Lage-AG gestern: Sichtung neuer 2019-nCoV-Publikationen über Bibliothek, tägliche Sichtung und E-Mail an Corona-Verteiler, Ordnererstellung mit identifizierten Artikeln ! INIG Wochenbericht beinhaltet ebenfalls Publikationen zu 2019-nCoV (S. 11-15, Wochenbericht 05. Kalenderwoche), Referenzen und Zusammenfassung ! Vortrag Charité Drostens gestern: Viruslastverlauf (Genomäquivalent, Kopien/mL) in Körpersekreten zeigt hohe Konzentrationen vor allem bei Beginn, dies deckt sich mit MERS-CoV Literatur, tiefe Atemwegsmaterialien sind am längsten positiv; MERS-CoV ist bis zu 38 Tage nachweisbar (aber weniger übertragbar als 2019-nCoV) ! Empfehlung Schutzbrillen: keine Evidenz bezüglich Infektions-Eingang über Auge/Konjunktiva, dennoch sollte man davon ausgehen, dass Infektion so eindringen kann und Verwendung von Schutzbrillen bzw. Visier empfehlen ! Shedding: nCoV hat zusätzliche multibasische Furin-Spaltestelle, Drostens-Hypothese ist, dass 2019-nCoV sich auch durch effektiveres und längeres shedding von SARS 	<p>alle</p> <p>INIG</p> <p>FG14 alle</p>

	<p>unterscheidet</p> <p>Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vortrag von IMB Kollegen (Wölfel) aus Brüssel wird nach Rücksprache ggf. ans LZ geschickt, wäre hilfreich für Risikobewertung 	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kriterien hierfür werden (wie am 04.02. vereinbart) bis morgen definiert, Epi-Link bzw. Ursprungs-Umfrage bei anderen Ländern läuft, WHO line list für China und Region hat zu 20% Lücken, darin bestätigte Fälle mit Info alle aus Wuhan ! Herr Brockmann/INIG haben Kurven zur Entwicklung der Inzidenzen und Fälle in chinesischen Provinzen geplottet, es ist kein exponentieller sondern eher ein linearer Anstieg zu sehen, diese werden täglich aktualisiert (Folien von INIG mit diesen und weiteren Informationen am besten in RKI-nCoV-Lage Ordner legen?), außerdem tägliche Aktualisierung der Fälle außerhalb China's in einer line list ! Heute keine Modifizierung der RKI-Risikogebiete (s. Webseite) da keine neue Information gegenüber gestern ! Taiwan kategorisiert China in zwei: high risk, lower risk (possible community transmission), Guangdong <p><i>ToDo: Fertigstellung der Kriterien für Risikobewertung (Entscheidung hierzu am 04.02.2020)</i></p> <p><i>ToDo: tägliche Aktualisierung der Graphen zu Inzidenzen und Fallzahlen pro chinesischer Provinz (INIG)</i></p> <p><i>ToDo: Christian Herzog kann heute Nachmittag bei GHSI TK ggf. konkrete zusätzlich Information einholen</i></p> <p>Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Artikel gegen Stigmatisierung und Rassismus wird heute über Intra- und Internet sowie soziale Medien geteilt, auch um Ausgrenzung von Rückkehrern aus Wuhan entgegenzuwirken, leicht verständlich, wurde an nCoV-Lage geschickt 	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vermeintlich asymptomatische Indexpatientin und deren Ansteckung anderer auch in amerikanischen Medien und bei Anfragen von großem Interesse, ansonsten relativ ruhig ! NEJM Artikel – es soll eine Korrektur von den ursprünglichen Autoren hierzu mit Co-Autoren des LGL geben, gleiche Gruppe plant Artikel zur Klinik der Patienten, evtl. gemeinsame Publikation mit RKI und LGL 	Presse/FG36

	<ul style="list-style-type: none"> ! RKI und LGL (Federführung) bereiten NEJM-Beitrag zu Ausbruchs-beschreibung vor, wird heute Nachmittag besprochen ! Weiteres Paper über Schwere der Erkrankung als correspondence im Lancet in Arbeit, Vergleich der ICOSARI Daten von 3 Jahren aus 2 Krankenhäusern mit chinesischer Publikation, FG36 Federführung <p>Hotline BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ab Montag wird Coronavirus-Hotline geschaltet, heute 15 Uhr Schulung am BMG durch RKI (Walter Haas) und BZgA ! Weitere filmische Umsetzung von Informationen zu Husten-Niesen-Schnupfen-Etiquette ist geplant, in finaler Abstimmung, geht innerhalb der nächsten 24h online. Wird dies auch in relevanten Zeitungen bzw. bewegten Medien geschaltet? Mittel für Schaltung zu besten Sendezeiten aktuell nicht verfügbar, bei öffentlich-rechtlichen Sendern ggf. freiwillige freie Schaltung, kein Einfluss auf Umfang, Bundesland-spezifische Entscheidung, wird mit den Ministerien diskutiert ! BZgA Unterlagen noch nicht in anderen Sprachen erhältlich (ECDC, WHO haben FAQ in ähnlicher Form), Empfehlung zu Hause zu bleiben bei Symptomen auch noch nicht (auch für Influenza wichtig) 	
5	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Primäre Virusisolate sind in Händen des IMB, ZBS1 hatte gestern Abstimmung mit IMB bezüglich Probensendung, diese wird morgen abgeholt und Freitagmorgen hier ankommen. MTA besteht und wurde durch L1 geprüft ! European Virus Archive ermöglicht auch Anfrage um Positivkontrollen (interessant für G7), hierüber kann ggf. auch Virus erhalten werden ! Serologische Testmöglichkeit in Zukunft, wegen Kreuzreaktionen bei Coronavirus nicht einfach (Neutralisationstests am spezifischsten), Coronavirus oft 3-4 Wochen später positiv, für Klärung aktueller Fragen nicht so relevant, Zusammenarbeit mit Charité. Dies wurde während der 2009 Pandemie gemacht, Verwaltung der Seren war herausfordernd und Auswertung erfolgte erst nach der Pandemie, hier könnte Abteilung 2 gut unterstützen ! Akut IgM positive Ergebnisse könnten 2019-nCoV zugordnet werden da SARS aktuell nicht zirkuliert ! Könnte aufschlussreich über tatsächliche Infektionsraten, Schwere der Infektionen, oligosymptomatische Infektionen sein, Grippeweb kann zur Validierung der Informationen genutzt werden <p><i>ToDo: Absprache auch mit Abt. 2 und KL bezüglich serologischer Testmöglichkeiten/seroepidemiologischer Studien (in der Zukunft)</i></p>	FG17, ZBS1 ZBS2
	Klinisches Management	



	<p>Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gerücht, RKI hätte empfohlen keine Viruszellkulturen durchzuführen ist falsch; Empfehlungen zur Entlassung von Personen aus dem Krankenhaus notwendig ! Krankenhaus ist kein Ort für sinnvolle Separierung von Menschen ohne Symptome ! Jetzt, wo viele Erreger-Parameter noch unbekannt sind bzw. auf der Erfahrung mit sehr wenigen Patienten beruhen, sollten Kriterien definiert werden die in Entscheidung mit einfließen; shedding Ergebnisse von Herrn Drosten könnten hier auch genutzt werden, z.B.: klinische Genesung gekoppelt an medizinischen Auftrag, Einbezug einer Sicherheitsperiode aufgrund des zweigipfligen Verlaufs, Genesung der ursprünglichen Symptome, Fieberfreiheit, PCR Virusnachweis in Sekreten abhängig von verwendetem Material - wenn PCR negativ ist, ist weitergehende Untersuchung nicht notwendig, jedoch ist nCoV potentiell lange nachweisbar (bis zu 38 Tage) ! Ausscheidung über Stuhl erfordert andere Schutzmaßnahmen ! WHO TK zu IPC gestern: Austausch zu Erfahrungen, z.B. entscheidet Singapur Entlassung aufgrund zwei negativer PCR Ergebnisse an zwei verschiedenen Tagen bei symptomfreien Patienten, Berichte aus China über längere Gabe eines antiretroviralen Medikaments nach Entlassung ! Symptomfreie, häuslich isolierte Kontakte: wenn 14 Tage lange symptomfrei, keine PCR Testung notwendig ! Enger Austausch von STAKOB/Klinikern und Virologen ist sehr wichtig für praxisorientierte Lösung, diese soll nach Abstimmung mit epidemiologischen Erkenntnissen geteilt und als wissenschaftliche Erkenntnisse übermittelt werden <p><i>ToDo: Entwicklung einer Haltung bzw. Empfehlung zu Krankenhaus-Entlassungskriterien, muss mit Bayern abgestimmt werden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt sehr viele Fragen an die Kollegen in China bezüglich ihrer Erfahrung und Daten: IBBS soll Person aus RKI beauftragen die die Fragen sammelt, zsm. mit Herrn Drosten <p><i>ToDo: Sammlung der Fragen an die Kollegen in China, IBBS Federführung</i></p>	<p>IBBS/FG14/ FG37</p> <p>alle</p>
	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Häufig Fragen zu Maßnahmen, z.B. vom Rettungsdienst GA Düsseldorf: bei Kontaktpersonen 2. Grades reicht, wenn adäquater Schutz angewandt wurde, Selbstmonitoring, es gibt häufig Missverständnisse diesbezüglich 	

<p>Transport</p> <p>Maßnahmen an Flughäfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorgehensweise mit einkommenden Reisenden aus China im Flughafenbereich wird stark diskutiert und es wurde keine Einigkeit erlangt, Frankfurter Flughafen hat täglich 4-5 Großraumflugzeuge aus China und 4-5.000 Passagiere, es stehen Messen an mit Ausstellenden/ Unternehmen aus Wuhan ! Minimalkonsens ist Austeilen von abgestimmtem Infomaterial vor Ankunft ! Vorschlag Bayern: Fragen auf aussteigerkarten ! Makulatur, Politik.. diverse abstimmungsrunden mit GA (pragmatisch) <p>AGI</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMG möchte gerne viel veranlassen, aber Bund kann nichts generelles anordnen, in manchen Bundesländern sind die Ministerien in anderen die LGA zuständig, Vorgehen muss erneut grundsätzlich diskutiert werden ! Abgestimmtes, nicht veröffentlichtes Papier von IBBS zu Heimkehrern aus Risikogebieten enthält sehr gute praktische Hinweisen die veröffentlicht werden sollten ! Vorschlag HH: Anpassung einer öffentlichen Empfehlung zur freiwilligen Selbstabsonderung, die sonst angeordnet wird, Vorschlag noch nicht abgestimmt, könnte es aber sein; abgestuftes Vorgehen als sinnvoll erachtet, amtliche Anordnung wäre im notwendigen Maße nicht überwachbar, unnötige Diagnostik für asymptomatische, transparente eindringliche Kommunikation wird nicht reichen ! Risikogebiete werden sich voraussichtlich ausweiten, wir können epidemisches Geschehen nicht stoppen sondern lediglich verlangsamen <p><i>ToDo: wenn Bundesländer sich auf einen Kompromiss eines abgestuften Vorgehens einigen, sollten wir dem nicht im Wege stehen</i></p> <p>Kontaktpersonennachverfolgungen Flugzeug</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hochsymptomatische Deutsche Verdachtsfälle sind nach Teneriffa und manche weiter nach La Gomera gereist, es war nicht leicht diese zu erreichen bzw. vom Ernst der Lage zu überzeugen, Personen stehen in Verbindung mit Webasto-MA, einer war hospitalisiert und wurde einmal negativ getestet, weitere befinden sich in La Gomera in Quarantäne, andere sind bereits zurückgeflogen, LGL hat bei Ankunft die task force hingeschickt und alle Passagiere Aussteigekarten ausfüllen lassen. Spanier sind informiert, Personen waren gemeinsam in einem Ferienhaus und mehrere hatten Fieber, einer wurde positiv getestet, und befindet sich ohne Symptome im Krankenhaus. Wenn Spanien ihn nicht mehr für infektiös hält und entlässt, müssen wir dies akzeptieren ! Frage der praktischen Isolierung/Entscheidung zu 	<p>FG 32</p>
--	--------------



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	Quarantäne und der Kostenübernahme wenn Rückreise verschoben wird bleibt offen	
	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <p>! Lagebericht Verteiler: viele Bitten um Erhalt des RKI-Lageberichts, enthält primär Informationen aus Presse und wenig aus LGL-Berichten, Verteiler kann weiter geöffnet werden, ggf. BMG/Blasius über Weiterleitung an andere Ressorts informieren</p> <p><i>ToDo: Lagebericht kann auch breiter geteilt werden, Kommentar „nur für Behörden für internen Gebrauch“ soll darauf bleiben</i></p>	FG32
	<p>Andere Themen</p> <p>! Maßnahmen am RKI: Schutzausrüstung bzw. Maßnahmen nur bei begründetem Verdacht, IBBS hatte eine Anfrage Schulung zur Dekontaminierung durchzuführen, abgelehnt</p> <p>! Nächste Sitzung: Donnerstag, 06.02.2020, 11:00-12:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum</p>	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	06.02.2020, 11:00-13:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG 33
 - Ole Wichmann
- ! FG 37
 - Muna Abu Sin
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! L1 Rechtsreferat
 - Helmut Fouquet
 - Joachim-Martin Mehlitz (per Telefon)
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Basel Karo

- ! Datenschutz
 - Jörg Lekschas
 - Marie Reupke
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Dr Harbaum (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! >28.000 Fälle, in China 3.689 neue Fälle, 70% in der Provinz Hubei, Todesfälle alle in China (inkl. 1 in Hong Kong) und 1 auf den Philippinen ! 196 Fälle in 24 Ländern außerhalb Chinas, keine neuen Fälle in Europa seit gestern ! Anstieg in Hubei ist exponentiell, Quarantäne-Maßnahmen wirken ggf. sind aber noch nicht sichtbar, in anderen Provinzen scheinbar kein exponentieller Anstieg (Latenz?) ! 4 Städte (Wenzhou, Hangzhou, Ningbo und Taizhou) in der Provinz Zhejiang sind unter Quarantäne, haben zusammen >30 Mio Einwohner (50% der Provinz), Provinz ist Partnerregion von Schleswig-Holstein <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Keine neuen Fälle seit gestern <p>BMG/Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 30 weitere deutsche Staatsangehörige sollen mit britischer Luftwaffe nach Europa repatriert werden, wahrscheinlich Flug nach GB, Repatriierung von ca. 100 Personen aus allen möglichen Ländern ! Weitertransport für alle relevant, auch Österreicher, Franzosen, Dänen, usw., ist in Klärung durch AA, Bundeswehr holt sie bei Bedarf aus GB ab, prüft aktuell auch mit DRK wo diese in Deutschland aufgenommen werden können, belastbarer Folgetransport und Abstimmung hierzu wichtig und notwendig ! Es gab eine TK der Gesundheitsminister der Bundesländer und des Bundes, keine Einigung zu Vorgehen bezüglich Messen und Flughäfen, Bayern und Berlin streben stärkere Maßnahmen an als z.B. Hessen, Absagen von Messen oder Ausschluss von Teilnehmenden aus China ist zu vermeiden <p>Informationen zu laborbestätigten bzw. klinischen Fällen in China</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es ist nicht ganz klar, ob aus China berichtete Fälle labordiagnostisch bestätigt sind. Sollten sie es nicht sein, könnte bedeutender Anteil nicht auf nCoV zurückgeführt werden, chinesische Falldefinition beinhaltet theoretisch Laborbestätigung ! Die aus China übermittelten Daten sind möglicherweise nicht komplett zuverlässig, Präs war gestern bei einer WHO TK, wo berichtet wurde, dass viele der Fälle klinisch und nur ein Teil PCR-bestätigt ist, WHO geht davon aus, dass ca. 2/3 der Zahlen 	<p>ZIG1/FG36</p> <p>AL3, Präs</p>

	<p>auf PCR-bestätigten Fällen beruhen, WHO hat auch Influenzadaten aus China, Zahlen/Kurven (Influenza und nCoV) können nicht zuverlässig auseinander gehalten werden</p> <p>! RKI soll „private intelligence“ aktivieren um mehr Informationen zu erhalten und Erreger besser zu verstehen</p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Epi-Matrix</p> <p>! Keine neuen Erkenntnisse seit gestern zu berichten</p> <p>! Aktuell Dopplung der Bemühungen durch Bibliothek und INIG (s. Protokoll 05.02.), gewünscht ist ein Link zur Epi-Matrix und zu einer zentral zugänglichen Ablage von Informationen/Publicationen, sollte geklärt werden</p> <p><i>ToDo: FG36 teilt Link zu Epi-Matrix (Nachtrag: LINK), INIG nimmt Kontakt mit Bibliothek auf und klärt Aufgaben und Vorgehensweise, Link und Ablage sollen an RKI-Corona-Verteiler kommuniziert werden</i></p>	FG36/ZIG1
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Monitoring der internationalen Situation hilft bei der Einschätzung, bis solide Daten aus China verfügbar(er) sind, stufenweise Einschätzung basiert auf wissenschaftlicher Rationale sehr wichtig, auch wegen RKI Glaubwürdigkeit</p> <p>! Umfrage über IHR NFP (Risikogebiete): einige Antworten stehen noch aus, soweit sehen alle die geantwortet haben Ursprungslink in Hubei, 20% der Information fehlt noch, bisher keine andere dokumentierte ursprüngliche Infektionsquelle als Provinz Hubei</p> <p>! GHSI TK gestern: IBBS hat diese (G7 + Mexiko) gestern befragt und auch bilateral Kontakt mit PHE, CDC aufgenommen, ZIG1 soll alle diese Informationen zusammenführen</p> <p>! CDC USA erwägt Containment aufzugeben und erwähnt Ziel ist „to slow entry of virus to US and transmission of virus in the US“ (<i>Nachtrag WH: US CDC verfolgt auch das auch in unserer Diskussion wiederholt genannte Ziel der Verlangsamung der Ausbreitung und hält daher weiterhin an aggressiven Maßnahmen zur Eindämmung des Virus fest</i>)</p> <p>! WHO Kontakten zufolge in Shanghai und Peking anhaltende community transmission, Familienangehöriger von Abt.3 Kollegin arbeitet in chiensischem Krankenhaus und berichtet, dass zwar Großteil der Fälle milde ist, aber 5% Beatmung benötigen und lange hospitalisiert sind (28d)</p> <p>! Genomdaten können hier hilfreich sein, Genomsequenz des 1. Bayerischen Falls direkt in Wuhan-Wolke</p> <p>! Rückkehrer aus Risikogebieten=Kontaktpersonen Kategorie 1</p> <p>! China hat 4 zusätzliche Millionenstädte in Zhejiang mit fortlaufender community transmission definiert, wenn die Behörden dort hiervon ausgehen, sollten wir deren Ansatz nicht in Frage stellen; möglicherweise gibt es in diesen Städten bald ausgedehnte Übertragungsnetzwerke und ggf. exportierte Erkrankungen</p>	alle



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>! Einschätzung von Hessen/FFM bezüglich Praktikabilität und Umgehen mit einzelnen Städten als Risikogebiete wichtig, Kollegen dort sind insgesamt der Meinung es ist besser in Richtung Einreise/Visabedingungen vor der Einreise zu gehen, kein Abfangen am Flughafen, geht aber nur bei Direktflügen</p> <p>! Rechtliche Voraussetzung für individuelle Maßnahmen ist, dass eine Person ansteckungsverdächtig ist, Interpretation ist schwierig und es liegen große Unterschiede zwischen Hubei und anderen Provinzen (wo Rückkehrer nicht prinzipiell ansteckungsverdächtig sind) vor, Maßnahmen sind dann individuell vom Amtsarzt vor Ort anzuordnen, eine Rechtssicherheit notwendig, und RKI Standpunkt hier erwünscht, insbesondere bezüglich kollektiver Absonderung/ Entscheidung; Konsens zu freiwilliger häuslicher Isolierung in AGI wahrscheinlich (Anordnung in Bundesländern unwahrscheinlich), heute in der AGI TK wird auch über Dokument für Reisende aus Risikogebieten gesprochen</p> <p>! Risikobewertung sollte nicht von Umsetzbarkeit der Maßnahmen (z.B. Städte als Risikogebiete) abhängen sondern primär von der epidemiologischen Bewertung, Umsetzbarkeit ist relevant und wichtig, aber aktuelles Maßnahmenpaket ist angemessen und vorerst gleichbleibend, muss täglich geprüft werden</p> <p>! AA hat über Regionalärzte und Botschaften guten Einblick in die Situation vor Ort bezüglich Einschätzung von Zhejiang und den vier Städten, natürlich hätte Erweiterung des Risikogebietes Konsequenzen auf deutsche Staatsangehörige vor Ort, dies sollte aber fachliche Einschätzung nicht beeinträchtigen, Absprache zwischen Ressorts wichtig</p> <p><i>ToDo: INIG/ZIG1 analysiert Rückmeldung der Länder zu Expositionsort der importierten Fälle (IHR NFP), Identifikation der Einzelfälle zu denen Informationen fehlen, IBBS sucht bilateral mehr Infos, FG17 kann verfügbare Genomsequenzen untersuchen auf Hinweise</i></p> <p><i>ToDo: IBBS kontaktiert AA um mehr Informationen über Zhejiang zu erhalten, erneute Evaluierung zu Erweiterung des RKI Risikogebietes</i></p> <p><i>ToDo: Walter Haas fragt Kollegin am CDC wie sie Risikogebiete definieren</i></p> <p><i>ToDo: Morgen in Lage-AG neue Bewertung der Erweiterung der Risikogebiete, AGI bereits informiert und trägt Entscheidung mit</i></p> <p><i>ToDo: Presse Karte mit Inzidenzen muss online aktualisiert werden</i></p> <p>RKI Einschätzung auf Homepage</p> <p>! Bleibt vorerst so</p>	
--	---	--

<p>4</p>	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Insgesamt relativ ruhig bezüglich am RKI eingehender Anfragen, Präs in ZDF Spezial, ändert sich wenn weitere Fälle oder Todesfall in Deutschland ! Auf RKI Webseite steht aktuell etwas von Infektiosität von 10d (Kontaktpersonennachverfolgung: „Das Ende der infektiösen Periode ist momentan nicht sicher anzugeben und wird bis auf weiteres bis zum 10. Tag nach Symptombeginn angenommen“) muss korrigiert werden <p><i>ToDo: Presse Korrektur der Länger der Infektiosität auf Webseite</i></p> <p>Kommunikationsstrategie vulnerable Gruppen (respiratorische Vorerkrankungen)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gestern HSC TK: Diskussion zu Empfehlungen für Personen mit chronisch respiratorischen Erkrankungen, Meiden von Messen, Reisen nach China usw., klassische Risikogruppen wie üblich betroffen, evtl. hervorheben, wer ggf. besonders betroffen; fraglich in wie fern „nicht-klassische“ Risikogruppen betroffen sind ! Es ist die Saison der respiratorischen Erkrankungen, generelle Hinweise und Einbettung in Gesamtkontext sinnvoll ! Schwere der Erkrankung ist eine Sache, andere ist, wie viele Personen betroffen sein werden, möglicherweise großer Bevölkerungsteil, schafft es das Versorgungssystem? ! Es liegen in Deutschland keine Daten zur aktuellen Versorgungslage vor! auf AGI einwirken diesbezüglich ! Entwurf zu Übergang von Containment zu Mitigation in Arbeit bei Presse und FG36, FG36, zeitnahe Fertigstellung wünschenswert, auch BMG denkt hierüber nach ! Auftrag bezüglich Stigmatisierung, Rolle von RKI, welches Wording, sollte dies auf RKI-Internetttext um Bemerkung hierzu ergänzt werden? <p><i>ToDo: Presse und FG36 Fertigstellung des Dokumentes zu Übergang von Containment zur nächsten Phase, aktuell bei FG36</i></p> <p><i>ToDo: Bitte bis morgen überlegen, ob RKI-Aussage gegen Stigmatisierung notwendig ist, soll auf Agenda für morgen (07.02.)</i></p> <p>BZgA Anzeigenkampagne</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Risikogruppen aktuell nicht speziell angesprochen sondern Allgemeinbevölkerung, anders als Kommunikation zu Grippe, grundsätzlich eine gute Idee als zusätzliches FAQ ! BZgA & BMG haben gemeinsam bundesweite (4 überregionale Zeitungen) Anzeigenkampagne für das Wochenende entwickelt, Aussage Deutschland ist gut vorbereitet, Wiederholung Hygienebotschaften, jedoch nCoV-fokussiert ! Morgen Pressemitteilung mit Erklärvideo zu nCoV wo BZgA FAQs in Film aufgegriffen werden, inkl. Hygienemaßnahmen ! Kurz vor Karneval auch Nachricht zum Thema Schutz vor Atemwegsinfektionen, allgemeine Hygienebotschaften 	<p>Presse</p> <p>alle</p>
----------	--	---------------------------

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>! sollte eigentlich auch bzw. besonders im Hinblick auf Influenza sein</p> <p><i>ToDo: BZgA hat aktuellen Entwurf an nCoV-Lage@rki.de geschickt</i></p> <p>Bundeswehr</p> <p>! Influenza und nCoV Differenzierung gestern durch Fr Roßmann geschickt, ist angekommen</p>	
5	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Keine Neuerungen, alle Assays (auch neue) stehen, morgen trifft Virusisolat aus München ein</p> <p>! Information zu GHSI Staaten, die Isolate wünschen, folgt noch, mindestens drei Länder (u.a. Japan) haben angefragt, wird an Bundeswehr weitergeleitet</p> <p>! Virus von Charité erhalten, aktuell in Anzucht, vorerst informell</p>	ZBS1/FG17
	<p>Klinisches Management</p> <p>! Flussschema wird in AGI TK abgestimmt, parallel an STAKOB, Rückmeldungen (auch RKI-intern) wurden eingesammelt und eingearbeitet</p> <p>! Berichte über klinische Situation: Bitte an Bayern um Text für interne Kommunikation zu übermitteln</p> <p>Verlegung von Patienten</p> <p>! Krankenhäuser kein gutes Setting da Übertragungsrisiko und viele vulnerable Patienten</p> <p>! Empfehlung kommentiert von FG14, LGL hat über Umgang mit Patienten wenn viele beschwerdefrei sind nachgedacht, welche Voraussetzungen notwendig damit kleinere Strukturen im Umland sie übernehmen könnte, Entwurf zu Hygienemanagement wird möglichst zeitnah von Frau Arvand geschickt</p> <p>! München: aktuell 6 Patienten von denen 5 beschwerdefrei, 1 mit Pneumonie und symptomatisch, keine intensivmedizinische Betreuung notwendig</p> <p>! Familie in Trauenstein stabilisiert sich, Kaletra (antiretrovirale Medikation) wurde begonnen, wird auch in München begonnen</p> <p>! Montags TK zu Entlassungsmanagement: parallel bemüht LGL sich Entlassungskriterien zu Papier zu bringen, Walter fragt nach</p> <p><i>ToDo: FG14 Entwurf zu Hygienemanagement zeitnah (an LGL?) schicken</i></p>	<p>IBBS</p> <p>IBBS/FG14</p>
	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Dokument zum Anlegen von PSA</p>	Alle

	<ul style="list-style-type: none"> ! Frage der Bundeswehr aus Gernersheim: wie sollen sie sich bei quarantänisierten schützen, sollen Masken getragen werden, unter welchen Bedingungen, welche Gruppen, möglicher Krankentransport ! Beinhaltet Konfliktpotential da dies Ländersache ist, dennoch kann RKI fachliche Empfehlung verfassen <p><i>ToDo: IBBS soll Dokument hierzu entwerfen, FG14, FG36, FG37 machen mit/Abstimmung</i></p> <p>Maßnahmen auf Messen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fruit Logistica: Foto-Tweet einer Verpflichtungserklärung für Besucher, abgestimmtes Vorgehen schwierig, kein Bedarf einer Äußerung seitens des RKI 	
	<p>Surveillance</p> <p>Spezielle Meldebögen für nCoV</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Presse hatte Anfrage der SZ, wie viele Verdachtsfälle dem RKI gemeldet wurden, LZ hat noch keine Antwort gegeben, da jedoch Meldepflicht besteht sollen via WBK übermittelte Verdachtsfälle nun in täglichen Lagebericht aufgenommen werden <p><i>ToDo: Ans RKI übermittelte Verdachtsfälle in Lagebericht aufnehmen</i></p>	<p>Presse/FG3 6/LZ</p>
	<p>Transport</p> <p>Flughafendokument: Umgang mit Kategorie 2 Kontaktpersonen</p> <p>Kontaktpersonennachverfolgungen Flugzeug</p> <p><i>ToDo: ggf. bei nächster Lage-AG zu besprechen</i></p>	
	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Weitere Unterstützung durch FGL sehr gut und notwendig ! Internationale KoNa große Herausforderung, Schulung hierzu hat stattgefunden, mehr erfahrene MA sind notwendig 	<p>FG32</p>
	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Lage-AG prinzipiell/in Zukunft: Fokus Aufgabenverteilung und Bestimmung der Federführung, weniger lange Diskussion der Vorgänge bis auf Risikogebiet-Definition ! Nächste Sitzung: Freitag, 07.02.2020, 13:00-14:30 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum 	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	07.02.2020, 13:00-15:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG 37
 - Muna Abu Sin
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! L1 Rechtsreferat
 - Helmut Fouquet
 - Joachim-Martin Mehlitz (per Telefon)
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel

- ! ZBS2
 - Daniela Jacob
- ! INIG
 - Andreas Jansen
 - Basel Karo
- ! Datenschutz
 - Jörg Lekschas
 - Marie Reupke
- ! BZGA : Herr Lang (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Herr Harbaum (per Telefon)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Weltweit 31.230 Fälle (seit gestern +3.000, 10%); Todesfälle 639 (2.0% Tendenz gleichbleibend), 4.821 mit schwerem Verlauf ! Davon Provinz Hubei 22.112 (71% aller Fälle, Tendenz gleichbleibend) ! Außerhalb Chinas 270 Fälle in 24 Ländern, in Europa 29 Fälle in 8 Ländern <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 13 bestätigte Fälle, neu: Frau der Familie von Webasto-MA, Kinder bereits positiv, mehrmals beprobt und jetzt Infektion bestätigt <p>Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gernersheim, Lage ruhig, keine berichtenswerten Erkenntnisse ! Sonntag Abholung von ca. 20 deutschen durch GB, werden dort von Bundeswehr abgeholt, Airbus landet 11:30-12:00 im militärischen Teil von Tegel, Übergabe deutscher Passagiere an GA, Transfer nach Köpenick, dort Screening/Befragung, andere europäische Passagiere werden von ihren Ländern von Tegel abgeholt, 20 Niederländer verlassen Flugzeug nicht und fliegen von Tegel direkt weiter nach Eindhoven <p>Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 7 Kriterien wurden von INIG verwendet (s. ppt): 1. Inzidenz: Hubei höchste Inzidenz, 34/100.000 2. Tendenz: exponentieller Fall-Anstieg in Hubei, Guangdong und Zhejiang deutlicher Anstieg aber nicht exponentiell 3. Maßnahmen in China: Quarantänemaßnahmen in Zhejiang Städten Wenzhou, Hangzhou, Ningbo und Taizhou 4. Reiseverkehr in China: Stärke der Verbindung mit Hubei 5. Reiseverkehr nach Deutschland 6. Expositionsort importierte Fälle:, 106/260 Verbindung mit Wuhan, 116 Kontakt mit bestätigtem Fall, 1 Fall (aus Russland) mit Reise nach Beijing, 36 keine Daten, bei Kreuzfahrtschiff Infektionsursprung unsicher (Passagier aus Hong Kong?) 7. <i>(Durchführbarkeit von Maßnahmen in Deutschland)</i> ! GHSI TK heute Nachmittag: Eine einfache Liste mit Fragen Zu Infektionsquelle wird mit Einverständnis von Rottmann/BMG 	<p>ZIG1/FG36</p> <p>FG36</p> <p>alle</p>

	<p>an die 8 Länder gesandt, wurde bereits angekündigt (Link unter Ordner Risikogebiete)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Testkapazität in China hat Einfluss auf Entwicklung der Lage, Limitation könnte irrtümliche lineare Entwicklung spiegeln ! Fallzahlen für die 4 Städte unter Quarantäne nicht verfügbar ! AA über Zhejiang (IBBS): nur wenige deutsche in diesen Städten, aber enge Wirtschaftsbeziehung zwischen den 4 Städten und Deutschland ! Taiwan CDC hat alle 4 Städte zu Risikogebieten erklärt, und quarantänisiert von dort kommende Reiserückkehrer ! RKI Bewertung: Risikogebiet auf Webseite wird heute um die vier Städte erweitert <p><i>ToDo: Pressestelle erweitert Risikogebiete um die Städte Wenzhou, Hangzhou, Ningbo und Tazhou, Fallzahl bei Risikogebiet kommt weg, nur namentliche Erwähnung der Provinz und der 4 Städte</i></p> <p>Einschätzung auf der Homepage</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Über Terminologie zu „Ausblick der Entwicklung“ muss nachgedacht werden ! Pressestelle hat in Abstimmung mit FG36, AL3, und BMG eine Handlungsstrategie zu möglicher Eskalation der Maßnahmen entworfen, Text aktuell in Fertigstellung ! Entscheidung heute: Einschätzung bleibt wie gehabt bestehen, perspektivisches Ergänzen in Abstimmung mit BMG 	alle
3	<p>Aktuelle Dokumente, Kommunikation - Update</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Am Wochenende Schaltung in den 4 größten Tageszeitungen (Bild, Welt, SZ, FAZ?), Terminologie „Gesundheitsbehörden sind bestmöglich vorbereitet“, Ministerentscheidung ! Empfehlungen sollen dennoch auch als generell nicht nur nCoV gesehen werden ! Steuerung auf verlässliche Informationsquellen (z.B. RKI) <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anpassungen auf der Webseite sind heute notwendig: Inzidenzkarte, Fälle, Hygienemaßnahmen <p>RKI 2019-nCoV-Webseite</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Falldefinition Anpassung in 3. Version auch in AGI diskutiert, jetzt Verabschiedung und Kommunikation? <ol style="list-style-type: none"> 1. Person mit erfüllttem <i>klinischen Bild</i> oder unspezifischen Allgemeinsymptomen UND <i>Kontakt</i> mit einem <i>bestätigten</i> Fall mit 2019- nCoV (s. Ordner Falldefinition) 2. Unverändert Klinisches Bild: Person mit akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere mit oder ohne Fieber ! Ansteckungsdauer unter Kontaktpersonenmanagement: „Das 	<p>Presse, alle</p> <p>FG36/alle</p>



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>Ende der infektiösen Periode ist momentan nicht sicher anzugeben und wird bis auf weiteres bis zum 10. Tag nach Symptombeginn angenommen.“, da Infektionsdauer aktuell unbekannt, Anpassung zu lediglich „...nicht sicher anzugeben.“ Und Streichung des Restes</p> <p>! Kann anschließend noch Kollaboration mit Labor um zu definieren, X PCR-Test</p> <p><i>ToDo: Walter Hass schickt überarbeitete Falldefinition an Presse – soll mit Änderungsdatum und nebst Flussschema heute noch auf Webseite</i></p> <p><i>ToDo: Presse Anpassung Ansteckungsdauer unter Kontaktpersonenmanagement</i></p> <p>Lageberichte Versand auch am Wochenende</p> <p>! GA-Übermittlung von Fällen am Wochenende eher unwahrscheinlich, Bericht enthält aber auch „zusätzliche Informationen“</p> <p>! Beschluss: Lagebericht auch am Wochenende, soll nicht immer durch FG36 sondern in Zukunft auch durch Position im LZ abgedeckt werden</p> <p><i>ToDo: Lagebericht auch an beiden Tagen am Wochenende</i></p> <p>Lagebericht: Darstellung des Clusters mit repatriierten Personen in der geographischen Darstellung? (Problem: Meldekreise der Repatriierten)</p> <p>! Karte der Fälle in Lagebericht, Melde/ Ursprungswohnort nicht so sinnvoll, besser Infektionsort (also nur in Deutschland akquirierte Infektionen) oder weglassen</p> <p>! Beschluss: Karte raus aus Lagebericht</p> <p><i>ToDo: Geographischer Darstellung der Fälle raus aus Lagebericht</i></p> <p>Kommunikation von Verdachtsfällen</p> <p>! Presseanfrage zu Anzahl von Verdachtsfällen, die meldepflichtig sind, dagegen spricht, dass es unsichere Informationen sind, aber um möglicher zwingender Anfrage vorzubeugen, Veröffentlichung der Anzahl von Verdachtsfällen 1-mal pro Woche, Terminologie „XX Verdachtsfälle, keiner positiv getestet“</p> <p><i>ToDo: Übermittelte Verdachtsfälle 1-mal die Woche veröffentlichen</i></p>	<p>FG32/FG36/ alle</p> <p>FG32/FG36/ alle</p> <p>Alle</p>
	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Flughafendokument Reiserückkehrer</p> <p>! HH, NRW und Hessen zufrieden mit aktuellen Maßnahmen (Kommunikation, Passenger Forms, usw.)</p>	<p>FG32</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ! Bayern und Berlin wollen aktive Maßnahmen einführen, Bayern auch mit Testung (symptomatischer Personen mit Risikoexposition), Montag erneute Diskussion zwischen Spahn und entsprechenden Ministern, Einigung unwahrscheinlich ! Aus rechtlicher Sicht ist einheitliches Vorgehen mit Reiserückkehrern aus Risikogebieten notwendig ! AGI arbeitet weiter an Reiserückkehrer-Dokument, dies sollte als AGI-abgestimmte Vorgehensweise zur Information an ÖGD gehen und gestreut werden, aktuell keine breite Publikation geplant, Kommunikation über Vorgehensweise ist wünschenswert und nur dann wirklich sinnvoll ! Dienstag erneute Diskussion bei der AGI darüber, Federführung liegt bei BMG (Sangs), wenn keine Entscheidung zu Veröffentlichung, Möglichkeit Dokument von Paragraphen zu befreien und auf RKI-Webseite zu veröffentlichen <p>Messen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Berlin hat bei der Fruit Logistica Messe eine Verpflichtungserklärung für Teilnehmende etabliert, Information über nCoV und Ausschluss bei Symptomatik und möglicher Exposition, alle anderen Seuchenreferenten haben sich dagegen ausgesprochen und erachten Hygieneschulungen als sinnvoll(er) ! Keine Einigung hierüber in Aussicht 	FG32
	<p>Internationales/Globale Entwicklungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ZIG plant Laborunterstützung von Partnerländern, z.B. von GHPP Partnern in Ruanda und Namibia, BMG und andere Geldgeber kündigen mögliche Gelder-Umstrukturierung und Aussichten an, Tendenz steigend, Gates Foundation stellt 100 Mio. USD für nCoV zur Verfügung 	ZIG
5	<p>Labordiagnostik</p> <p>Virologische Surveillance: regulatorische, rechtliche, personelle und finanzielle Dimensionen (LZ Aufgabe ID 113)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kontakt mit verantwortlichen Instanzen wurde aufgenommen, Ansprechpartner stehen fest und Austausch findet statt, Klarstellung der Abrechnung der Diagnostik wichtig, insbesondere für niedergelassene Ärzte, es handelt sich um extrabudgetäre Abrechnung ! Vorgehen muss an Flusschema und Falldefinition gekoppelt sein da Umfang der Diagnostik hiervon abhängig ist, aktuell wird mit überschaubarer Anzahl gerechnet ! Abstimmung mit Berufsverband, Mikrobiologen, KV sehr wichtig zur Frage in welcher Form und wann Indikation zur Diagnostik erweitert wird? ! Indikation Differentialdiagnostik als Option in Flusschema 	AL1/FG17/Z BS1



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>enthalten</p> <p>Integration nCoV in AGI-Sentinel (LZ Aufgabe ID 99)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ziel Sentinel Surveillance ist Prävalenzmonitoring, hat nicht Meldesystem als Basis sondern stellt eine Ergänzung dar, AGI Sentinel soll nicht umgebaut oder aufgehoben werden sondern ungestört weiterlaufen können ! Integration von nCoV wurde geprüft, technische Voraussetzungen im RKI sind gegeben ! Testung auf nCoV benötigt Patienten-Zustimmung, auch aufgrund des gegenwärtigen Umgangs mit der Erkrankung, Influenza und nCoV nicht vergleichbar in politischer Sichtbarkeit; was Einwilligung und Meldung angeht trifft für beide Erreger zu; Erhebung auf Pseudonymbasis, zum Zwecke weiterer Untersuchung, um Einwilligung zu umgehen? ! Zeitpunkt der Integration bleibt zu entscheiden (kein zu früher Beginn), wie ist Übergang machbar, bzw. Mechanismus um Herausforderungen abzufangen wenn Fallzahl noch niedrig ist, z.B. nach ersten 100 Fällen in Deutschland ! Beim Start ist Lagebewertung und -Einschätzung des RKI zu bedenken, Umgang mit aus dem Sentinel identifiziertem Fall? Muss kommunikationstechnische plausibel und kohärent demgegenüber sein, was wir sonst kommunizieren ! Anpassungserklärung zu nCoV-Testung notwendig, um auch mögliche Versorgung, Isolation der Patienten zu sichern ! Herausforderungen sind erkannt, technische Vorbereitungen laufen, Integration sollte innerhalb von 14 Tagen startbereit sein, letzte Dinge noch mit Datenschutz zu klären ! Auch Abstimmung mit Grippeweb/ZBS1 parallel aber separat <p><i>ToDo: AL1/FG17 Vorbereitung der Kommunikation und des Zeitpunkts in Abstimmung mit der Lage, Unterschreiben der notwendigen Papiere damit Zeitpunkt frei wählbar ist, Montag Fertigstellung seitens Abt. 1, FG36/AG Influenza muss auch beitragen können, wird startklar gemacht und Datenschutz steht beratend zur Seite</i></p> <p>ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Virus wurde heute Morgen von MIB erhalten ! MTA für Japan ist fertig und wurde abgeschickt ! Diagnostik zur Fallbestätigung: 50 Proben pro Tag machbar wenn notwendig, Hochskalierung möglicherweise notwendig <p>ABAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Unterausschuss zur Erreger-Einstufung, RKI durch Daniela <u>Jakob-Jacob</u> vertreten, vorläufige Einstufung entsprechend Beschlussvorschläge: Risikogruppe 3 <u>ohne Z</u> ! Erneute Evaluierung im August, wenn Datenlage besser ist ! <u>Gewisse-Nicht gezielte Tätigkeiten im Rahmen der Labordiagnostik können in der in Schutzstufe 2</u> 	<p>AL1/FG17</p> <p>ZBS1</p> <p>ZBS2</p>
--	--	---

	<p><u>möglicherfolgen</u>, Atemschutz und Schutzbrille empfohlen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Arbeitsschutz: was ist wenn Fall bestätigt, viel Diskussion, <u>maeh-nach</u> Inaktivierung <u>Schutzstufe 2</u>, bei Anzuchtung (<u>gezielte Tätigkeit</u>) <u>Schutzstufe 3</u> ! Ist Virus nach RNA-Extraktionskit wirklich inaktiviert? Keine Daten verfügbar, dies ist für Mers-CoV bestätigt, sollte für nCoV vor Treffen im August untersucht werden ! MIB Aussage: selten Virus gesehen, das sich so schnell vermehrt ! Einstufung wird schnell publiziert (innerhalb von 3 Wochen) ! Serologie bereits durch Charité/Drosten etabliert, RKI auch Überlegungen aber keine Eile, Ergänzungen wären sinnvoll 	
	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Montag, 10.02.2020, 13:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum 	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	10.02.2020, 13:00-15:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Marc Thanheiser
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG 37
 - Sebastian Haller
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! L1 Rechtsreferat
 - Joachim-Martin Mehlitz
 - Helmut Fouquet (per Telefon)
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG

- Sarah Esquevin
- ! Datenschutz
 - Marie Reupke
- ! BZGA : Frau Seefeld (per Telefon)

! Bundeswehr: Frau Roßmann (per Telefon)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! China: 40.620 Fälle, 29.631 (74%) in Hubei, 2.960 Fälle mehr seit gestern, 909 Todesfälle, >3.000 Fälle genesen ! 385 Fälle in 24 Ländern, 1 Todesfall (Philippinen), 10 schwere Verläufe (Thailand, FR, Singapur, IT), 8 europäische Länder betroffen (FR, DE, IT, SP, UK, FI, BE) ! Risikogebiete, Präsentation INIG <ul style="list-style-type: none"> o In Jiangsu (Provinz mit weniger Fällen) anscheinend 2 Städte unter Quarantäne, Information nicht bestätigt o An wie vielen der Orte mit exportierten Fällen gibt es lokale Transmission? INIG untersucht dies o Weitere Analyse der Kurven und Tendenzen sinnvoll, Achtung: Fallkurven basieren auf Meldedatum und nicht Symptombeginn o Cluster in Frankreich: spät aufgefallen und überraschend wenige Kontaktpersonen (trotz Schule) o FG36 hat CDC zu deren Risikogebietsdefinition kontaktiert: noch keine Antwort ! Weitere Unterstützung in BY durch RKI (wurde nicht besprochen) <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 14 Fälle, 2 unter repatriierten in Germersheim, Rest in Bayern ! Sichtbar: Ansteckung häufig sehr früh und auch ohne intensiven Kontakt ! Bei Familienmutter mehrere Proben trotz typischer/akuter Symptomatik negativ, erst kürzlich ein positives Ergebnis – Beprobung von asymptomatischen eventuell andere Sensitivität, falsche Sicherheit? ! Repatriierung: keine neuen Details, Bundeswehr steht in fachlichem Austausch mit Berlin, keine detaillierten Informationen <p>BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Alle Tests der Rückkehrenden in Berlin negativ, keine Auffälligkeiten aus Germersheim, weitere Abstriche finden heute statt, wie weiter mit zentraler Quarantänisierung vorgegangen werden soll wird diskutiert, es gibt zwei verschiedene Ansätze 	<p>ZIG1</p> <p>FG36</p> <p>FG36</p> <p>Bundeswehr</p> <p>AL3</p>
2	Erkenntnisse über Erreger	

	<ul style="list-style-type: none"> ! Guan et al, non peer-reviewed Preprint Paper zu clinical characteristics, welches viele Fälle aus vielen Provinzen enthält. Erkenntnisse teilweise in Widerspruch zu unseren Aussagen, z.B. max. Inkubationszeit bis zu 24d, Risikofaktoren, viele der schwer erkrankten sind weder Raucher noch haben sie Grunderkrankungen, Letalität mit <2% relativ gering; Fallfindung in China beruht aktuell auf Fieber, Empfehlung einer sensitiveren Fallfindung, viele Patienten werden intensivpflichtig, inkl. Beatmung, auch teilweise unter Patienten ohne Grunderkrankungen und Kindern ! Deutsche Erkenntnisse: zwei der deutschen Patienten hatten Lungenentzündungen im Zuge einer sekundären Verschlechterung, typisch für SARS und Mers-CoV: beidseitige Pneumonie T-Zellen-vermittelte hyperallergische Reaktion an Tag 7-10, Hinweis auch aus Wirksamkeit von Remdesivir und Chloroquin (letzteres T-Zell activation inhibitor) ! Erregersteckbrief ist in Arbeit, Daten werden erst jetzt systematisch erhoben und Zeit ist noch notwendig bevor etwas publiziert werden kann (z.B. auf Homepage), perspektivisch soll dies passieren ! Persistenz an Oberflächen: Freitag gab es einen neuen Artikel generell zu Coronaviren, er bot keine neuen Erkenntnisse, bestätigt, dass der Erreger stark temperaturabhängig ist und bei niedrigen Temperaturen deutlich länger persistiert (bis zu 28d), generell gute praktische Empfehlungen: saubere und trockene Oberflächen, sowie Routinedesinfektion von Oberflächen ! Tierreservoir: Preprint von Gruppe aus Göttingen, zeigen dass SARS Antiseren Virus blockieren können, Ansatzpunkt für Impfstoffentwicklung; Inhibitor der Spaltprotease wirkt auch inhibitorisch auf entry des neuen Virus; nichts neues <p>Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt elektronenmikroskopische Erregerbilder aus München, gerne mit RKI teilen, wird mit Herrn Wölfel geklärt 	Alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Neuer Text zu Risikobewertung für deutsche Bevölkerung für RKI-Internetseite verfasst, Vorschlag von Lage-AG verabschiedet, kommt auf Homepage <p>NACHTRAG: Wird noch von Minister im Gesundheitsausschuss besprochen, Frist Mittwoch</p>	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA: Anzeige, Hotline</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anzeigen waren am Wochenende geschaltet haben aber nicht zu viel mehr Anfragen geführt, sowohl Anzeigen als auch YouTube FAQ-Aufarbeitung wurden gut angenommen ! Bürgerhotline (BMG Koordinierungsrunde) startet heute: 	BZgA

	<p>Nummer in Berlin ist 030 346 465 100</p> <p>RKI-Internetseite, Kenntlichmachung von Änderungen in RKI Dokumenten zu jeweils vorherigen (z.B. farbliche Markierung geänderter Textpassagen) ! (wurde nicht besprochen)</p> <p>RKI Internetseite: Fallzahlen in China nach Provinzen ! Bisherige Datenquelle für Fallzahlen ab heute nicht mehr mit Details pro Provinz in China verfügbar, Fallzahlen auf RKI-Webseite seit Freitag nicht aktualisiert, wir verlinken zu WHO-Seite</p> <p><i>ToDo: Presse verlinkt zu WHO-Webseite für Fallzahldetails in China (pro Provinz)</i></p> <p>STIKO-App zu Kommunikation mit Ärzteschaft? ! FG33 bot an, die App für 2019-nCoV-bezogene Push-Nachrichten als Tool zur Kommunikation an Ärzte zu nutzen, wäre sinnvoll z.B. für aktuelles Flussschema, welches breit gestreut werden soll, bei STAKOB Treffen heute wird ebenfalls geraten, es breit an Fachgesellschaften zu streuen</p> <p><i>ToDo: Osamah spricht mit FG33 über STIKO-App-Nutzung</i></p> <p>Schulung/Einbindung der Terminservicestellen der KVen ! (wurde nicht besprochen)</p> <p>RKI-Veröffentlichungen + Studien ! Publikation über Bayern-Ausbruch beinahe finalisiert, noch Absprache mit Labor, ob Transmission auf Genomebene sichtbar gemacht werden kann, und Klärung ob Daten zum shedding von einzelnen Patienten integriert werden ! Correspondence an Lancet abgeschickt ! Diverse Studien/Fragen werden weiter vorbereitet, z.B.: Diagnostik, Grundimmunität, Surveillanceinstrumente ! Bis Ende der Woche Vorbereitung der Integration von 2019-nCoV in AGI-Sentinel, dazu gehört auch die Kommunikationsstrategie (Absprache FG17/FG36); erste Mitteilung hierzu muss an teilnehmende Ärzte gehen ! Kekulé hat gesagt alle Patienten mit Atemwegserkrankungen sollen auf 2019-nCoV getestet werden, Flussschema beinhaltet Empfehlung zu Differentialdiagnostik</p> <p><i>ToDo: Am Freitag wird neuer Stand zur 2019-nCoV-Integration in AGI-Sentinel berichtet</i></p> <p>BMG-Erlass: Beantwortung Fragenkatalog für EU-Ministerkonferenz</p>	<p>Presse/INIG</p> <p>FG33</p> <p>FG36</p> <p>FG36</p> <p>FG32/LZ</p>
--	---	---

	<p>! Heute Vormittag per Erlass vom BMG sehr umfangreicher Survey mit vielen Themen zu beantworten, sehr/zu kurzer Zeitrahmen, Quantität und Qualität sind fristabhängig</p> <p>Begleitschreiben zu Flussschema/RKI Ratgeber 2019-nCoV</p> <p>! BZga fragt ob Begleitschreiben zu Flussschema fertig ist Zielgruppe wünscht sich Zusammenfassung vieler RKI-Empfehlungen in ein einziges Dokument à la RKI-Ratgeber, große Herausforderung der Aktualisierung, deswegen wurde noch kein Begleitschreiben zum Flussschema erstellt</p> <p>! Viele der Informationen, die traditionell in RKI-Ratgebern beinhaltet sind, sind aktuell nicht bekannt und einfache Aussagen nicht möglich, andere sind in den FAQ auf der Webseite zusammengefasst</p> <p>! Strukturierung der 2019-nCoV-Webseite ist anpassbar um bei Bedarf bessere Übersicht zu ermöglichen</p> <p>! Ratgeber hat große Abstimmungsrunde, wenn Krise vorbei ist und wir mehr wissen ist er vielleicht nicht mehr so notwendig</p> <p>! Terminologie: Begleitdokument (zu Empfehlungen) und nicht Ratgeber? Zusammenfassung der wesentlichen Informationen in ein Papier</p> <p><i>ToDo: IBBS bereitet Aufschlag vor und arbeitet dann mit Abt. 3 hieran</i></p>	<p>BZgA</p> <p>IBBS/Abt.3/ alle</p>
<p>5</p>	<p>Aktivitäten und Maßnahmen in Deutschland</p> <p>Umgang mit Rückkehrern aus Risikogebieten (AGI-Papier)</p> <p>! Weitere Abstimmung notwendig, Seuchenreferenten sprechen erneut untereinander und wollen Dokument ggf. AOLG vorlegen, keine Einigkeit, Bedarf der Veröffentlichung wurde mehrmals betont, fachliche Diskrepanz (auch zu Vorgehen an Flughäfen) wird an jeder Stelle sichtbar und irgendwann möglicherweise justiziabel</p> <p>! Morgen nächste AGI-TK, BMG hat Koordinierung an sich genommen, wenn morgen keine Einigung, Streichen der gesetzlichen Teile, eigenes RKI-Dokument im Tone „aus fachlicher Sicht...“, um rückkehrenden wenigstens Informationen zu vermitteln, wenn es auch nicht direkt aus den Bundesländern kommt</p> <p>! AA muss angeben was es für Einreisende aus China nach Deutschland für Konsequenzen gibt</p> <p><i>ToDo: AGI TK morgen, Drängen auf Veröffentlichung der Empfehlungen für rückkehrende aus Risikogebieten</i></p> <p>Einstufung Kontaktpersonen im Flugzeug</p> <p>! Was ist mit Kontaktpersonen die nicht in den zwei Reihen um Fall sitzen, von fachlicher Seite potentiell und auf RKI-Webseite aktuell Kategorie 2 Kontakte, bisher ist noch keine dieser Personen positiv geworden</p> <p>! Unter Berücksichtigung diverser Aspekte: Zeitverzug, Verfügbarkeit von Allgemeininformationen, Möglichkeit, dass</p>	<p>FG32</p> <p>FG32</p>



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>Fluggesellschaften Passagiere pauschal informieren, werden die zwei Reihen um Fall beibehalten und die anderen nicht als Kontakte definiert (siehe KoNa Management Webseite)</p> <p><i>ToDo: „>2 Reihen“ aus Kategorie 2 Kontakten in der Tabelle streichen</i></p> <p>Forecasting/Modellierung der Anzahl der schweren Fälle hinsichtlich der benötigten Krankenhauskapazitäten + PPE (Aufgabe FG36 und FG37)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorbereitung auf die Fragestellung: Was könnte mit 2019-nCoV auf uns zukommen anhand der Informationen zu Schwere, Inzidenz, usw., welches wäre der Impakt auf unser Gesundheitssystem, Krankenhauswesen, welches ist der möglicherweise aufkommendem Bedarf, auch an Arbeitsschutzmaterialien, benötigt pragmatischen Umgang mit den verfügbaren Informationen ! Auch: was ist, wenn wir bestätigte Patienten in ambulantem Setting versorgen müssen? Oder welches ist das Risiko, gesunde Träger ins Krankenhaus zu legen, und den Bereich ggf. zu schwächen ! Forecasting schwierig aber mit Modellierung möglich, Daten zu nosokomialen Ausbrüchen und zu Influenza verfügbar, Modelle könnten aufgrund bestehender Daten und auf Basis der Erfahrung zu anderen Erregern erstellt werden <p><i>ToDo: FG36 und FG37 besprechen wo die Prioritäten liegen, P4 kann bei Bedarf involviert werden, keine (zeitnahe) Frist</i></p> <p>Papier zur ambulanten Führung?</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Papier zu Maßnahmen und praktischer Anweisung sinnvoll und erwünscht (wie bereits besprochen), aktuell ist es jedoch noch zu früh um Empfehlungen zu publizieren, IBBS hat FF und arbeitet zsm. mit FG14, ggf. FG37; Basis: WHO Papier zum Thema liegt vor, RKI Pandemieplan; auch zu bedenken: wie wird dies evaluiert? <p>Entlassungsmanagement von bestätigten Fällen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wird heute Nachmittag in einer TK mit Bundeswehr und Klinikern besprochen, hinterher Rückmeldung an Lage-AG <p>2019-nCoV-Empfehlungen für Einsatzkräfte, inkl. PSA (Aufgabe ID 70)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Einsatzschema fertiggestellt und abgelegt unter Themen, Seuchenhygienisches Management, enthält Empfehlungen zu wann welcher Schutz notwendig ist, bereits gecheckt mit Polizei Berlin <p><i>ToDo: Veröffentlichung so bald grünes Licht von IBBS</i></p> <p>Quarantäne der Repatriierten: Fragen aus BE zu (1) Rhythmus</p>	<p>Alle</p> <p>IBBS/FG14/FG37</p> <p>IBBS</p> <p>IBBS</p>
--	---	---

	<p>der Testung (2) Voraussetzung für Beendigung der Quarantäne</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BE möchte gerne aus den Erfahrungen von RP lernen, generell scheint Kohortierung in Germersheim schwierig (differenzierte Ausgangszeiten, ganz strikte Trennung schwierig, Kohortierung auf unterschiedlichen Etagen aber nur ein Treppenhaus, usw.) ! Die Bundesländer wollten diese Entscheidungen treffen und verantwortlich sind die Seuchenreferenten der Bundesländer, aneinander verweisen zum Austausch <p>Häusliche Quarantäne/</p> <ul style="list-style-type: none"> ! IBBS macht Erstaufschlag zu leicht verständlichen Empfehlungen für häusliche Quarantäne die anschließend zirkuliert wird (bereits bestehende LZ-Aufgabe) <p>Medikamentenbevorratung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Der Minister möchte, dass das RKI über Medikamentenbevorratung nachdenkt ! Es besteht eine STAKOB Untergruppe „Therapie“, die durch IBBS mit dieser Fragestellung beauftragt wird, Fertigstellung gegen Ende der Woche <p><i>ToDo: IBBS bespricht Auftrag Medikamentenbevorratung mit der o.g. Untergruppe</i></p>	<p>LZ</p> <p>IBBS</p> <p>IBBS</p>
6	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Isolat von IMB wurde erhalten und Assays getestet, sieht gut aus, auch Sample Sharing innerhalb von GHSI ist geplant (MTA besteht) ! Nun Etablierung der Serologie ! Ein belgischer Provider hat Kontaminationsprobleme mit einer Positivkontrolle, vorerst Nutzung des Berliner Providers ! Viruskultur wächst stark, Erreger ist replikationsfreudig und zytolytisch (bringt Wirtszellen um) 	<p>ZBS1</p> <p>FG17</p>
7	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Maßnahmen an Flughäfen (Minister-Vorlage)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Oben besprochen 	<p>FG32</p>
8	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Regina Singer (INIG/FG33) geht für GOARN nach Manila ! EFFO Gruppe fährt Morgen nach Ruanda um Diagnostik zu unterstützen ! Durch Finanzierung der RKI-Internationalisierung ist internationale Präsenz/Sichtbarkeit wichtig 	<p>ZIG</p>
9	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p>	

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<ul style="list-style-type: none"> ! Starke Depriorisierung anderer RKI-Aufgaben in manchen FG/Abteilungen ! Schreiben von Anträgen kommt zu kurz, längerfristige Sicherstellung der Anstellung von befristet mitarbeitenden nicht möglich 	<p>FG32 alle</p>
10	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Dienstag, 11.02.2020, 11:00-13:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum 	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“
Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	11.02.2020, 11:00-12:15 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - o Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - o Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - o Osamah Hamouda
- ! FG14
 - o Melanie Brunke
 - o Marc Thanheiser
- ! FG17
 - o Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - o Ute Rexroth
 - o Juliane Seidel (Protokoll)
- ! FG 37
 - o Muna Abu Sin
- ! FG36
 - o Walter Haas
- ! IBBS
 - o Bettina Ruehe
- ! L1 Rechtsreferat
 - o Helmut Fouquet
- ! Presse
 - o Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - o Livia Schrick
- ! INIG
 - o Sarah Esquevin
- ! BZgA
 - o Peter Lang (per Telefon)
- ! Bundeswehr

- Herr Harbaum (per Telefon)

TOP	Beitrag/Thema
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Weltweit insgesamt 43.104 Fälle, 2.484 Fälle mehr seit gestern, davon 1018 Todesfälle (2,4% Letalität); ! Provinz Hubei 31.728 (74% von Gesamtanzahl), 974 Todesfälle (96% aller Todesfälle); ! 16% ernste Fälle, 4% kritisch Zustand, ! 396 Fälle außerhalb Chinas in 24 Ländern (135 Fälle auf dem Kreuzfahrtschiff, aktuell Japan zugerechnet), in WHO Europa Region 43 Fälle in 9 Ländern (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU), 14 in Deutschland (Bayern-Cluster:12, Germersheim:2) <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In Germersheim wurden alle Personen inkl. Betreuungspersonal erneut abgestrichen. Bundeswehr gibt Informationen zum Ergebnis weiter sobald vorhanden. ! Die 20 Repatriierten Personen in Köpenick wurden alle abgestrichen (Ergebnis: bisher negativ), nach Kenntnisstand des RKI wurde die Quarantäne behördlich angeordnet ! Bayern: Alle 12 Fälle sind derzeit noch im Krankenhaus isoliert, Kriterien zum Entlassungsmanagement werden in Zusammenarbeit mit den Klinikern und Virologen erarbeitet. Die 14-tägige Inkubationszeit und Zeit der häuslichen Absonderung ist für einen Teil der Kontaktpersonen der Kategorie 1. Mitte letzter Woche abgelaufen. Alle Kontaktpersonen werden am Ende der Inkubationszeit, sofern keine Symptome aufgetreten sind, nochmal abgestrichen, auf 2019-nCoV untersucht und dann aus der häuslichen Absonderung entlassen. Das RKI-Feldteam ist wieder zurück, steht aber noch in engem Kontakt mit dem LGL. <p>Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aktuelle Risikobewertung bleibt bestehen und ist auf der RKI-Webpage veröffentlicht. ! WHO Lageeinschätzung wird vom RKI regelmäßig an BMG und BZgA kommuniziert.
2	<p>Risikogebiete</p> <p>Siehe Präsentation INIG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Tendenz (kumulative Zahlen): Provinz Guangdong überholt Zhejiang (Folie 8) ! Maßnahmen in China: Straßensperrungen, Ein- und Ausreisen stark eingeschränkt, Geschäfte geschlossen, alle Bildungseinrichtungen (Universitäten bis Kindergärten) geschlossen (bis Ende Februar), strikte häusliche Quarantäne, etc. ! Quarantänemaßnahmen der folgenden Städte (nicht alle haben hohe Fallzahlen, sehr heterogen, siehe Folie 10): <p>Provinz Hubei (inkl. Wuhan): Quarantänemaßnahmen seit dem 23.01.2020</p> <p>Provinz Zhejiang: Wenzhou (einschl. Leqing), Hangzhou, Ningbo, Taizhou seit 02.02.2020</p> <p>Provinz Jiangsu: Nanjing und Xuzhou seit dem 04.02.2020</p> <p>Provinz Heilongjiang: Harbin seit dem 04.02.2020</p>

	<p>Provinz Fujian: Fuzhou seit dem 04.02.2020</p> <p>Provinz Jiangxi: Jingdezhen seit dem 04.02.2020</p> <p>Provinz Shandong: Linyi</p> <p>Provinz Henan: Zhengzhou und Zhumadian</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FG36 hat CDC zu deren Risikogebietsdefinition kontaktiert: noch keine Antwort. Ebenso werden die Staaten im PIWIG-Netzwerk (Pandemic Influenza Working Group: USA, Kanada,) bzgl. Definition der Risikogebiete befragt. In diesem Zusammenhang soll auch nachgefragt werden, welche Maßnahmen die jeweiligen Staaten damit verbinden. ! Rückmeldung aus der EpiLag: bei einigen Teilnehmenden gab es Zweifel an Praktikabilität der Risikogebietsdefinition des RKI. Dies hat jetzt keine Auswirkung, wird aber bei folgenden Diskussionen mitberücksichtigt. ! Das AA hat nach Kriterien für die Risikogebietsdefinition gefragt und bittet ggf. um eine Vorwarnung, ob und wann Shanghai als Risikogebiet betrachtet wird. <p><i>ToDo: INIG: Bitte Inzidenz (Meldeinzidenz) für Shanghai für morgen bereitstellen (auch, wenn Aussagekraft begrenzt ist).</i></p> <p>Risikoeinschätzung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Laut einiger Quellen gab es am 07.02.2020 eine Änderung der Falldefinitionen seitens der chinesischen Gesundheitsbehörden. Dies ist noch nicht verifiziert. ! Es sind keine Angaben zu Testungen asymptomatischer Personen in China bekannt. WHO wird dazu angefragt (INIG). ! Wahrscheinlich geben die Zahlen aus Wuhan nur wage Hinweis auf das Ausmaß des Geschehens, da auf Grund mangelnder Laborkapazitäten Erkrankte vorrangig erst bei positiven CT-Befund labordiagnostisch abgeklärt werden. Das unterstützt die Vermutung, dass daher eher die schweren Fälle bekannt sind.
<p>3</p>	<p>Erkenntnisse zum Erreger</p>
<p>4</p>	<p>Aktivitäten und Maßnahmen in Deutschland</p> <p>STAKOB-TK zu Krankenhaus-Entlassungskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Herr Drosten stellt demnächst Analysedaten von allen Patienten (alle Probenmaterialien, in Rangfolge der negativ-Werdung) zur Verfügung. Diese Analysen weisen auf die Möglichkeit einer quantifizierten PCR (statt konservativ 2x negative Proben) und damit der Entlassung der Patienten bei einem bestimmten cut-off (unterhalb dieses 10⁴/ml). <p>Testung in Betrieben – Rolle der Betriebsärzte (BAUA)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aktuell fordern zunehmend Betriebe die Testung oder Quarantäne bei Reiserückkehrern. Es gibt dazu keine expliziten Empfehlungen für Betriebsärzte. Wenn die abgestimmte Haltung zum Verfahren mit Reiserückkehrern mit der AGI abgestimmt ist kann diese als Grundlage für

	<p>eine Empfehlung für Betriebsärzte genutzt werden. Das RKI kann zusammen mit der BAUA die Fachgesellschaft ansprechen sowie über ABAS.</p> <p>Dokument zu Verfahren von Einreisenden (AGI)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine abgestimmte Haltung zum Verfahren mit Reiserückkehrern ist aktuell noch in der Abstimmung mit der AGI. Bezüglich des Umgangs mit Einreisenden gab es aktuell noch keine Einigung. Vorschlag war: Freiwillige Absonderung Symptomloser aus Risikogebieten (Beobachtung, Tagebuch, etc.), falls keine Compliance besteht Option auf angeordnete Quarantäne. Es gab ein Veto aus Bayern, dass nur die Einschätzung des GA Maßgabe ist.
5	<p>Aktuelle Dokumente, Kommunikation – Update</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BZgA soll die Nicht-Empfehlung für einen Maskengebrauch prominenter auf der Webseite setzen bzw. deutlicher in den FAQ formulieren, da zunehmend Engpässe bei Schutzausrüstung (v.a. Mund-Nasenschutz) berichtet wird. Gegebenenfalls sollte das BMG (Abt.1) dazu mit Apothekenverband kommunizieren. ! RKI/ Presse: am 12.02.2020 ist ein Pressetermin von Minister Spahn geplant, danach soll die Handlungsrationale veröffentlicht werden. Presse kontaktiert das BMG was genau geplant ist. <p>Blog versus live Q and A (Aufgabe ID 56)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Durchführung ist schwierig, da ein Blog durchweg moderiert werden müsste. Es gibt ein eher reaktives Format einer „Q and A- Session“, d.h. während einer bestimmten Zeit können online Fragen eingereicht werden, die live von Experten beantwortet und ins Web gestellt werden. Dies wäre auch zu bestimmten Themen möglich (Diagnostik, Infektionsmanagement, Internationales, etc.). ! Für diese direkte Bürgeraktivität ist das RKI nicht zuständig, aber als gemeinsame Aktion mit BZgA (ggf. BMG) wäre dies denkbar. Aktuell wird der Bedarf seitens der BZgA noch nicht gesehen, aber könnte als weitere Eskalationsmöglichkeit eruiert und genutzt werden, wenn verstärkte Kommunikation nötig erscheint.
6	<p>Internationales</p> <p>Einsätze – China (G7/ WHO)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Laut Herrn Rottmann (BMG) wünscht China keine G7 Unterstützung bei der Bewältigung des Ausbruchs. Unterstützung der WHO wird akzeptiert. ! Die Anzahl der Teilnehmenden der geplanten WHO-Mission wird aktuelle überarbeitet (von 40 auf 10 Personen), Andreas Jansens Teilnahme aktuell noch unklar. <p>Unterstützung von Partnerländern in Afrika (GHPP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ZIG: Unterstützung der Laborkapazitäten in Ruanda und für Namibia geplant ! Anfrage: Im Rahmen der Aktivitäten der Gates Foundation zur Preparedness für low/middle income countries sollen ggf. die Aktivitäten des RKI in diesem Bereich (Labor, Diagnostik) unterstützt werden. Länder in denen bereits Unterstützung bzgl. Labor/ Diagnostik-Kapazitäten erfolgt ist soll nun auch weiterführend in Richtung Maßnahmen/ Vorgehen bei Auftreten eines Falls unterstützt werden. ! Gates Foundation: auch Aktivitäten im Bereich Risikokommunikation geplant, über Mobilfunknetzwerk können statt Werbung auch Gesundheitshinweise verbreitet werden. ! Kommentar: die Inhalte der Risikokommunikation in Abstimmung mit Experten der WHO erstellen (globale Strategie der WHO, Anpassung durch Anthropologen). ! Kommentar: im Rahmen des GHPP ist bzgl. Surveillance, Krisenmanagement, Preparedness etc. FG32 zuständig. Bitte bei geplanten Aktivitäten zu den Themen FG32 einbinden, auch wenn dort aktuelle die Möglichkeiten zur



	<p>Teilnahme begrenzt sind.</p> <p>! Eine große, internationale Konferenz der WHO findet zum Thema in Genf statt. RKI ist nicht vertreten, in Lage-AG war die Information zu der Konferenz nicht bekannt. ZIG hatte Information, aber nicht mit Interesse andere aus dem RKI gerechnet.</p> <p><i>ToDo: ZIG teilt Information zu internationalen Veranstaltungen frühzeitig und niederschwellig mit Leitung und Lage-AG, so dass Teilnahme geprüft werden kann.</i></p>
7	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Bericht aus TK mit GA von IGV-benannten Flughäfen</p> <p>! Heute 13 Uhr findet ein Termin zwischen Bundesminister Spahn und Ministern der Länder statt, hier soll das Verfahren festgelegt werden.</p> <p>IGV-benannte Flughäfen:</p> <p>! Bezüglich des Umgangs mit Reiserückkehrern sollte das AGI-Papier die Diskussion führen. Aktuell dazu parallel Diskussionen in der Gruppe der IGV-benannte Flughäfen.</p> <p>! Direktflüge aus China sind perspektivisch eingestellt, daher ist die Frage nur noch für Frankfurt /München relevant. Bei den anderen Flughäfen wurde der Verkehr seitens der Fluglinien eingestellt oder es gibt keine Direktflüge. Die Einstellungen zu den Maßnahmen gingen hier stark auseinander: München/Bayern: Screening, dass den Indexfall in Bayern identifiziert hätte versus Frankfurt: kein Screening, da Frankfurt/ Hessen neben grundsätzlichen Vorbehalten auch Kapazitätsprobleme bei der Umsetzung durch hohe Passagierzahlen durch die Direktflüge sieht.</p> <p>! Aktuelle Position von Frankfurt/Hessen: Maßnahmen bei ARE Symptomatik UND Kontakt zu bestätigtem Fall ODER zu Risikogebiet; Aktuelle Position von München/Bayern: unspezifische Symptome UND Kontakt zu einem nCoV-Erkrankten ODER Aufenthalt in einem Risikogebiet bzw. Kontakt zu einer Person aus dem Risikogebiet</p>
8	<p>Labordiagnostik</p> <p>Laborabfrage durchgeführter Tests</p> <p>! FG17: Abklärung bis Ende der Woche wie viele Testungen bisher durchgeführt wurden (10-12 Labore, + KL (Routine bei Labor Berlin, spezielle Fälle Drogen)). Bei der Abfrage soll GfV/ DVV eingebunden werden.</p> <p>! Eine elektronische Abfrage wäre über das ARS-System (Labornetzwerk, FG37) möglich, da über die Schnittstellen zu den Laborsystemen (niedergelassene Labore, evtl. demnächst auch Labor Berlin) durchgeführte Untersuchungen gespiegelt und berichtet werden können. Die Virusdiagnostik ist bisher aber nur teilweise verfügbar. Nach Absprache mit dem Betreiber des Systems können die benötigten Parameter aber wahrscheinlich ergänzt werden, evtl. beteiligen sich für diese Abfrage auch zeitweilig Labore, die aktuell noch nicht teilnehmen.</p> <p>! Bis dahin soll täglich eine telefonische Abfrage der virologischen Labore erfolgen und perspektivisch die niedergelassenen Labore über ARS erreicht werden. Diese Anrufe können ggf. durch die ZKL-Geschäftsstelle durchgeführt werden.</p> <p><i>ToDo: FG17 entwirft Anschreiben an GfV bzgl. der geplanten Abfrage der Labore mit Bitte um Unterstützung und Information der Labore. Abt. 3 (Geschäftsstelle der NRZ und KL führt Befragungen durch)</i></p>

	<p>Testung asymptomatischer Personen / Sensitivität und Spezifität PCR (Abstrich); PPW, NPW</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Täglich erreichen das RKI Anfragen, ob bei negativen Tests die Personen entlassen werden können. Anscheinend herrscht Unklarheit bzgl. des Aussagewerts der Testungen. Diese sollte in einigen Dokumenten (Diagnostik, FAQ, etc.) noch mal deutlicher dargestellt werden. ! Aussage aktuell: Entlassung asymptomatischer Personen nach Ablauf der Inkubationszeit. <p><i>ToDo: FG17 (Wolff und Zuarbeit FG36/IBBS): Diagnostik Dokument, Text hinzufügen zu Aussagewert des Test ! wann Diagnostik Aussage haben kann ebenso in FAQ anpassen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es sind keine Daten bzgl. NPW verfügbar. Die Einbettung in epidemiologische Studie nötig (Sensitivitätsanalyse mit Prävalenzen vor Ort, ob Test bei asymptomatischen Personen einen hohen NPW hat) ! 30-50% Sensitivität des in China verwendeten PCR-Tests; es ist nicht klar, ob der gleiche Test wie in Deutschland verwendet wird. ! Die Validierung des Charité-Tests durch WHO-AG ist geplant, das RKI soll sich beteiligen. ! Die Testung der Repatriierten ist ein Sondergeschehen bei dem das RKI keinen Einfluss auf die Maßnahmen hatte. ! Standardvorgehen in Deutschland: Testung von asymptomatischen Personen nicht sinnvoll und verschwendet Ressourcen.
9	<p>Informationen aus der Koordinierungsstelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Für Position Lagebericht sollen sich auch andere Personen außer FG36-MA eintragen (z.B. Sonntag) ! E-Mails an gesamten CoV-Verteiler sollen sparsamer versandt werden. Z.B. EWRS-Nachrichten nicht an den ganzen Verteiler. Personen sollen gezielter angesprochen werden. Lage-AG Mitglieder müssen sich Informationen besser aktiv holen. ! Lageberichte und TK-Berichte werden weiterhin an alle gesendet, ebenso wie aktuelle Zahlen (INIG)
10	<p>Nächstes Treffen Mittwoch 12.02.2020, 11:00, Lagezentrum Besprechungsraum</p>

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	12.02.2020. 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Marc Thanheiser
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silka Buda
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
 - Michaela Niebank
- ! L1 Rechtsreferat
 - Joachim-Martin Mehlitz
 - Helmut Fouquet (per Telefon)
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Andreas Jansen
 - Sarah McFarland
- ! Datenschutz

- Marie Reupke
- ! BZGA : -
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann (per Telefon)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fälle: weltweit 45.171 Fälle, 44.730 Fälle und 1.113 Todesfälle in China, außerhalb Chinas 24 Länder mit 441 Fällen wovon 16 schwere Krankheitsverläufe, WHO Euro Region 9 Länder mit 45 Fällen ! Mitteilung zu veränderter Falldefinition (asymptomatisch infizierte werden nicht zu Fällen gezählt): nicht klar ob Falldefinition sich wirklich verändert hat und ob Fallzahlen anders interpretiert werden können, mehr Information notwendig ! RKI hat über Leopoldina Informationen von der chinesischen Botschaft erhalten, wir können wir direkt und regelmäßig solche Informationen bekommen? Kontakt zu China CDC über deutsche Botschaft in China oder über chinesische Botschaft in Deutschland? Muss über AA bzw. oberste Bundesbehörde laufen <p><i>ToDo: IBBS Christian Herzog eruiert besten Weg regelmäßig an aktuelle Lageberichte aus China zu kommen</i></p> <p>Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ! INIG stellt Falltendenzen der chinesischen Provinzen basierend auf Daten von John Hopkins und WHO vor, diese Graphiken können täglich automatisch angepasst werden ! Gewünscht: Anwendung und Vorstellung der 7 definierten RKI-Kriterien auf die Provinzen mit den höchsten Fallzahlen oder dem am stärksten ansteigenden Trend zu besserem Monitoring und um bessere Bewertung der Zahlen und Situation zu ermöglichen, am besten zweimal pro Woche <p><i>ToDo: ZIG1 Vorstellung der angewandten 7 Kriterien für Top Provinzen bis morgen</i></p> <p>Maßnahmen International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Information zu Maßnahmen in unterschiedlichen Städten/ Provinzen in China ist in Arbeit; Japan hat Einreiseverbot für Provinz Zhejiang etabliert <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 16 Fälle insgesamt, gestern 2 neue Fälle, 1 Kind von betroffener Familie und 1 Kontaktperson Kategorie 1 eines Falles innerhalb der Inkubationszeit (mindestens 3. 	<p>ZIG1/FG36</p> <p>ZIG1</p> <p>ZIG1</p> <p>FG36</p>

	<p>Generation, war in Quarantäne, Kontakt vermutlich davor), beide aus gleichem Geschehen in Bayern, bis jetzt sind alle Folgefälle von Kontaktpersonen der Kategorie 1 (die 180 Personen enthält), soweit relativ niedrige attack rate</p> <p>! Klinik: Patienten, die CT-nachgewiesene Pneumonien hatten, geht es viel besser, sind auf dem Weg zur Entlassung</p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! In Veröffentlichung Rede von 1 Fall mit Inkubationszeit von 24d, möglicherweise re-exponiert, RKI hält zunächst an 14d fest, keine Änderung der RKI-Einschätzung & Empfehlung</p> <p>! Wird auch innerhalb Bundeswehr erneut in dieser Richtung beraten</p> <p>! Festgelegter Krankheitsname = Covid-19</p> <p>! Virusname = SARS CoV-2 (bioRxiv),), noch to be confirmed</p> <p><i>ToDo: FG17 Thorsten Wolff bestätigt Virusname bis morgen</i></p>	alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kurven außerhalb von China mild absteigende Tendenz</p> <p>! Keine Notwendigkeit der Anpassung der Bewertung für Deutschland</p>	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>Handlungsrationale</p> <p>! Geht heute gegen 15 Uhr online in Absprache mit Minister, nach seinem Pressestatement, Tweet gegen 15:30 um darauf hinzuweisen</p> <p>! Aussagen zu konkreten Maßnahmen fehlen noch bei der Handlungsrationale, Beispiele müssen noch erarbeitet werden um wahrscheinliche Presseanfragen zu beantworten („was wird denn dann anders gemacht?“)</p> <p>! Morgen 16:30 Pressekonferenz Leopoldina & Science Media Centre: RKI Präs, Dorsten, Münchner Kliniker, Charité Chef</p> <p>Englische RKI 2019-nCoV Webseite</p> <p>! Immer wieder Überlegungen hierzu, aktuell keine Kapazität alle Übersetzungen zu kontrollieren und zu aktualisieren</p> <p>! Möglich wäre, Teile aus englischem Lagebericht zu nehmen und auf der Webseite zu publizieren, dieser beinhaltet auch vertrauliche Informationen von Berichten aus Bayern (z.B. Anzahl der Testungen, Kontaktpersonen, Karte nach Wohnort)</p> <p>! Generell gerne Lagebericht teilen, Informationen in EpiBull aufführen</p> <p>! Können 2019-nCoV-Fälle demnächst über SurvStat abgerufen werden? Aktuell nein, irgendwann kommt der Zeitpunkt, ggf. Motivation Fälle besser zu melden, Verdachtsfälle werden</p>	

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>nicht aufgeführt, SuvStat von (Fach)Öffentlichkeit nicht gut verstanden</p> <p><i>ToDo: Abt. 3 (FG36, AL3, FG32) prüft englischen Lagebericht auf vertraulich(ere) Informationen die nicht geteilt werden sollten</i></p> <p><i>ToDo: Presse kümmert sich darum, gewisse Teile des englischen Lageberichts auf der Webseite zu publizieren</i></p> <p>Kommunikation Abteilungs- und RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht in Lage involvierte RKI-Kollegen haben ggf. auch Informationsbedarf, Lagebericht wird täglich im Intranet veröffentlicht <p>Aktualisierungsdaten auf Webseite</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wenn ein Datum auf 2019-nCoV-Seite aktualisiert wird, sucht Nutzer nach Neuigkeiten, mögliche Lösung: täglich neues Datum aber Zusatz „zuletzt geändert am“, um zu zeigen, dass Bewertung des Aktualisierungsbedarfes (aber nicht unbedingt Anpassung) stattgefunden hat 	
<p>5</p>	<p>Dokumente</p> <p>Rahmenkonzept</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Auftrag von BMG Blasius im Rahmen der Handlungsrationale: Wunsch der Erstellung eines Rahmenkonzeptes wie für Ebola, auch u.a. basiert auf Influenza Pandemieplan, Rahmenkonzept für außergewöhnliche Lagen; besprochener nCoV-Ratgeber wird diesem Rahmenkonzept zuliebe depriorisiert; Abt. 3 macht Aufschlag ohne viel Prosa, keine Deadline von BMG vorgegeben aber Wunsch zeitnaher Anfertigung <p><i>ToDo: FF FG36, Abt. 3 erstellt Gliederung und fordert dann Input anderer OEs</i></p> <p>Informationen über chinesische Botschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wurden an RKI-Corona-Verteiler geschickt und abgelegt (S:\Projekte\RKI_nCoV-Lage\2.Themen\2.1.Epidemiologie\Andere\Chinesische s Gesundheitskommission) 	
<p>6</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>Abfrage der Labore durch GS NRZ/KL bereits erste Kontaktaufnahme erfolgt</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Diagnostikkommission hat Ringversuche für 2019-nCoV eingeleitet, warten aktuell auf Rückmeldung um zu gucken welche Labore dies anbieten wollen ! Janna Seifried (Abt. 3) hat Voxco -Abfrage zu durchgeführter Testanzahl erstellt, dazu ein Anschreiben an Labore um über diese regelmäßig Abfrage zu informieren 	<p>FG17</p> <p>AL3</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ! STAKOB TK zum Entlassungsmanagement (Thema unter anderem Ausschluss von falsch negativen Testergebnissen), PCR vorhanden um gute Probennahme bei Nasen-/Rachenabstrichen zu prüfen, Test funktioniert gut, arbeiten an Integration dieser PCR in die bestehenden Assays ! Presse wünscht elektronenmikroskopische Aufnahmen, gerne koloriert 	ZBS1
7	<p>Surveillance</p> <p>Mortalitätssurveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wäre sinnvoll zur Beobachtung der Übersterblichkeit in Bezug auf 2019-nCoV: gesetzliche Grundlage steht, aber Umsetzung erst 01.11.2021 erwartet, Herr Sangs wenig hoffnungsvoll dass dies vom BMI beschleunigt werden kann ! Sollte auch vom zuständigen BMG-Fachreferat (Ziegelmann), und nicht nur aus juristischer Perspektive bewertet werden <p><i>ToDo: FG32 Ute Rexroth hat Herrn Schaade E-Mail von Herrn Sangs weitergeleitet</i></p> <p>ICOSARI/bestehende Systeme</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Genügt ICOSARI um Schwere der Krankheit zu bewerten? ! Etwas 80 Kliniken, ausreichend großes Netzwerk, schon seit mehreren Jahren werden Basislinien erstellt, Daten kommen sehr zeitnah, System ist gut etabliert und erlaubt Vergleiche, Ausbau aus Sicht von FG36 nicht als sinnvoll erachtet, da dies zum Verlust der Basislinie führen würde und System durch weitere Kliniken nicht in der Qualität gesichert würde; aktuell läuft ICOSARI nur bis Ende Juli 2020, keine längerfristige Verstetigung; BMG steht RKI-Antrag hierzu positiv gegenüber, was lediglich eine Verlängerung wäre ! ICD-10 Code für 2019-nCoV soll eingerichtet werden, positiv, wird etabliert und hoffentlich genutzt ! SEED-ARE: erlaubt Erstellung von Algorithmen für Pandemiediagnosen im ambulanten Bereich, diese sind in Vorbereitung und besser/flexibler als festgelegte Altersgruppen da detailliertere Aufschlüsselung möglich ist; Einladungen an Praxen sind herausgegangen, kein explosionsartiger aber stetiger Zuwachs ! Stärkeres Promoten von Grippeweb: wäre dies IT-technisch tragbar? Aktuell könnte dies zu einer möglichen Klientelverschiebung führen, die nicht erwünscht ist, deswegen nur niedrigschwelliges Promoten um gut funktionierende Kohorte beizubehalten, Daten können hinterher gut analysiert/studiert werden ! IVENA: in manchen Bundesländern ausgerollt um Klinik-/Ressourcen-Auslastung zu evaluieren, könnte dieses genutzt werden? Alternativ könnte FG32 Notaufnahmen-Surveillance nutzen, es gibt jedoch keine Vergleichserfahrung, wird es Anpassungen bezüglich KKH geben? Wird sich das, was auf Landesebene passiert auch verändern? Impact könnte auch indirekt aus ICOSARI mit abgelesen werden, wie groß ist 	<p>FG32/FG36/ alle</p> <p>FG32/FG36/ alle</p>

	Belastung im Vergleich zu anderen Jahren	
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement Papier zu Entlassung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wurde gestern erneut diskutiert, IBBS hat Papier von Herrn Drosten erhalten, wird nun in STAKOB besprochen, im Entwurfsstadium mit AGI geteilt und morgen in der AGI 13 Uhr TK diskutiert ! Klinischer Verlauf bei nCoV: Zusammenstellung der Erfahrungen in Deutschland so weit 	IBBS
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz Einreisende</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Einigung zeichnet sich ab, es fehlt nur noch Zustimmung von SA und RP, allerdings nur noch 1-seitiges Dokument, einreisende werden gemäß RKI-Empfehlung Kategorie 2 Kontakte gewertet, häusliche Isolierung nach Maßnahme des lokalen GA nahegelegt, wird möglicherweise in den Bundesländern verschieden umgesetzt (in Bayern keine Distanzierung/häusliche Absonderung, in anderen strengere Vorgaben bezüglich 14-tägiger Absonderung ggf. auch angeordnet); sobald alle Bundesländer zugestimmt haben kann es publiziert werden ! Dokument enthält leider nicht mehr die sehr praktischen Informationen zur Vorgehensweise: BMG findet zusätzliches RKI-Papier mit Empfehlungen schwierig, RKI kann jedoch auf Papier (und zusätzliche Empfehlungen aussprechen?) ! IBBS hat praktische(re) Empfehlungen in Arbeit <p><i>ToDo: Verabschiedung und Veröffentlichung des AGI-Papiers</i></p> <p><i>ToDo: IBBS bereitet bereits praktische Empfehlungen von RKI vor</i></p> <p>IBBS/AA Krisenstab</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In Zhejiang aktuell nicht so viele Deutsche und keine Anfragen zu Repatriierung, diese sollten sich an das entsprechende Bundesland bzw. GA des Zielortes wenden und dorthin verwiesen werden ! Ausreisepressure aus China wird weiter steigen, wenn Quarantänemaßnahmen zunehmen 	FG32/IBBS
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! (nicht besprochen) 	FG32

<p>11</p>	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 11-12.02.2020 WHO top scientists meeting in Genf: Drosten ist dort, nicht viele Antworten aber systematische Zusammenstellung der offenen Fragen zu erwarten ! 1 RKI-Entsendung über GOARN, eigentlich nächsten Montag, Bestätigung steht noch aus, kann in Lagebericht erwähnt werden ! International China Mission: 3 WHO-Kollegen vor Ort (van Kerkhove +2), Idee einer konstanten Mission mit wechselnden Personen, BMG erwähnte bilateraler Einsatz würde zwischen Merkel und chinesischer Regierung abgestimmt, China möchte aktuell nur WHO oder Anrainerstaaten ! China fährt Wirtschaftsaktivitäten erneut hoch, AA geht von 5 Mio. Arbeitskräften aus, die wieder zurückkehren, 15.000 deutsche im Land, 56 deutsche noch in der Provinz Hubei, aktuell keine gezielte Rückführung geplant 	<p>ZIG1</p>
<p>12</p>	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Stets viele Anfragen von BMG, Ländern, Institutionen, Fachöffentlichkeit, großes Interesse an Teilen von Infos, viel Lob von Bundesländern, dass wir bereit stehen ! schön, dass es so wahrgenommen wird 	<p>FG32</p>
<p>13</p>	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Donnerstag, 13.02.2020, 11:00-12:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum 	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	13.02.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - o Lothar Wieler
- ! Abt. 3 Leitung
 - o Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - o Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - o Melanie Brunke
- ! FG17
 - o Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - o Ute Rexroth
 - o Maria an der Heiden
 - o Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - o Walter Haas
- ! IBBS
 - o Christian Herzog
- ! Presse
 - o Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - o Janine Michel
- ! INIG
 - o Andreas Jansen
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Herr Harbaum (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 60.062 (+14.891), 1.355 Todesfälle (2,3%), 1 in Philippinen, alle anderen in China, inkl. Hongkong ○ China: 59.571 (+14.841) Fälle ○ Provinz Hubei 48.206 Fälle (80,9%), Todesfälle 1.310 16.607 Verdachtsfälle ohne CT-nachgewiesene Pneumonie, (ggf. leichter), ~8.000 schwere Fälle ○ Außerhalb Chinas: 24 Länder 491 (+50) Fällen, 17 schwere Verläufe ○ 9 Länder in WHO Euro Region mit 46 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU) ○ Kreuzfahrtschiff vor Japan 218 (+44) Fälle, Gesundheitszustand der Personen unbekannt <p>! Kurven beruhen auf Meldedatum und nicht Symptombeginn, nicht klar zu interpretieren</p> <p>! Starker Anstieg von gestern auf heute beruht wahrscheinlich auf veränderter Falldefinition in Provinz Hubei und somit veränderter Auswertung, aufgrund mangelnder Labortestkapazität nun Zählung „klinisch bestätigter Fälle“</p> <p>! Nach vorher eher abnehmenden Fallzahlen ist diese Entwicklung schwer zu interpretieren</p> <p>! Informationen über Fälle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ STAG-IH Konsens: Bewertung des Krankheits-Schweregrades anhand der Fälle außerhalb von China, so viel Information wie möglich von ZIG1 über diese Fälle erwünscht, da keine Daten aus China verfügbar sind, Information von INIG/PHI Gruppe (Tabelle morgens) beinhaltet Information zu schweren Fällen ○ WHO hat Liste wo Länder Daten eintragen, soll hinterher eventuell zur Verfügung gestellt werden, aktuell diskutiert WHO noch deren Format; außerdem hat WHO um Ausfüllen der case report forms gebeten, wird nicht (von allen) genutzt ○ ECDC wertet TESSY Daten zu hochgeladenen Fällen aus ○ Über Leopoldina/chinesische Botschaft erhaltene Information beruht auf Initiative von Akademien-Gruppe, Erkundigungen laufen, wie/ob diese Informationen geteilt werden können ○ Gestern Nachricht, dass CDC China mit RKI in Verbindung kommen möchte, ggf. wichtige weitere Informationsquelle, bleibt klarzustellen in wie fern Information mit anderen (z.B. WHO) geteilt werden kann, wird aktuell geklärt (AA auch involviert) 	<p>ZIG1/FG36</p> <p>alle</p>



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<ul style="list-style-type: none"> ○ China wünscht keine G7 Involvierung, Deutschland hat scheinbar Vertrauensvorsprung, sollte nicht missbraucht werden um zukünftigen Informationsaustausch nicht aufs Spiel zu setzen ! Risikogebiete: <ul style="list-style-type: none"> ○ INIG hat Folien mit Anwendung der RKI-Kriterien auf chinesische Provinzen vorbereitet (Link) ○ AA zufolge sind nun auch Harbin und Tianjin Stadt unter Quarantäne, inkl. Ausgangssperre für Bewohner ○ Rückmeldung von CDC Atlanta: große Gruppe arbeitet an der Definition der Risikogebiete, klare Antwort kann aktuell nicht erfolgen ○ Wahrheitsgehalt der Zahlen nach wie vor unbekannt, Entscheidung hängt ab von abgeleiteten Maßnahmen ○ Heute keine Erweiterung des Risikogebietes ! Maßnahmen International werden von ZIG1 zusammengestellt <p><i>ToDo: sammeln der möglichen Fragen an CDC China und Weiterleitung an Herrn Wieler (Aufgabe Ute, Nr 228)</i></p> <p><i>ToDo: ZIG1 soll täglich Präsentation zu internationaler Lage und Risikogebieten vor Lage-AG Treffen an BZgA und Bundeswehr schicken (Mail an ZIG1 bzw. INIG mit Kontakten vom LZ)</i></p> <p>Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Informationen über Kreuzfahrtschiff wenn vorhanden erwünscht ! RKI wird täglich vom japanischen IHR NFP informiert, es sind 10 deutsche an Bord, bisher keine deutschen Fälle ! JA Healthy Gateways versucht ein Untersuchungsteam auf das Schiff zu senden wenn japanische Behörden es zulassen <p><i>ToDo: LZ Position internationale Kommunikation Infos über Kreuzfahrtschiff an Bundeswehr (Bitte an die Position, aktuelle Infos des AA zu dem Thema weiterzugeben)</i></p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 16 Fälle, keine zusätzlichen Informationen oder Erkenntnisse ! Info über EWRS: Verdachtsfall in Rumänien der HCW aus Bayern ist, Kategorie 2 Kontaktperson eines deutschen Falles, ist mit Symptomen in Rumänien ins Krankenhaus gekommen wo er von Kontakt zu bestätigtem Fall erzählt hat <p>BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Parteipolitische Themen herrschen vor, FAQs online und Hotline eher rückläufig 	
--	--	--

2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>SARS-CoV-2 ist offiziell</p> <ul style="list-style-type: none"> ! International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV) Entscheidung zu Namensgebung disputiert aber definitiv, SARS-Bezug eigentlich nicht erwünscht, jedoch haben alle Erreger dieser Art diesen Bezug, wird in 1-2 Wochen final publiziert, WHO kann kommentieren hat aber keinen Einfluss mehr auf Namensgebung ! WHO wird Krankheitsbild definieren ! Hohe Virusreplikation im oberen Atemwegsbereich, (klassische zyklische Atemwegsinfektion) 	FG17 alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Keine entscheidenden Daten um grundsätzliche Risikobewertung zu verändern 	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Laufendes Geschäft, FAQs laufen, nächsten Montag Pressemitteilung zum Thema Schutz vor Atemwegsinfektionen, nicht speziell Coronavirus, Karneval, allgemeine Hygieneregeln <p>Messe/Massenveranstaltungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Berlin hatte bei Fruit Logistica Messe obligatorische Meldeformulare zu Coronavirus, Bundesländer haben unterschiedliche Verfahren fragen aber RKI, RKI sollte FAQ entwerfen mit der Aussage, dass dies Sache der Bundesländer ist, Konsens sind allgemeine Hygienemaßnahmen ! BZgA hatte bereits konkrete Anfrage, geht davon aus dass noch mehr folgen werden, klare Zuständigkeit der Länder <p><i>ToDo: FAQ zu Vorgehen bei Messe, Verweis an Verantwortlichkeit der Länder, BZgA Vorschlag als Aufschlag nutzen, an FG32 Ute Rexroth und FG36 Walter Haas (Aufgabe 219)</i></p>	BZgA FG36 Presse
5	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Teilweise unter anderen Punkten besprochen 	Alle
6	<p>Labordiagnostik</p> <p>Abfragen zu Testungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Respivir (bundesweit aus dem Saarland): Können diese Zahlen möglicherweise für RKI verfügbar werden? Ergibt ggf. Überlappungen, ist Industrie-unterstützt, ! RKI geplantes Voxco-Tool wird fertiggestellt und gestartet, manche Labore müssen dann an zwei verschiedene Stellen 	FG17/ZBS1

	<p>Bericht erstatten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Diagnostik-Empfehlungen: Hinweis dass Testung für Personen ist, die Falldefinition erfüllen <p><i>ToDo: Datenschutz-Clearance der Voxco-Umfrage steht noch aus, Im Anschluss sollte Link an FG17 gehen Aufgabe 205</i></p> <p>US CDC Schnelltest</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Medienbericht, dass vom US CDC verteilte Schnelltests nicht funktionieren; es handelt sich vermutlich um Antigen-Schnelltest (kein Bezug zu kontaminierten PCR-Kits), scheint nur USA zu betreffen ! Mehr Informationen hierzu wären sinnvoll, theoretisch ist so ein Antigen-Schnelltest möglich, Frage ist dessen Validierung ! Bei Fallexplosion muss zu klinischer Falldefinition übergegangen werden, dann syndromische Surveillance gepaart mit virologischer Surveillance ! FG17, FG36 arbeiten an Empfehlung dass asymptomatische Personen nicht getestet werden sollen <p><i>ToDo: Empfehlung - Asymptomatische Personen sollen nicht getestet werden, FG17, FG36, bereits bestehende Aufgabe? Aufgabe 201</i></p>	<p>alle</p>
<p>7</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zunehmend heikler Punkt, da einige Kliniken in Hessen und Bayern ihre Patienten jetzt/zeitnah entlassen möchten, und noch keine klaren Kriterien hierfür vorhanden sind, AGI verantwortlich für Umsetzung, Entscheidung unterliegt lokalem GA ! Diskussion zwischen Klinikern und Virologen, TK hat am Dienstag stattgefunden und Drosten am Mittwoch Daten nachgereicht, wird heute Nachmittag in AGI vorgestellt, BMG erwartet Papier ebenfalls ! Inhalte: reichen zwei negative PCR oder nicht, nach Drosten besteht dann <u>vermutlich</u> keine Infektiosität mehr, <u>wenn</u> in der Zellkultur keine Virusreplikation mehr bei 10^4-10^6/ml beobachtet, deswegen um sicher zu gehen 10^5/ml vorgeschlagen und als ausreichendes Entlassungskriterium empfunden; Papier wurde zirkuliert, keine komplette Einigung, ob Entlassung mit restnachweisbarem Virus, ggf. sollte man Personen Auflagen geben, z.B. 1 Woche Kontaktminimierung ! Abstrichqualität sehr relevant und nicht gut nachweisbar, Kontrolle anhand eines ausgewählten Gens als Marker um zu sehen ob Probe anständig genommen wurde ! Nasen/Rachen Abstrich ergibt keine quantifizierbare Probe, deswegen quantitative Grenze schwer nachvollziehbar 	<p>IBBS alle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ! Aktueller Diskussionsstand/Kompromiss: zweimal negative PCR oder <u>im Einzelfall</u> PCR mit Nachweis $<10^5$/ml, oder <u>und</u> je nach Einzelfallentscheidung mit Auflagen (wenn z.B. zu Hause Personen mit Immunsupprimierung, vulnerable Personen) ! Auf Terminologie muss geachtet werden, nicht „Patient ist nicht mehr infektiös“, sondern ggf. keine Erregerausscheidung sollte mehr nachgewiesen werden ! Ähnlich bei häuslicher Quarantäne, Parameter z.B. Dauer der Symptombefreiheit, Erreger-Nachweisbarkeit, <ul style="list-style-type: none"> ! Länder-Einbezug entscheidend da diese sicherstellen müssen, dass/wie Exposition anderer vermieden wird <p><i>ToDo: Papier wurde vor AGI TK als Diskussionsgrundlage zur hoffentlich schnellen <u>Abstimmung</u> an AGI geschickt</i></p>	
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Walter Haas hat gestern ein ÖGD Webinar gehalten, 750 TN, Hauptthema war Kontaktpersonenmanagement, Webinar ist eine gute Möglichkeit, GA zu erreichen, mehr Bedarf besteht ! Viele Fragen zu Vorgehen bei medizinischem Personal, hierzu ist eine zusätzliche Handreichung notwendig, auch für Bereich nosokomiale Gefährdung <p><i>ToDo: FG36 Walter Haas macht Aufschlag zu Handreichung bezüglich KoNa bzw. KoManagement in medizinischem Bereich, auch Zuarbeit von FG14 und FG37 (Aufgabe 230)</i></p>	FG36
9	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Viele Informationen zu deutschen Fällen fehlen noch, z.B. §11 Übermittlung, Infos zu Schweregrad, Entlassung, weitere Anpassung der Meldepflichtverordnung eventuell notwendig um Umsetzung zu verbessern, damit Informationen zu Fällen besser/detaillierter übermittelt werden ! Ggf. könnte SurvStat Abfragemöglichkeit motivierend sein? 	FG32
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Einigung zu Einreisenden aus Risikogebieten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Heute in der AGI wird der von der Flughafengruppe (zuständige GA der IGV-benannten Flughäfen) abgestimmte Handzettel in drei Sprachen verabschiedet, kann an Flughäfen an Einreisende aus China verteilt werden, kein Konsens zu FolgeManagement, dies handhaben die Bundesländer differenziert ! Hilfestellung für ÖGD hierzu ist auf RKI-Webseite, zusätzliche praktische Empfehlungen könnten unter FAQ hinzugefügt werden 	FG32
11	Internationales	



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>Teilnahme von RKI-ExpertInnen an China-Einsätzen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! WHO Mission gestartet, drei Personen sind vor Ort ! Präs wurde von WHO (Herrn Schwartländer) gebeten, eine RKI Person, die China-Einsatz zum Thema Krankenhaus-Management und nosokomiale Ausbrüche/ Prävention begleiten könnte zu benennen: Tim Eckmanns (FG37) oder Andreas Jansen (ZIG1) sind bereit und interessiert ! BMG zufolge gibt es einen bilateralen Austauschwunsch aus China, die Lebensläufe von Heinz Ellerbrok und Andreas Jansen wurden hierfür angefordert <p>RKI Sondermittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zusätzliches Geld bis Ende des Jahres zur Verfügung ! FGL sollen darüber nachdenken wie am besten umgesetzt, ggf. Verlängerung von Verträgen, Aufstockung von Arbeitszeit, mögliche nötige Einkäufe 	<p>ZIG</p> <p>Präs</p>
12	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nichts zu berichten 	<p>FG32</p>
13	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Freitag, 14.02.2020, 13:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum 	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	14.02.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Abt. 1 Leitung
 - o Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - o Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - o Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - o Marc Thanheiser
- ! FG17
 - o Ralf Dürrwald
 - o Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - o Ute Rexroth
 - o Maria an der Heiden
 - o Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG36
 - o Walter Haas
- ! IBBS
 - o Christian Herzog
 - o Michaela Niebank
- ! Presse
 - o Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - o Marica Grossegeesse
- ! INIG
 - o Andreas Jansen
 - o Sarah McFarland
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Herr Harbaum (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 64.544 (+4.214), 1.383 Todesfälle (2,1% CFR) alle anderen in China, inkl. Hongkong ○ China: 64.021 (+4.156) Fälle, davon 1.381 Todesfälle ○ Provinz Hubei 51.986 Fälle, Todesfälle 1.318 ○ Außerhalb Chinas: 24 Länder 523 Fälle (+20), 17 schwere Verläufe, 2 Todesfälle (1 in Philippinen, 1 neuer Todesfall in Japan) ○ 9 Länder in WHO Euro Region mit 46 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU) ○ Kreuzfahrtschiff vor Japan 221 Fälle ○ Der Peak in der EpiCurve erklärt sich durch die geänderte Falldefinition in Provinz Hubei (klinisch-epidemiologisch bestätigte Fälle). <p>! Risikogebiete:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Städte Hunan und Tianjin könnten potenziell als nächstes Risikogebiete eingestuft werden. Hier werden Quarantänemaßnahmen durchgeführt, eines der RKI Kriterien, um Städte als Risikogebiet zu definieren (d.h. Ausgangssperre, Verkehrseinschränkungen). <p><i>! Momentan ist die Inzidenz in den beiden Städten im Vergleich zu den anderen Städten eher gering. Daher soll die Inzidenz und der Trend in den beiden Städten weiter beobachtet werden. Heute keine Erweiterung des Risikogebietes.</i></p> <p><i>To Do: Osamah Hamouda diskutiert das Thema beim AF nächste Woche beim ECDC.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ FG31 wird INIG unterstützen, den Trend der Fallzahlen darzustellen. ○ Das ECDC hat einen Vorschlag für die deutliche Ausweitung der Risikogebiete verschickt (incl. Japan, Singapur und andere asiatische Staaten). Generell ist eine einheitliche Bewertung der europäischen Staaten wünschenswert, jedoch ist die vorgeschlagene Auswahl aufgrund fehlender Evidenz fraglich. Am 14.02. findet eine Telefonkonferenz mit der WHO, dem ECDC und auch Mitgliedsstaaten statt (Vertreter RKI: Silke Buda, Udo Buchholz), in der ggf. darüber diskutiert wird. Ansonsten soll beim nächsten Advisory Board nächste Woche in Stockholm die Risikogebiete besprochen werden. ○ In Singapur gab es eine Übertragung bei einer Veranstaltung. Das ECDC würde Singapur auch als Risikogebiet anführen. 	<p>ZIG1/FG36/ IBBS</p> <p>alle</p>

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Keine neuen Fälle. ! Eine der letzten Fälle in Bayern war eine Kontaktperson Grad 1, die am 14. Tag der Quarantäne positiv getestet wurde. Sie war bereits aber schon am 7. Tag symptomatisch, hatte das aber nicht gemeldet. ! Der Verdachtsfall in Rumänien (HCW aus Bayern, der eine Kategorie 2 Kontaktperson eines deutschen Falles ist) ist negativ getestet worden. Er wird trotzdem 14 Tage in Quarantäne bleiben. ! Gemäß dem erstellten Entlassungspapier wurden vorgestern eine Person in Bayern, heute die zwei Patienten in Frankfurt sowie die Familie aus Trauenstein entlassen. Für Sonntag ist geplant, dass die Rückkehrer in Germersheim entlassen werden. Ergebnisse der Abschlusstestung werden morgen erwartet. ! Das klinische Bild der deutschen Patienten war mild bis moderate mit leichten Symptomen. Es ist nicht auszuschließen, dass sich die Übertragung von COVID-19 unterhalb der Erkennungsgrenze befindet. In Bayern ist die virologische Surveillance eingeführt. 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frage, wie problematisch das Virus für HCW ist. Anfangs waren offiziell keine HCW betroffen, nun gibt es ca. 1300 Fälle unter HCW. Können die Zahlen noch vom Anfang des Ausbruchs kommen, als die Schutzmaßnahmen noch geringer waren? Da es die ersten 2 Wochen keine betroffenen HCW gab ist das eher unwahrscheinlich. 	FG17 alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die aktuelle Risikobewertung bleibt bestehen. 	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Änderungen der FAQ des RKI wurden übernommen. Nächsten Montag gibt es eine Pressemitteilung zum Thema Schutz vor Atemwegsinfektionen (nicht speziell Coronavirus). Leicht sinkende Tendenz von Klickzahlen auf Internetseite der BZgA. <p>Management von Personen, die Kontakt zu einem Fall hatten oder im Risikogebiet war</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Personen sollten sich bei Symptomen nach telefonischer Vorankündigung beim Arzt melden. ! Dies steht auch in den FAQs der BZgA, aber die Bürger müssen sich diese Information (passiv) holen. Es gibt verschiedene Hinweise auf FAQs (BZgA Startseite, Twitter). Gut wäre aber 	BZgA FG36 Presse

	<p>ergänzend eine aktive Information durch die BZgA (Vorlage: Flughafenposter) -> BZgA diskutiert Möglichkeiten intern.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BZgA gibt Hinweise, wie Person sich selber schützen kann, aber nicht, wie Personen andere schützen können. <p><i>ToDo: Walter Haas bespricht bilateral mit Peter Lang (BZgA) die Möglichkeiten. Osamah Hamouda wird den Punkt in der nächsten Telefonkonferenz am Montag mit dem BMG ansprechen.</i></p> <p>RKI-Pressestelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Verschiedene Updates: Name für Virus und Krankheit angepasst, Dokumente aktualisiert, Dokument für nicht-medizinische Einsatzkräfte ! Bitte, dass wenn abends die Pressestelle was machen soll, diese kurz vorab durch Lagezentrum darüber informiert wird. 	
5	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fertig: Dokument zum Entlassungsmanagement, Aussteigerkarten, Poster Flugzeug, Hygienemaßnahmen für nicht-medizinische Einsatzkräfte ! Ein Rahmenkonzept COVID-2019 soll erstellt werden. ! Bayern fragt, ob ein generisches Dokument zu Verhalten bei Veranstaltungen erstellt werden kann (basierend auf dem Handzettel für den Flughafen) - Wäre ggf. Aufgabe für BZgA 	Alle
6	<p>Labordiagnostik</p> <p>Sonderbudget</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt ÖGD Anfragen, ob es für Labore ein Sonderbudget zur Testung von SARS-CoV-2 gibt. ! Aufgabe der Kommunen und Länder -> Thema für die AGI ! Für das KL der Charité könnte das BMG nach Geldern gefragt werden. <p><i>ToDo: Ute Rexroth nimmt Thema in nächste AGI-TK, Osamah Hamouda wird den Punkt Mittel für KL in der nächsten Telefonkonferenz am Montag mit dem BMG ansprechen.</i></p> <p>ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In-house Essay wurde optimiert, das Kontrollessay (wurden Abstriche richtig genommen) angepasst. ! In einem Test, ob eine PCR besser aus dem Medium als aus dem Puffer, kam heraus, dass es keine Unterschied gibt. ! Multiplex-PCR auf Proteinebene wird nächste Woche als zusätzliche Diagnostik getestet. <p>Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Virologische Surveillance der AGI-Sentinel soll um SARS-CoV-2 erweitert werden. Kann frühestens Anfang März starten. Es muss noch eine Rücksprache mit den Datenschutz bzgl. der Befundübermittlung gehalten werden. Bayern wird es ebenfalls etablieren (Andreas Sing) und ist an Austausch interessiert. 	<p>FG32/ FG17/ZBS1</p> <p>alle</p>



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<ul style="list-style-type: none"> ! Grippeweb plus (Selbstabstrich einiger Grippeweb-Teilnehmer): Es wird Montag geklärt, wie SARS-CoV-2 integriert werden kann. ! Grippeweb plus und Erweiterung der virologischen Surveillance der AGI-Sentinel müssen nicht gleichzeitig starten. Jedoch sollten Details (Vorgehen, Zeilgruppe) geklärt werden. ! Informationen nur an die Personen, die einspeisen. <p><i>ToDo: Walter Haas, Thorsten Wolff und Martin Mielke besprechen Vorgehen. Und beziehen LGL (Kati Katz) zeitnah in Vorgehen ein.</i></p>	
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Papier ist mit AGI besprochen worden und wurde veröffentlicht. Option mit quantitativer PCR wurde gestrichen. <p>Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt experimentelle Studien zu Remdevisir und Kaletra. Kaletra wurde auch bei 2 Patienten in Bayern eingesetzt, die am nächsten Tag einen verbesserten Allgemeinzustand. ! In China gibt es 2 Studien zu Remdevisir: 1 Studie für Patienten mit leichten Symptomen für eine Therapie über 10 Tage; 1 Studie für Patienten schwerer betroffene Patienten -> Ergebnisse sind nicht vor April zu erwarten. ! Für Kaletra gibt es seit 2016 auch eine Studie mit MERS -> bislang keine Ergebnisse veröffentlicht. ! Nach mündlichen Informationen wird in China auch oft traditionelle chinesische Medizin angewandt. ! Cloroquin hatte zwar gute in-vitro-Ergebnisse erzielt, das konnte aber wohl nicht bestätigt werden. <p>Bevorratung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! IBBS befasst sich mit der Bevorratungsstrategie (Ergebnisse vermutlich Anfang nächste Woche). 	IBBS
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! IBBS hat einen ersten Aufschlag zur häuslichen Quarantäne erarbeitet. Dieses soll mit dem LGL geteilt werden. Geplant ist, Personen, die sich in häuslicher Quarantäne befanden, zu befragen, um die häusliche Quarantäne zu verbessern. 	FG36
9	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Auf dem veröffentlichten Handzettel für die Flugzeuge stehen die Telefonnummern für die BMG Hotline, das GA Frankfurt sowie das LGL Bayern. ! Die Aussteigerkarten wurden um 3 Fragen ergänzt. Neben der Crew und Passagieren, die in München oder Frankfurt per Direktflug aus China einreisen, erhalten die Aussteigerkarten auch die Crew von Cargomaschinen. 	FG32

	<ul style="list-style-type: none"> ! BMG hat eine Anordnung für die Aussteigerkarten erstellt, die an die Länder geht. Ggf. wird auch proaktiv (Pressemitteilung) auf die Aussteigerkarten hingewiesen. ! GA Frankfurt ist sehr unzufrieden mit dem Entry-Screening 	
10	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Auf Initiative der Leopoldina war der Kontakt zur Chinesischen Botschaft entstanden. ! Es wird es nächsten Mittwoch ein Treffen mit der chinesischen Botschaft geben, um z.B. über Forschungsthemen und zukünftige Kooperation zu reden# ! BMG und AA sind über Treffen informiert. Darüber hinaus hat die Botschaft zugesagt, dass das RKI zukünftig das aktuelle Gesundheitskommissionspaket Chinas erhält. ! Wie diese weiter verteilt werden dürfen, steht im Verwendungshinweis des jeweiligen Dokumentes. <p><i>ToDo: ZIG fragt ab, welche Forschungsthemen von Interesse wären. Lagezentrum sammelt, welche Fragen RKI an China hat.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Tim Eckmanns wird morgen (15.02.2020) nach China fliegen, um die WHO Mission als Experte für nosokomiale Infektionen zu unterstützen. ! Es gibt eine Anfrage von der Europäischen Kommission, ob der nationale Pandemieplan aktualisiert wird. Eine Aktualisierung ist momentan jedoch nicht nötig. Es gibt zahlreiche extra Dokumente zu COVID-19. Ein Rahmenkonzept ist in Erstellung. ! Es gab die Anfrage, ob irgendwelche Unterstützungsmaßnahmen für die deutschen Passagiere auf dem Kreuzfahrtschiff ergriffen werden (Aufgabe des AA - Konsiliargesetz) 	ZIG/IBBS
11	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Koordinierungsstelle /Lagezentrum: seit 29 Tage aktiv, seit 14.01. (KS) bzw. 28.01 (LZ), seit 3.2. 8:00 – 21:00 Uhr ! 22 Lage-AG Treffen (seit 6.1.2020) ! 21 Lageberichte deutsch, seit 24.1. täglich (21x), seit 1.2. auch auf Englisch (14x) ! 32 Feldeinsatztage ! 31 Erlassberichte 	FG32
12	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Montag, 17.02.2020, 13:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum 	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	17.02.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Leitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Matthias Budt
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
 - Julia Sasse
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Andreas Jansen
 - Basel Karo
- ! BZgA: Oliver Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Thomas Harbaum (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 71.351 (+2.081), 1.775 Todesfälle (2,5% CFR) ○ China: 70.639 (+2.053) Fälle, davon 1.772 Todesfälle (2,5%) ○ Provinz Hubei 58.128 Fälle, Todesfälle 1.696 ○ Außerhalb Chinas: 25 Länder (Ägypten neu) 712 Fälle (+28), 19 schwere Verläufe, 3 Todesfälle (1 in Philippinen, 1 in Japan, 1 neuer Todesfall in Frankreich) ○ Die CFR liegt in Hubei bei 2,91, im Rest Chinas bei 0,71 und im Ausland bei 0,4. ○ 9 Länder in WHO Euro Region mit 47 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU) ○ Der erste Fall in Ägypten wurde am 14.02.2020 positiv auf SARS-CoV-2 getestet. Der Fall ist derzeit in einem Krankenhaus isoliert. Andere Kontakte des Falls werden weiter verfolgt; bis jetzt wurden alle negativ getestet und werden 14 Tage lang beobachtet. Der Fall kommt aus dem Ausland (Nationalität noch unklar) und wurde durch Kontaktnachverfolgung eines Indexfalls identifiziert. Dieser war zwischen 21.01. und 04.02. auf einer Geschäftsreise in Kairo und wurde am 11.02. in China positiv auf SARS-CoV-2 getestet. ○ Kreuzfahrtschiff „Diamond Princess“ vor Japan <ul style="list-style-type: none"> ▪ 454 Fälle (einschl. 189 asymptomatische) von 1.723 Getesteten. USA führt am 17.02.2020 >300 asymptomatische Staatsbürger zurück. ▪ 10 deutsche Staatsbürger, 2 im Krankenhaus in Yokohama ▪ Japanische Behörden erlauben allen Passagieren am 19.02.2020 das Schiff zu verlassen (Quarantäne begann am 05.02.2020). Die japanischen Behörden haben keine genauen Angaben zu den Quarantänemaßnahmen gemacht. ▪ Bis gestern gab es noch Fälle und insgesamt waren 45% der Testungen positiv. ▪ Deutsche Reiserückkehrer sollen in häusliche Quarantäne. Eine Rückholung könnte gemeinsam mit Italien erfolgen. <p><i>ToDo: Die Lufthansa hatte bereits nach dem Umgang der Reiserückkehrer gefragt. Maria an der Heiden wird die Lufthansa über neue Empfehlungen (14 Tage häusliche Quarantäne) informieren.</i></p>	<p>ZIG1/FG36/ IBBS/AL3</p> <p>alle</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kreuzfahrtschiff „Westerdam“ vor Kambodscha/Malaysia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Am 13.02.2020 angedockt. Einige Passagiere sind am 14.02. nach Malaysia geflogen. Ein US-Ehepaar war auf dem Rückflug symptomatisch (Symptome bereits seit 11.02.2020). Das Testergebnis für SARS-CoV-2 war am 15.02. bei der Ehefrau positiv, bei dem Ehemann negativ. ▪ Passagiere sind entweder schon zurück gereist oder befinden sich noch in anderen Orten verteilt (1 in Singapur, 1 in Kuala Lumpur, 11 in Phnom Penh). Die deutsche Botschaft unterstützt Staatsbürger bei der Organisation der Rückreise. ▪ Vom AA gibt es bereits Liste mit 35 Kontaktdaten, sodass die entsprechenden Gesundheitsämter informiert wurden. Die Reiserückkehrer gelten als Kategorie 1 Kontaktpersonen und sollten 14 Tage in häusliche Quarantäne. <p><i>ToDo: Auf die RKI Internetseite soll es eine kurze Information hierzu unter den FAQs oder weitere Infos geben. Dabei soll die Nomenklatur (Kategorie 1) vermeiden werde und stattdessen über das erhöhte Infektionsrisiko gesprochen werden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei einem Screening von Patienten mit respiratorischen Symptomen zwischen dem 23.-26.01. zeigte sich, dass ein Großteil der Patienten an Influenza erkrankt war und dass der Anteil an COVID-19 Erkrankten gering war. ○ Singapur: 75 Fälle, kein Todesfall. Es gab 7 Fälle, die nicht zu dem Cluster zuordenbar waren. Die Regierung dementierte am 14.02.2020 aber eine Community Transmission. Dorscon Alert ist auf orange gesetzt worden. ○ Definition von Community Transmission könnte z.B. „Lokale Übertragung ohne nachweisbaren Kontakt zu bekannten Infektionsketten/Clustern sein. Sie ist nachhaltig und relevant, d.h. deutliche Zunahme der Fallzahl oder hohe absolute Fallzahl“ <p><i>ToDo: Christian Herzog fragt die anderen GHSI Staaten, wie sie „Community Transmission“ definieren würden.</i></p> <p>! Risikogebiete:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hubei hat nun auch die Nutzung privater KFZs verboten. Die Städte Hunan und Tianjin haben immer noch 	
--	--	--

	<p>eine niedrige Inzidenz und werden weiter beobachtet. ! Heute keine Erweiterung des Risikogebietes.</p> <p>National ! Von den 16 hospitalisierten Patienten wurden 9 entlassen. 7 befinden sich weiterhin im Krankenhaus (1 in Starnberg, 6 in München). Heute um 16 Uhr hat IBBS noch mal eine TK mit Bayern.</p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger ! Keine neuen Informationen</p>	FG17 alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung ! Die aktuelle Risikobewertung bleibt bestehen.</p>	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA ! Die BZgA erarbeitet basieren auf dem Handzettel und dem Poster für Flughäfen 2 FAQs für Personen, die Kontakt zu einem Fall hatten oder im Risikogebiet war</p>	BZgA
5	<p>Dokumente</p> <p>! Rahmenkonzept: ein erster Aufschlag für ein Rahmenkonzept (ca. 35 Seiten) wurde von FG36 erstellt. Inhalte sind u.a. Zielgruppen, Hinweise zur Fallfindung, zur Diagnostik und dem seuchenhygienischen Management. Es wird auch auf den Nationalen Pandemieplan Teil 1 und 2 verwiesen. Es kann durch spezifische Anhänge (z.B. Management in Kliniken) ergänzt werden. Im weiteren Vorgehen wird das Dokument durch relevante OEs ergänzt und anschließend gegen Ende der Woche mit der Lage-AG geteilt.</p> <p>! Eine Handreichung bezüglich der Gefährdungseinschätzung und Kontaktpersonen-Management im medizinischen Bereich, einschließlich Laborpersonal wurde erstellt. Medizinisches Personal mit engem Kontakt zu bestätigten Fällen von COVID-19 Personen auch bei Einsatz von adäquaten Schutzmaßnahmen wird den Kontaktpersonen der Kategorie II zugeordnet. Die Handreichung beschreibt, wie dieses Personal ein Monitoring (richtiges Tragen der Schutzkleidung, Symptome, Tagebuch) durchführen soll. Der Hygienebeauftragte/ Klinikbetriebsarzt bzw. Leiter einer Praxis ist für das Zusammentragen und tägliche Übermittlung an das Gesundheitsamt zuständig. Es steht noch eine Rückmeldung zu dem Dokument von FG14 aus. Danach geht es ggf. noch an den STAKOB. Ansprechpartner des Papiers ist jedoch primär der ÖGD.</p>	FG36
6	<p>Labordiagnostik</p> <p>Virologische Surveillance ! AGI-Sentinel mit SARS-CoV-2 Testung soll Anfang März starten. Eine Vorabinformation der AGI Ärzteschaft ist für Ende dieser Woche geplant.</p> <p>ZBS1 ! ZBS1 erprobt gerade, ob SARS-CoV-2 serologisch nachweisbar</p>	FG17/ZBS1

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>ist. Das Problem bei der serologischen Testung sind die Kreuzreaktionen. Die Spezifität der Neutralisationstest ist am aussagekräftigsten.</p> <p>! Sondertatbestand soll für Geräte genutzt werden, um einerseits Testung auch für den ÖGD anzubieten und andererseits bei Überlastung des Konsiliarlabors und weitere Berliner Labore unterstützen zu können.</p>	
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Keine neuen Informationen</p>	IBBS
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! In Kliniken wird der Mund-Nasen-Schutz knapp. China ist Hauptlieferant für die Masken. Vivantes Klinikum kann in 2-3 Wochen keine Routine OPs mehr durchführen. Es gab Hamsterkäufe durch die Industrie, die in ihren Pandemieplänen Mund-Nasen-Schutz für alle Mitarbeitenden vorsehen. Das BMG möchte einen sparsamen Umgang propagieren und schaut sich nach anderen Bezugsquellen. Ggf. kann über die Benutzung von Masken aus dem Baumarkt, die Empfehlung für Tragen der Masken nur im Kliniken (wo die COVID-19 Patienten behandelt werden) oder die Nutzung von Masken mit höherer Schutzstufe nachgedacht werden. ABAS hat hierzu den Beschluss 610.</p>	IBBS
9	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Keine neuen Informationen</p>	FG32
10	<p>Internationales</p> <p>! Es findet am 18.02.2020 eine TK mit von ZIG, BMG und GIZ zum Projekt in Namibia statt. Der Fokus des Projektes soll neben der Stärkung der Laborkapazitäten und des Lagezentrums auch auf GoData für die Kontaktpersonennachverfolgung und Schutzmaßnahmen liegen.</p> <p>! Eine TK mit der WHO SEARO soll am 18.02.2020 zur Unterstützung der Kapazitäten von Lagezentren stattfinden, (diese wurde nach der Lage-AG abgesagt).</p> <p>! Freitag ist ein Treffen mit der chinesischen Botschaft. Frau Hanefeld wird hierbei Projektvorschläge vortragen. Bitte Liste für Projektvorschläge ergänzen.</p> <p>! Tim Eckmanns ist auf einer WHO-Mission in China. Um zu zeigen, wie sich das RKI engagiert, wäre ein kurzer Bericht wünschenswert.</p> <p><i>ToDo: Andreas Jansen klärt mit der WHO, in wie weit über den Einsatz von Tim Eckmanns berichtet werden darf.</i></p> <p>! 2 Kollegen (ZIG 4 und ZBS 1) sind gerade in Ruanda auf Dienstreise. Die dortige Gesundheitsministerin ist zurückgetreten. Es wird vermutet, dass sie bzgl. der Testung</p>	ZIG/IBBS

	<p>für SARS-CoV-2 zurücktreten musste. Der Wortlaut der mit der Charite vereinbarten Sprachregelung: " Sprachregelung sollte sein, dass wir das RBC/MoH im Aufbau der Testkapazitäten nach besten Wissen und Bemühen unterstützt haben, so dass Ruanda eines der ersten afrik. Länder ist, dass dies überhaupt anbieten kann."</p> <p>! Die GHSI Officers haben besprochen, dass es Arbeitsgruppen zum Austausch über verschiedenen Themen zu COVID-19 geben soll.</p>	
11	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <p>! Das Engagement in der Lage mitzuarbeiten ist sehr gut. Es wird ausgewertet, wie viele OEs mit wie vielen Mitarbeitenden besetzt wird.</p> <p>! Diesen Freitag gibt es eine weitere Einführung in die Arbeit im Lagezentrum.</p>	FG32
12	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Dienstag, 18.02.2020, 11:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum</p>	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	18.02.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! FG14
 - Marc Thanheiser
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Udo Buchholz
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
 - Christian Herzog (per Telefon am Ende)
- ! INIG
 - Andreas Jansen
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Marika Grossegeße
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 73.335 (+1.984) 19 Fälle, 1.874 (2,6%) Todesfälle , alle bis auf 3 in China ○ China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 72.530 (+1.891) Fälle, 1.772 (2,6 %) Todesfälle, 11.741 (16,2%) "ernsthaft erkrankt" ○ Provinz Hubei 59.989 (+1.861) Fälle (81,8% von allen), 1.790 (3 %) Todesfälle, 10.970 (18,3%) "ernsthaft und kritisch erkrankt" ○ International 25 Länder mit 739 (+93) Fällen, 1 Todesfall Philippinen, 1 Japan, 1 Frankreich, 29 schwere Krankheitsverläufe (3,9%) ○ Europa (WHO Region) 9 Länder mit 47 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU) ○ Kreuzfahrtschiff Diamond Princess 454 (+85) Fälle, werden zu internationalen Fällen gezählt ○ Kreuzfahrtschiff Westerdam 1 bestätigter Fall ! Neue Fälle v.a. Kreuzfahrtschiff, Japan, Thailand, Singapur <p>! Risikogebiete: Trendevaluierung für einzelne chinesische Provinzen über 4-Wochen Zeitraum zeigt bei den meisten keinen exponentiellen Wachstum mehr, China insgesamt noch schwach positiv exponentieller Wachstum (jedoch ggf. Meldeverzug?); anfangs in chinesischen Daten paralleler Anstieg von suspected und confirmed cases, ab Anfang Februar Abfall der suspected cases, Fallzahlen scheinen insgesamt abzunehmen</p> <p>! Lancet Publikation zu klinischen Details eines Patienten: er war 9d nach Aufnahme afebril, dann jedoch zunehmende Luftnot (ARDS), Maximaltherapie inklusive Interferon, Prednisolon, Kaletra; histologischer Befund ähnlich dem von SARS und Mers-Fällen, ARDS Therapie durch Beatmung und Cortison, Prednisolon-Gabe fand relativ früh statt, hat möglicherweise Immunreaktion reduziert</p> <p>! Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informationen, die zur besseren Interpretation der Daten notwendig wären, nicht vorhanden ○ Generell scheinbare Entspannung der Lage in China, Lageentwicklung außerhalb Chinas sollte genauer beobachtet werden ○ Kein Bedarf für Erweiterung der Risikogebiete (mehr Informationen verfügbar) <p>National</p> <p>! Gestern TK mit den drei Krankenhäusern, Frankfurt und Trostberg haben keine Patienten mehr, München-Schwabing</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG36</p>

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>hat 5 entlassen, nur noch wenige hospitalisiert mit milden Verläufen, zwei Patienten mit biphasischem Verlauf sind auch genesen und entlassen worden (1 Trostberg, 1 München)</p> <p>! Publikation über Infektionskette in Bayern wird von Bayern durch Labordaten ergänzt, soll heute erneut an alle geschickt werden, attack rate unter Kontakten 10%, zu shedding soll es auch ein Papier geben, dies wurde noch nicht mit RKI geteilt</p> <p><i>ToDo: INIG-Folien immer vorab an BZgA und Bundeswehr, Folien von heute werden weitergeleitet</i></p> <p>Krisenstabssitzung AA</p> <p>! Quarantänebestimmungen in China sehr zersplittert, keine gute Basis mehr für RKI-Entscheidung zu Risikogebieten, z.B. Wohnblockquarantäne, einreisende unter Quarantäne, unterschiedliche Umsetzung über das ganze Land</p> <p>! Rückführung deutscher von Diamond Princess: Rückflug nun einen Tag früher, Italiener fliegen heute hin, 19. Ankunft, unklar ob Rückkehr am 19. abends oder 20. vormittags, BMG (Rottmann) klärt ob Flug in FFM oder Berlin ankommt und meldet sich zur weiteren Organisation, 9 Personen, 2 NL, 7 deutsche, kommen in häusliche Quarantäne, GA müssen von uns informiert werden, Unterkunft noch nicht klar</p> <p>! Westerdam:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Kontaktdaten für 55 Personen verfügbar (Nachtrag LZ: Kontaktdaten von 64 Personen erhalten, deutsche Staatsbürger oder wohnhaft in Deutschland) o Personen in Phnom Penh möchten zurück und prüfen mögliche Fluglinien (Vietnam Airlines hat abgelehnt, zwei Golf-Fluglinien werden noch eruiert) bzw. Charter-Flugzeug, ggf. in die Türkei, noch keine weiteren Infos verfügbar o deutsche Botschaft vor Ort in Kontakt mit ihnen, kann keine medizinischen Maßnahmen (über)nehmen und sollte kommunizieren, dass sie 14d unter Selbstisolierung verbringen sollten o RKI ist gegen Fluglinien-Rückkehr da sie Kontaktpersonen sind, nicht sicher, ob dies dem AA bekannt ist, RKI hält an fachlich begründeter Grundhaltung fest 	<p>IBBS</p>
<p>2</p>	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Neue Publikation >72.000 Patienten</p> <p>! Siehe bitte auch Zusammenfassung, die von Udo Buchholz an RKI-Corona-Verteiler geschickt wurde</p> <p>! Deskriptive Analyse von 72.314 Patienten, 44.672 (62%) confirmed (laborbestätigt), 22% suspected (Symptome und Exposition), 15% clinically diagnosed (CT von suspected cases), 1% asymptomatisch; 80% milder Verlauf, inkl. Pneumonie, 14% severe, z.B. Dyspnoe, >50% der Lunge</p>	<p>FG36</p>

	<p>betroffen, 5% critical; 87% in Altersgruppe 30-79 Jahre, 1.386 counties und 31 Provinzen betroffen, insgesamt wenig Kinder; Letalität nicht ganz klar aber mit 2% berechnet (Verstorbene/Fälle); Mortalität nach Altersgruppe, von 0 bis 45-50 Jahre relativ konstant, dann 20-50-fache Mortalität in älteren Gruppen, Vorerkrankungen ca. 20-fach höheres Mortalitätsrisiko, Mortalität sinkt von Anfang Januar bis in Februar hinein, anfangs möglicherweise mehr schwere Fälle; Geschlecht kaum Unterschiede in Inzidenz, jedoch 50% höher bei Männern, nicht korrigiert für Raucherstatus, oder Begleiterkrankungen; Peak Ende Januar, schwer zu erklärender Ausreißer in epicurve am 1. Februar</p> <p>! Schlussfolgerung: hochansteckend, Ro 2-3, massive Maßnahmen in China haben dazu beigetragen, dass die Fallzahlen nicht mehr explodiert sind, viele Fragen bleiben jedoch offen</p> <p>Erregersteckbrief</p> <p>! Alle verfügbaren Informationen wurde aufgenommen, wird nun zirkuliert, muss zentral gepflegt werden, wird gerade von FG36 organisiert, später strukturiertes Vortragen in Lage-AG</p> <p><i>ToDo: FG36 Fertigstellung Erregersteckbrief</i></p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Anlass die Bewertung auf RKI-Webseite anzupassen</p>	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit</p> <p>! Neue FAQ zum Kreuzfahrtschiff (Westerdam) ist abgestimmt und erledigt, jetzt online</p> <p>! FAQ für schwangere: aktuell nicht für sinnvoll gehalten, dass RKI hierzu aktiv zu kommunizieren</p> <p>! Wunsch von Lesern: deutliches Markieren der Neuerungen auf der Webseite, z.B. in einer Marginalspalte, keine wirklich gute Lösung möglich, bei neuen Versionen von Dokumenten können anfangs zwei Sätze mit Erläuterung der Änderungen gesetzt werden, bzw. Zusatz „geändert am DD.MM.YYYY: ...“ mit Erklärung der Änderungen</p> <p>! Evtl. in Lagebericht auch erwähnen, was aktualisiert wurde</p> <p>! RSS-Feed möglich Änderungen nachzuverfolgen, wird aber nicht von vielen genutzt</p> <p>! Aktuell kein weiterer Anpassungsbedarf auf der Webseite</p> <p>BZgA</p> <p>! Nichts zu berichten, was neu wäre</p>	<p>Presse</p> <p>BZgA</p>
5	<p>Dokumente</p> <p>! Empfehlungen zum Umgang mit medizinischem Personal: Rückmeldung zur Handreichung wurde erhalten und wird von</p>	FG36/alle

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>FG36 überarbeitet, dann beginnt Abstimmungsrunde, wird morgen in Lage-AG abgesprochen, STAKOB ist sehr interessiert daran, involviert zu sein</p> <p>! Rahmenkonzept: Entwurf wurde von FG36 erstellt und heute vom LZ an RKI-Corona-Verteiler zirkuliert, bis Freitag können relevante OEs kommentieren</p> <p><i>ToDo: Kommentierung des Rahmenkonzeptes durch RKI-Kollegen, insbesondere FG14, FG17, IBBS und Pressestelle</i></p>	
<p>6</p>	<p>Labordiagnostik Integration SARS-CoV-2 in AGI</p> <p>! In FG17 ist alles startklar, PCR steht und ist validiert, Primer wurden geprüft und sind sauber, Datenschutzunterlagen so weit fertig, Auftrag an Druckerei raus, Rücklauf der Einwilligungserklärung muss vor Start gesichert sein (braucht erfahrungsgemäß ca. 14d)</p> <p>! FG17 bekommt Unterstützung dabei, die Formulare rauszuschicken, dann geht es so schnell wie möglich per Post raus, ab Montag sollten alle Praxen die neuen Dokumente haben und nur noch diese nutzen, theoretisch können ab Montag die ersten Patienten beprobt werden! wenn Papiere in den Praxen liegen ist Integration gestartet</p> <p>! Bereits Anfrage an Presse ob im Rahmen der AG Influenza auf Coronavirus getestet werden wird?</p> <p>Grippeweb plus</p> <p>! In der Vergangenheit Machbarkeitsstudie bei Grippeweb Nutzern: treu meldende wurden angeschrieben und haben Set von Abstrichproben erhalten, konnten selber Proben nehmen und zusammen mit Formular an ZBS schicken, Diagnostik einer Gruppe von Viren und Bakterien, lief ein halbes Jahr, Finanzierung war nicht gesichert, ca. 120 TN die „noch nicht zum Arzt gehen“</p> <p>! Erste Gespräche zu Reaktivierbarkeit aus IT-Perspektive mit FG31 haben stattgefunden, aktuell noch in Klärung, FG36 und ZBS1 verfolgen dies</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1/FG36</p>
<p>7</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Gestern STAKOB TK: Rückmeldung, dass sie sehr viele Anfragen von niedergelassenen/peripheren Häusern erhalten, viel Unsicherheit über Klärung von Verdachtsfällen, Verweis auf RKI-Webseite, aber Informationen dringen noch nicht breit durch, Empfehlungen sollten noch breiter gestreut werden um mehr Fachöffentlichkeit zu erreichen, Möglichkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einlage in jedes DÄB? 	<p>IBBS/FG14/ FG37</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nutzung von STIKO-App, erreicht 100.000, wie viele hiervon im Krankenhaussetting sind, ist nicht klar ○ Presse hat Verteiler KV- und Ärztekammer-Zeitschriften, könnte angefertigten Text an diese Verteiler schicken, Kombination mehrerer Aspekte/ Empfehlungen bzw. Handreichungen <p><i>ToDo: Einholen von mehr Informationen zur STIKO-App Zielgruppe, wie viele, wie viele in Krankenhäusern, LZ Aufgabe, welche Inhalte und Begleittext, FG36, IBBS, andere?</i></p> <p>! FAQ: Aspekt „an wen wenden wenn erkrankt?“ ist nicht sehr deutlich, melden Sie sich bei einem Arzt, aber bei Rückkehr aus Risikogebiet bei ihrem lokalen Gesundheitsamt</p> <p><i>ToDo: IBBS bereitet Anpassungsvorschlag für diesen FAQ Aspekt vor</i></p> <p>Entlassung/ Vermeiden langer Liegezeiten</p> <p>! Das Vermeiden langer Liegezeiten ist bei strengen Kriterien schwierig, Verlängerung der Liegezeiten um zwei negative PCR zu erhalten, Kliniken wollen so schnell wie möglich Betten befreien, und mild erkrankte ggf. gar nicht (so lange) aufnehmen, auch angesichts der Vorbereitung für die nächste Phase</p> <p>! IBBS und ZBS1 und Charité wollen erneut besprechen, wie man dies noch praktikabler machen kann, NW aus zellulärem Gewebe um sicherzustellen, dass Abstriche gut abgenommen wurden;</p> <p>! Zwei Aspekte hier ausschlaggebend:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infektiösität: wichtiges Kriterium das nicht aufgeweicht werden sollte, auf der sicheren Seite bleiben 2. Management: Klinik oder zu Hause unter GA-Aufsicht, <p>! Anpassungen sollten nicht auf laborbezogenen Spielräumen beruhen, wenn klinisch ein Krankenhausaufenthalt nicht erforderlich ist, kann Management geändert werden</p> <p>! RKI gibt fundierte Empfehlungen und können darüber hinaus nicht die Umsetzung sichern, AGI sagt eine Anpassung ist aktuell nicht notwendig! Kliniken sollten sich an ihre Gesundheitsbehörden wenden</p>	
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>BMG Auftrag zu MNS Einsparungen</p> <p>! Schutzausrüstung Mund-Nasen-Schutz (MNS): Ressourcen sind sehr knapp und bald (in 1-2 Wochen) aufgebraucht, Maßnahmen müssen getroffen werden, um mit aktuellen Ressourcen länger auszukommen, einzelne Kliniken haben Vorschläge entwickelt bzw. setzen diese bereits um, z.B. Wiederverwendung von Masken, Streichen elektiver Operationen</p> <p>! Sourcing muss jetzt außerhalb Chinas stattfinden und wird Zeit benötigen</p> <p>! BMG möchte von RKI Empfehlungen zu Einsparungen von</p>	

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>MNS: bei welchen erkrankten und unter welchen Umständen ist dies möglich, Antwort ans BMG bis morgen ist erwünscht, weswegen BMG ABAS und BAUA nicht miteinschalten möchte</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMG Auftrag ging ans RKI, jedoch ist dies Verantwortung von BAUA und vor Veröffentlichung muss es auch an ABAS ! Einbettung in Kommunikation und Abstimmung mit BAUA sehr wichtig, RKI-internes Arbeitspapier kann mit BMG geteilt werden, ohne Abstimmung mit verantwortlicher Behörde ist weitere Streuung/Veröffentlichung nicht möglich <p><i>ToDo: FG14 stimmt morgen früh Entwurf intern ab und schickt ihn ans BMG</i></p> <p>BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Walter Haas hat an der täglichen TK teilgenommen ! Überlegung, die Bevorratung von 2 auf 4 Wochen zu erhöhen Nicht unbedingt sinnvoll, wie kann man andere Ressourcen mobilisieren, unter aktueller Grippewelle ! Kernpunkt sind chirurgische Masken, aktuell startet ein Joint Procurement auf EU-Ebene, Bedarf wurde abgefragt, Eigenbeschaffung wird auch stimuliert, dieserart Schutzmaßnahmen sind bei Mangel an Impfstoff/medikamentöser Behandlung wichtig, Personal muss weiter behandeln können ! Keine Informationen über/von WHO hierzu 	
<p>9</p>	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mortalitätssurveillance beschleunigen <p><i>ToDo:</i></p>	
<p>10</p>	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Stand Kreuzfahrtschiffe</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Diamond Princess (vor Japan): sehr viele Fälle insgesamt, 12% der Personen an Bord positiv getestet, viele auch asymptomatisch, 2 deutsche, Status/Symptome nicht bekannt ! Westerdam: <ul style="list-style-type: none"> o Aufgrund der Diamond Princess kritisch beobachtet, zunächst keine Fälle, bis eine Rückkehrerin positiv getestet wurde o Passagiere werden als Kontaktpersonen der Kategorie 1 eingestuft, sehen Bundesländer auch so, Kontaktpersonennachverfolgung und Kommunikation (Reederei, GA für IGV-benannte Flughäfen) hierzu laufen auf mehreren Kanälen, o Internationale Risikobewertung nicht klar 	<p>FG32</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reederei versucht Personen auf Linienflüge zu buchen, 64 Personen mit Wohnsitz in DE oder Staatsangehörigkeit deutsche, einige sind noch in Phnom Penh in einem Hotel, sind symptomfrei und wurden negativ getestet <p>Maßnahmen an Flughäfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Heute hat das austeilen/einsammeln von Papieren an Flughäfen begonnen, Anfangsprobleme in Bayern aber positive Einstellung, Hessen zeigt sich sehr skeptisch, Vorgehen muss hinterher bezüglich Nutzen und Ressourcen evaluiert werden ! Lufthansa zweifelt Rechtsgrundlage an, aber angeordnet ist angeordnet ! Viele andere deutsche Flughäfen haben auch Direktflüge aus China, z.B. Cargo (Leipzig) und Charterflüge, betrifft wesentlich mehr Flughäfen als wir erst dachten 	
11	<p>Internationales</p> <p>Informationen Tim Eckmanns</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Papierbericht auf Englisch von CCDC verfügbar, es sollen noch mehr Publikationen aus China folgen; Maßnahmen werden als generell erfolgreich erachtet; Entlassung nach zweimal negativer Testung; chinesische Kollegen sehr interessiert an attack rate und Studie zu shredding und shedding bei den Kindern in Bayern ! Die Entsendung wird nicht aktiv veröffentlicht <p>BMZ, GIZ Entsendung Namibia</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gestern Treffen zu Unterstützungseinsatz in Namibia, BMG (Bayer) und BMZ (Al-Janabi) auch dabei ! Nächste Woche fährt GIZ und RKI Team nach Namibia, primäre Themen Diagnostik und Training, aber auch Isolationsmöglichkeiten ! Könnte anschließend auch für Botswana und Mozambique anvisiert werden ! Finanzierung aus BMG Coronavirus-Sondertopf, dieser sollte eigentlich für nationale Krisenaktivitäten genutzt werden ! SEEG (GIZ) beteiligt zu Materialtransport und personell, nicht darüber hinaus 	FG32/ZIG/IB BS
12	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Lagebericht verfolgt Ein-China-Politik der BRD, BMG Sangs sieht dies anders ! AA hat keine diplomatische Vertretung in Taiwan <p><i>ToDo: schriftliche Bitte um Klärung an BMG durch Präs Wieler</i></p>	FG32
13	Andere Themen	



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	! Nächste Sitzung: Mittwoch, 19.02.2020, 11:00-12:30 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum	
--	---	--

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	19.02.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Inessa Markus (zu Kreuzfahrtschiff)
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel (Internetbeauftragte)
- ! ZBS1
 - Frau ?
- ! INIG
 - Andreas Jansen
- ! BZGA : Herr Lang (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Herr Harbaum (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle, Schwere</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 75.202 (+1.867), 2.010 Todesfälle (+136), 2,7% Letalität, 1 neuer Todesfall in Hongkong ○ China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 74.279 (+1.749) Fälle, 2.007 (2,7%) Todesfälle, 11.983 (16,1%) "ernsthaft erkrankt" ○ Provinz Hubei 61.682 (+1.693) (83% von Gesamt), 1.922 Todesfälle (3,1%), 11.246 (18,2%) "ernsthaft und kritisch erkrankt" ○ International 25 Länder mit 923 (+118) Fällen, neu sind 11 in Japan, 4 in Singapur, 15 in Südkorea; insgesamt 1 Todesfall Philippinen, 1 Japan, 1 Frankreich, 32 schwere Krankheitsverläufe (3,5%) ○ 88 neue Fälle auf Kreuzfahrtschiff „Diamond Princess“, insgesamt 542 ○ Europa (WHO Region) 9 Länder mit 47 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU) <p>! Risikogebiete (s. Präsentation Risikogebiet INIG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Maßnahmen in China nicht mehr als Kriterium für RKI Definition von Risikogebieten verwertbar, CCDC hat seit gestern ein Dashboard auf Chinesisch ○ Von FG31-errechnete Falltrends sowohl chinaweit als auch in Provinzen absteigend, es handelt sich um kumulative Fallzahlen? (Nachtrag: Legende und Beschriftung der Graphiken und Achsen ggf. hilfreich) ○ Peak in Hubei um 13.02.: begründet durch Aufforderung durch Behörden, dass erkrankte sich aktiv melden (nicht durch Falldefinition-Änderung) ○ Falltrend außerhalb Chinas: Singapur absteigend, Japan, Südkorea leicht ansteigend, kleine Fallzahlen also nicht interpretierbar ○ Geschehen auf Kreuzfahrtschiffen nicht repräsentativ für Epidemiologie des Erregers im Lande ○ Hong Kong: früh lokale Übertragung, einzelne Fälle mit unbekannter Ansteckungsquelle, Behörden sprechen von evidence for community transmission (nicht fortlaufend); seit 5 Tagen keine neuen Fälle; Fallerkennung eher sensitiv; Quarantäne für alle einreisenden aus China; kein Zeichen für anhaltende Übertragung innerhalb der Bevölkerung ○ Risikogebiete bleiben wie gehabt <p><i>ToDo: Andreas Jansen schickt Link zu CCDC Dashboard auf Chinesisch an FG36 und nCoV-Lage</i></p> <p><i>ToDo: INIG und FG36 tauschen sich bilateral zu Grunddefinition von</i></p>	ZIG1



	<p><i>community transmission aus (auch angesichts Hong Kong)</i></p> <p>CCDC Diagnostik und Therapie Protokoll (V5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ging an RKI-Verteiler und beinhaltet viel Information zum Vorgehen, u.a. klinische Einstufung von Fällen in 4 Kategorien: mild, normal (auch schon Pneumonien), severe (an Auswirkungen der Pneumonie gemessen), critical ! Spezifische Falldefinition für Hubei (sonst „provinces outside Hubei“), clinically diagnosed cases = suspected with chest CT features of novel coronavirus, möglicherweise sind Testkapazitäten erschöpft, Vorhersagewert (PPV) des klinischen Bildes in Hubei sehr hoch, anders in Gebieten mit niedrigerer Inzidenz <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 12/16 Fällen inzwischen entlassen, 10/14 in Bayern, keine Änderung in klinischem Verlauf, keine Neuigkeiten ! Attack Rate (AR) in Ausbruchgruppen: Familienmitglieder die gemeinsam isoliert wurden 70-80%; Kontakte für 4-Tage lang bestehenden Kontakt nur noch 10%; einmaliger enger, nichtgeschützter Kontakt <10% (casual contact); diese kommen auch in Publikation ! Keine weiteren Fälle labordiagnostisch bestätigt, regelmäßig Verdachtsfälle in den Bundesländern <p>BMG TK/Krisenstab AA Thema Repatriierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Noch 92 deutsche in Wuhan nach AA, hatten sich auf früheren Aufruf nicht gemeldet, evtl. freie Plätze auf französischem Flug ! Rückführung deutscher aus Wuhan bei BMG TK Thema, Rede war von 12 Personen, bei denen zunächst nicht davon ausgegangen wird, dass sie festen Wohnsitz in Deutschland haben, sollten voraussichtlich zentral in Quarantäne (BaWü?) ! AA fragt BMG, welche Empfehlung von RKI erwartet, RKI fachliche Empfehlungen formulieren aber nicht entscheiden <p>Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Karneval beginnt morgen ! Abholung deutscher Diamond Princess Kreuzfahrt Passagiere aus Italien, Flug geht voraussichtlich nach Tegel ! Keine Information zu Westerdam Kreuzfahrt Passagieren und deren Flug von Kambodscha in die Türkei ! Prüft mögliche zusätzliche Abholung von deutschen aus Wuhan über Frankreich, ca. 20-25 deutsche (bei AA Krisenstab Sprache von 55 deutschen), sollen in Frankreich landen und von Bundeswehr nach Deutschland geholt werden, jetzt nicht mehr Informationen, wenn informiert Bundeswehr das RKI 	<p>FG32</p> <p>FG36</p> <p>FG36/IBBS</p>
--	---	--

	<p>GHSI TK</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fachliche Themen werden zunehmend aufgenommen und besprochen, z.B. Risikogebiete, community transmission, epidemiologische Informationen (Abgleichen der line list), es werden Arbeitsgruppen erstellt ! IBBS leitet AG zu IPC/Klinik, auch um nächste Phase vorzubereiten („was würden wir machen wenn“), Face-to-face Treffen soll Mitte März stattfinden und Experten 1 Tag lang zusammen bringen 	IBBS
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Amerikaner haben infektiöses Virus aus Stuhl isoliert ! Erregersteckbrief/Matrix wird erneut in Runde geschickt mit Vorschlag zu Vorgehensweise zu zukünftiger Einarbeitung, nächste Woche Bericht hierzu in der Lage-AG <p><i>ToDo: Heiko Jahn FG36 kümmert sich weiter um Erregersteckbrief (bestehende Aufgabe)</i></p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kein Anpassungsbedarf aktuell 	
4	<p>Kommunikation</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nichts aktuelles aus der Pressestelle <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nichts zu berichten, laufendes Geschäft 	<p>Presse</p> <p>BZgA</p>
5	<p>Dokumente</p> <p>„Handreichung für Gesundheitsämter zum Kontaktpersonenmanagement von medizinischem Personal“ (bestehende Aufgabe)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Grund: Viele betroffene HCW in China ! Zielgruppe sind Fachpersonal und Betriebsärzte, Dokument ist in zwei Teile gegliedert, 1. Maßnahmen durch Hygienefachpersonal zsm. mit Betriebsarzt/ GA, 2. Maßnahmen für am Patienten arbeitendes Personal selbst ! Aufschlag wurde an Verteiler geschickt, bereits erhaltene Rückmeldungen werden berücksichtigt und eine Anpassung zu Verdachtsfällen vorgenommen (Dokument bezieht sich auf geschützte Kontakte zu Verdachtsfällen) ! Terminologie: anstelle von Handreichung eher „Hinweise zu“, keine rechtliche Bindung, Dokument nicht als Weisung zu verstehen ! Nächste Version wird Rechtsreferat gezeigt, auch STAKOB, Rückmeldung bis übermorgen, ABAS zunächst nicht involviert 	FG36

	<p>! Veröffentlichung vor dem Wochenende erwünscht</p> <p><i>ToDo: FG36 schickt nach Anpassungen neue Version, wird Rechtsreferat und STAKOB gezeigt, Feedback muss vor Wochenende eingehen damit Freitag veröffentlicht werden kann</i></p> <p>Ressourcenschonender Einsatz von Masken</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorschlag wurde von FG14 an BMG geschickt, ABAS muss hierzu konsultiert werden ! BMG will sofortige Veröffentlichung nach AGI TK (morgen), aufgrund des Verantwortungsbereichs ABAS ist dies widerrechtlich, BMG muss sich hierzu positionieren 	FG14
6	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Angepasste Unterlagen zur Integration von SARS-CoV-2 in AGI Sentinel werden heute rausgeschickt, Abstrichupfer ist derselbe wie für Influenza 	FG17
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Viele Dinge (bestehende Aufgaben) in Arbeit, werden vorher intern zirkuliert</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Versorgung von Kranken die unter Abklärung sind (grünes Kästchen „kein begründeter Verdachtsfall“ in Flusschema), ambulante Abklärung während sie zu Hause sind ! Vorbereitung ambulanter Führung für nächste Phase ! Papier zum Umgang mit Personen in Quarantäne ! Medikamentenbevorratung ! Experimentelle Therapeutika ! Interesse an klinischem Bild aller deutschen Fälle: wohl (neben shedding) auch Teil des 2. Papers der Kliniker aus Bayern, ggf. könnte jemand von hier hinfahren um Informationen zusammenzustellen 	IBBS
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FG14 Aufgabe Möglichkeiten zur Ressourcenschonung, läuft 	FG14
9	<p>Surveillance</p> <p>EC/ECDC Studie zu repatriierten EU/EEA Bürgern aus Wuhan</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Europaweite Studie geplant, Zielsetzung u.a. Erfassung der % of asymptomatic infections in China, secondary AR, etc. ! Ist diese Personengruppe geeignet/repräsentativ, können von dieser opportunistischen Stichprobe Schlussfolgerungen zur Epidemiologie in China gezogen werden? ! Erwünschte Daten sehr detailliert und nicht datenschutzkonform, unwahrscheinlich, dass Bundesländer sie teilen 	FG32

	<ul style="list-style-type: none"> ! Will RKI dies unterstützen, ist Zielsetzung relevant, oder sollen Bundesländer, GA und Kliniken geschont werden? ! Gewisse Informationen könnten geteilt werden (z.B. jene, die auch in SurvNet sind) ! Schlussfolgerung: Wird Morgen bei AGI TK vorgestellt, höchstwahrscheinlich Ablehnung ! Generell wichtig, dass RKI überlegt, an welchen Studien wir teilnehmen um wissenschaftliche Erkenntnisse zu erlangen <p><i>ToDo: Thema auf AGI TK Agenda für morgen</i></p> <p>ECDC Covid-19 Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fälle werden bereits über TESSy übermittelt, neue Terminologie wurde angepasst "COVID-19", Benennung von Kontaktpersonen erwünscht: <ul style="list-style-type: none"> (1) epidemiology: Silka Buda (2) microbiology: Thorsten Wolf (3) TESSy: Andreas Tille ! TESSy Zugangsrechte um COVID-Daten hochzuladen haben am RKI Michaela Diercke, Silke Buda und Andreas Tille (FG31) 	
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Kreuzfahrtschiffe (hält LZ sehr auf Trab)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Princess Diamond <ul style="list-style-type: none"> o Lagebericht aus Japan erhalten, Situation relativ klar, 530-540 Fälle o Erste Personen beenden Quarantäne und verlassen das Schiff, ausführliche Transmission an Bord, die vor der Quarantäne stattgefunden haben soll o Für enge Kontakte (Kabinenmitglieder, persönliche Stewards) verlängerte Quarantäne o 2 deutsche positiv getestet, 8 andere werden wie oben erwähnt von Italien abgeholt, betroffene GA sind nun identifiziert und informiert, Transport durch DRK, Flug soll wahrscheinlich in Tegel landen, 2 in DE ansässige NL wollen zunächst in Japan bleiben o RKI-Empfehlung: für Rückkehrer weitere 14d häusliche Quarantäne ! Westerdam (Folie mit zeitlichem Verlauf und Infos unter Lage-AG hier) <ul style="list-style-type: none"> o Situation unkontrolliert, Passagiere bereits unterwegs und abreisend als Indexfall (US-Bürgerin) positiv getestet wurde o Indexfall hat Schiff am 14.2. verlassen und wurde auf der Rückreise am 15.2. positiv getestet, bereits 3d symptomatisch, potentieller Infektionsort, -moment, -quelle unbekannt, war nicht 14d lang ununterbrochen auf dem Schiff, gut möglich, dass Transmission an Bord stattgefunden hat o Reederei berücksichtigt nur enge Kontakte zu Indexfall (Ehemann, persönlicher Steward), alle 	FG32



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>anderen nicht als enge Kontakte gesehen, und glaubt Einreisekontrollen genügen, berufen sich dabei auf USA und WHO</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Reederei hat alle (ca. 1.700) auf Fieber getestet, alle negativ, anschließend Zertifizierung, dass Schiff erreggerfrei ist durch Kambodscha MoH und dortiges US CDC Büro, diese einverstanden mit Einschätzung, dass nur enge Kontaktpersonen Infektionsrisiko haben ○ Am 13.2. Testung von 20 symptomatischen Passagieren (alle negativ), sind nun teilweise wieder zu Hause ○ >400 Tests sowohl in Hotels als auch auf dem Schiff, alle negative ○ Info von AA: am 18.2. alle Passagiere negativ getestet ○ Verbleibende Passagiere sollen Schiff verlassen und unter Quarantäne in Hotel, Reederei organisiert Charter-Flug in die Türkei, von dort weiter Linienflüge ○ Linienflug: Risiko der Ansteckung, ggf. könnten Kontaktpersonen unter bestimmten Auflagen reisen (Abtrennung, MNS), bei Erkrankung sofort melden, Mitarbeit vorausgesetzt ○ Deutschland muss wissen wann genau Ankunft der rückkehrenden Passagiere ist, Empfehlung häuslicher Quarantäne, in Empfangnahme und Monitoring in Deutschland erwünscht <p><i>ToDo: Ute Rexroth kontaktiert CDC Büro Kambodscha bezüglich Zertifizierung von Westerdam</i></p> <p>Maßnahmen an Flughäfen</p> <p>! Lufthansa hat AA unter Berufung auf RKI (Kontaktpersoneneinstufung) um Liste der Westerdam Passagiere gebeten, die aus der Türkei zurück nach Deutschland wollen, Italien hat anscheinend eine solche Blacklist veröffentlicht</p> <p>Empfehlungen Japan</p> <p>! Papier von Japan zur angewandten Kategorisierung und Krankenhaus-Entlassungskriterien, KoNa-Kategorisierung (z.B. enge Kontakte, die symptomatisch sind und negativ getestet werden, free to go), selbst-Beobachtung, usw.</p> <p><i>ToDo: Maria an der Heiden teilt Papier aus Japan</i></p>	
11	<p>Internationales</p> <p>! Nichts neues seit gestern</p>	ZIG1

<p>12</p>	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es werden weniger Informationen an den Verteiler Corona geschickt nachdem höherschwellige und gezieltere Kommunikation erbeten war, es ist nicht ganz klar, wer was wissen möchte, deswegen und auch aufgrund der Fluktuation der MA im LZ ist einheitliches Vorgehen nicht einfach ! Abstimmungsprozesse, z.B. bei Aufgaben, benötigen klare Anweisungen, wer soll was machen, Aufgaben oft größer angelegt, Fortschritte/Änderungen werden unter derselben Aufgabe dokumentiert ! Bei Änderungen der Ansprechpartner in Zuständigkeitstabelle bitte sofort LZ informieren (liegt hier) 	<p>FG32</p>
<p>13</p>	<p>Andere Themen</p> <p>ECDC/EC/EWRS Abfragen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es kommen viele Abfragen, z.B. über EWRS, zu Maßnahmen, Kontakten, Testungen, Risikogebieten, usw. ! Diese werden je nach Thema und in der Regel einmal am Tag zusammengefasst (E-Mail), zu gewissen Themen werden Tabellen geführt (z.B. Infektionsquelle Fälle außerhalb China) ! LZ kann nicht alle Informationen nachbereiten, dies jedoch punktuell bei Fragen von Interesse machen ! Bitte an ECDC/EC, gelaufene Abfragen zusammenzufassen und zu teilen <p><i>ToDo: Anfrage an EC/ECDC, diese Informationen zu bündeln und zu teilen (EC wurde bereits diesbezüglich kontaktiert)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Donnerstag, 20.02.2020, 11:00-12:30 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum 	<p>FG36/FG32</p>

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	20.02.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! AL3-Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Juliane Seidel (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Udo Buchholz
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Andreas Jansen
- ! BZGA: -
- ! Bundeswehr: Katalyn Rossmann (per Telefon)

1

Aktuelle Lage

International

! Fälle, Schwere

- Weltweit 75.734 (+527), davon 2.128 Todesfälle (+118), 2,8% Letalität;
- China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 74.676 (+397) Fälle, 2.121 (2,7%, +114) Todesfälle, 11.983 (16%) "ernsthaft erkrankt"; 14.376 genesen; 5.248 Verdachtsfälle.
- Provinz Hubei 62.013 (+331) Fälle (83% von Gesamt), davon 2.029 Todesfälle (3,3%, +107), 11.246 (18,1%) "ernsthaft und kritisch erkrankt"
- Gestern gab es eine erneute Änderung der Falldefinition: klinisch diagnostizierte Fälle werden als Verdachtsfälle und nicht mehr als bestätigte Fälle eingestuft. Trotzdem ist die Zahl der Verdachtsfälle deutlich zurückgegangen.
- In allen chinesischen Regionen abfallende Trends.
- **International** 25 Länder mit 1.058 (+132) Fällen, neu sind 2 Fälle im Iran, 10 in Japan, 4 in Singapur, 41 in Südkorea;
- Kreuzfahrtschiff „Diamond Princess“: 76 neue Fälle, insges. 621
- Insgesamt 7 Todesfälle! +4 zu gestern (2 Iran, 2 „Diamond Princess“ (Japaner), 1 Philippinen, 1 Japan, 1 Frankreich); Letalität: 0,7%; 39 schwere Krankheitsverläufe (3,7%)
- Europa (WHO Region) 9 Länder mit 47 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU)
- Trend außerhalb Chinas: ansteigend durch die Fälle auf dem Kreuzfahrtschiff.

! Risikogebiete (s. Präsentation Risikogebiet INIG)

- „**Limited community transmission**“ in Hongkong und Singapur.
Hongkong: von 65 bestätigten Fällen 15 mit unklarer Quelle (Untersuchungen sind teilweise abgeschlossen), ggf. comm. transmission;
Singapur: von 84 bestätigten Fällen 8 mit unklarer Quelle (Untersuchungen laufen teilweise noch)
- CDC: travel advice für Hongkong auf Level 1 (Watch) angezogen (“...multiple instances of community spread...”)
- **Japan**: steigende Tendenz sichtbar auch bei Analyse ohne die Kreuzfahrtschifffälle, die Fälle sind über 10 Provinzen verbreitet,



	<p>bei lokalen Übertragungen unklar, ob Hinweise auf Infektionsquelle/ -kette, Behörden sind angeblich überfordert. Entwicklung in Japan wird vom RKI intensiv beobachtet.</p> <p>ToDo: Info zu Japan für Präs zusammenstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Südkorea: die 41 Fälle stellen 1 Cluster dar (eine Kirchenveranstaltung, nachvollziehbare Infektions-kette) ○ Iran: es handelt sich um 2 ältere Patienten, aus Qom (religiöses Zentrum), 78 km südlich von Teheran, ca. 1.3 Millionen EW, beide sind am 19.2.2020 verstorben, beide hatten keine Reiseanamnese ins Ausland oder außerhalb der Provinz, alle Schulen und Universitäten in der Provinz am Donnerstag als Vorsichtsmaßnahme gegen eine weitere Ausbreitung der Krankheit geschlossen. Bereits am 18.2. besuchte der iranische Vize-Gesundheitsminister Jan-Babaei in Qom, um ein neu errichtetes „Notfallzentrum zur Behandlung von übertragbaren Erkrankungen“ einzuweihen. Es wurde über die WHO eine Unterstützungsanfrage gestellt. <p>Advisory forum/ECDC – Covid-19 war einziger TOP:</p> <p>! U.a. Diskussion zu Klassifizierung der Risikogebiete, bisheriger Vorschlag des ECDC kritisiert; Kriterienkatalog wurde vorgestellt, in der Diskussion zeigte sich die Komplexität der Situation und die weitreichenden Folgen (Reiseverkehr, Handel, etc.); Konzept wurde hinterfragt, aber keine abschließende Lösung gefunden; Konsens aller Teilnehmenden: Alleingänge bzgl. Einschätzung und Vorgehen zu vermeiden; TK zur weiteren Diskussion der Risikogebiete (unterschiedlich für Falldefinition, Reisehinweise) geplant</p> <p>WHO-TK mit Ländern die eigene Fälle haben</p> <p>! Definition Risikogebiete auch thematisiert, sehr unterschiedliche Definitionen, z.B. PHE hat sehr viele Risikogebiete definiert, WHO ganz China, etc.</p> <p>Maßnahmen International</p> <p>! CDC: andere Maßnahmen bei der Diamond Princess als für Westerdam angewendet</p> <p>National</p>
--	--

Diamond Princess

- ! 6 Personen nach Deutschland kommen nicht heute Abend in TXL an, sondern werden über Rom wahrscheinlich mit anschließendem Linienflug nach Deutschland kommen (noch zu klären).
- ! AA favorisiert Transport mit Linienflügen, wegen unverhältnismäßigen Aufwands.
- ! BMG favorisiert Transport mit Linienflug oder zentrale Rückführung mit anschließender häuslicher Quarantäne.
- ! Bundeskanzleramt wünscht eine zentrale Unterbringung der sechs Personen.
- ! Bundeswehr: neben häuslicher Quarantäne, Anfrage an BW für eine zentrale Quarantäne
- ! RKI sieht einen Linienflug problematisch, weil die Quarantäneverhältnisse auf der Diamond Princess unklar sind (u.U. 15-20% Prävalenz unter den Passagieren). Alternativen zum Linienflug aktuell nicht bekannt. BMG (Rottmann) hat dazu heute noch eine Besprechung.

MS Westerdam:

- ! AA hat eine Liste von Personen gesendet, die über Istanbul nach Deutschland kommen werden, verschiedene Linienflüge
- ! Reiseroute: von Kambodscha nach Istanbul mit Charterflug der Reederei, geplanten Maßnahmen in Istanbul noch unklar, Istanbul nach Deutschland per Linienflug (Monitoring während des Fluges?)

ToDo (FG32): Nachfrage bei AA bzgl. geplanter Maßnahmen in Istanbul, ggf. auch Nachfrage bei Reederei.

- ! Kontaktpersonen der Westerdam sollen als Kat. II eingestuft werden.
- ! BMG: Keine zentrale Abholung, aber Information der GA des Zielflughafens
- ! RKI: Information der zuständigen GA und der entsprechenden Zielflughäfen in Deutschland ist bereits erfolgt
- ! Empfehlung an GA: Personen sollen am Flughafen in Empfang genommen und sich vor Ort aktiv über gesundheitlichen Zustand informieren werden (z.B. Gesundheitscheck), Weiterreise sollte organisiert (nicht mit ÖPNV) werden; GA Flughafen und GA Wohnort sollen sich ggf. bzgl. des Weitertransports abstimmen; die zuständigen GA haben bereits zu den Personen Kontakt aufgenommen; RKI hat zudem über AGI und EpiLag informiert; generelle Information, das symptomatische Personen nicht reisen sollen ist breit gestreut
- ! seit 14./15.02.2020 keine neuen Kontakte oder Fälle;
- ! Unklarheit über mögliche falschpositive Testung der Kreuzfahrtpassagierin in Malaysia (2 pos. Tests, Frau ggf. positiv auf dem



	<p>Schiff), Qualität der Testung nicht bekannt; Zweifel, ob die Passagiere der Westerdam überhaupt auf exponiert waren;</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Information von CDC: 1. Probe falsch positiv, 2. Probe als Passagier symptomatisch war, ist negativ – Verifizierung folgt, bitte an Epialert senden ! Information: CDC hat Westerdam-Passagiere als Kat. II eingeordnet (ebenso die Reederei); Maßnahmen ebenfalls zurückhaltender (viele US-Bürger auf Westerdam, Indexfall auch US-Bürgerin); <p>TODO: Ute Rexroth: Anfrage an WHO mit Bitte um Stellungnahme zur Testung (falschpositiv?)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Öffentliches Interesse an Westerdam groß <p>Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Rückführung von Deutschen aus Wuhan Rückkehrer: Abholung von Paris nach Stuttgart, ärztliche Begleitung von Facharzt ÖGD und Gesundheitsaufseher, Start 21.02.2020 von Köln nach Stuttgart, Repatrierte kommen in Kirchheim/Teck in einer Jugendherberge in zentrale Quarantäne.
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bitte bzgl. Letalität auf Formulierung acht, nicht >50 besonders gefährdet, besser Formulierungen wie z.B. „Letalität nimmt mit dem Alter zu...“ verwenden.
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kein Anpassungsbedarf aktuell
4	<p>Kommunikation</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit/ Nummer der BMG-Hotline öffentlich machen? (Anfrage Presse)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das BMG wünscht nicht, dass die Hotline offensiv beworben wird, bereits sehr ausgelastet (sie steht auf der BMG-Webseite/ Bürgerhotline, aber nicht auf der Corona-Seite) ! Es wurden Ärzte von RKI-Hotline an die BMG-Hotline verwiesen. Das ist ungünstig. Laut SOP für RKI-Pforte: Verweis an lokale GA; ganz spezielle Fragen können per E-Mail an RKI gesendet werden, einige Anrufe sind auch im LZ angekommen ! Das RKI kann lokale Informationsveranstaltungen für Ärzte und KHS unterstützen, aber Initiative und Organisation von lokalen Akteuren ! BMG: denkt auch über eine Veranstaltung nach, aber bisher keine konkreten Pläne oder Informationen

	<p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Am WE sollen nach den überregionalen Zeitungen auch die regionalen Zeitungen mit Anzeigenschaltungen gleichen Inhalts und Texts bedient werden. ! Verteiler von Landes-KV-Adressen zur Information der Ärzte ist verfügbar, von RKI vorbereitetes Schreiben (Kurzinformation zur Lage und sinnvolle Dokumente-Flussschema, Erinnerung an Meldung und GA) kann durch BZgA an alle Ärzte versendet werden <p>ToDo: IBBS erstellt 1 Seite (Abstimmung mit BMG), Format: generisches Anschreiben (Handzettel) für Ärzte</p> <p>Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! seit 15.01.2020 erhält jeder BW-Arzt (insges. 3.500) täglich Informationen zur Lage, BW erhält auch seitens der Ärzte niedrigschwellig Informationen, z.B. über zurückkehrende Familienmitglieder aus Risikogebiet ! hat eigenen Kongressveranstalter und zentrale Fachgesellschaft, diese können bei der Planung von Veranstaltungen oder zur Verteilung von Informationen gern genutzt werden
5	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! zum Rahmenkonzept heute TK zwischen BMG und FG36, es sollen Erwartungen abgestimmt werden, regelmäßige Termine werden vom BMG angestrebt ! INIG: von der WHO über GOARN wurde ein Dokument (zu Containment – Mitigation - Management) zur Kommentierung gesendet <p>ToDo: FG36 erhält Dokument und gibt Kommentare bis morgen 15 Uhr an INIG (Andreas Jansen) zurück</p>
6	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FG17: ABAS Einstufung auf Webseite veröffentlicht <p>ToDo: Information und Link wird in Diagnostikdokument eingefügt, Link auch auf Webseite platzieren sowie im Rahmenkonzept</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ZBS1: Zellulärer Marker (RNA-Ebene) für Abstriche funktioniert nicht ausreichend gut. Suche nach einem anderen. ! Corona-Diagnostik wird im AGI-Sentinel ab nächster Woche durchgeführt werden (auch von WHO empfohlen) <p>ToDo: FG36: kurzer EpiBull-Beitrag, Ankündigung AGI-Sentinel inkl. Corona (nächste Woche)</p>



	<p>! PCR-Tests: Sensitivität? Spezifität? Cross-Validierung?</p> <p>Es gibt viele verschiedene PCRs (siehe WHO-Seite dazu), RKI nutzt Drosten-Assays und RKI-eigene Assays; Ringversuch von WHO noch nicht geplant (heute WHO-TK zu Labordiagnostik)</p> <p>! Anmerkung zur Qualität der PCR: am LGL war 1 Probe eines deutlich symptomatischen Falls 3x negativ, Nachbeprobung bei Drosten war positiv; laut LGL war dies ein technischer Fehler, der inzwischen behoben ist</p> <p>! Ab 24.02.2020 ist die VOXCO-Befragung der virologischen Labore online (Brief mit Link zur Befragung über GHV Instant verteilt)</p>
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nächste Woche sendet IBBS eine Infektiologin nach München, um bei der Erfassung der klinischen Daten zu unterstützen (WHO klinisches Management Netzwerk ISARIC, „Covid-19 Clinical Characterisation Protocol - CCP“, Link: https://isaric.tghn.org/CCP/)</p>
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Bevorratung von PSA – zur Information</p> <p>! Anfragen mehrerer MS zu Joint Procurement an die EU-Kommission,</p> <p>! TK zur Anmeldung der Bedarfe aus den MS geplant</p> <p>! aktuell soll Bedarf für Deutschland ermittelt werden, Termin heute Mittag, offenbar Ermittlung der Bedarfe innerhalb der kurzen Frist kaum möglich, eventuell Hochrechnung</p> <p>! Krankenhausgesellschaft hat Befragung bei 25 Krankenhäusern durchgeführt (sehr heterogenes Bild)</p> <p>! Schätzung für Deutschland evtl. auf der Basis der Angaben aus Frankreich</p>
9	<p>Surveillance</p> <p>! Einzelfallbasierte Informationen weiterhin über SurvNet erfassen, Informationen zur Einschätzung national und auch für internationale Berichtspflicht wichtig; Arztmeldepflicht für Verdachts- und bestätigte Fälle, Labormeldepflicht (Einzelfälle)</p> <p>! Zusätzlich ARE/ILI-Information in Lage-AG, wenn Coronavirus miterfasst wird</p>

	<p>! In BY große Anzahl von Kontaktpersonennachverfolgungen, RKI hat GA und LGL Unterstützung zur Dokumentation in der Übermittlungssoftware angeboten.</p>
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Durch Passagiere der Kreuzfahrtschiffe viel Arbeit im LZ (Princess Diamond und Westerdam, siehe oben)</p> <p>! Maßnahmen an Flughäfen: Westerdam Reiserückkehrer: Zielflughäfen wurden informiert</p>
11	<p>Internationales</p> <p>! RKI könnte Iran bilateral in dieser Lage unterstützen (klinisches Management, Labor, Infektionsmanagement).</p>
12	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <p>! MA-Statistik vorgestellt</p> <p>! Mehr Unterstützung aus Abt. 2 gebraucht</p>
13	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 21.02.2020, 13:00-14:30 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum</p>

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (SARS-CoV-2)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (SARS-CoV-2), Wuhan, China
Datum:	21.02.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! AL3-Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! Abt.1
 - Martin Mielke
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Marike Degen
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Andreas Jansen
- ! BZGA:
 - Herr Lang (per Telefon)
- ! Bundeswehr:
 - Herr Harbaum (per Telefon)



1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle, Schwere</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 76.729 (+995), davon 2.247 Todesfälle (+119), 2,9% Letalität; ○ China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 75.570 (+894) Fälle, 2.239 (3%, +118) Todesfälle, 11.639 (15,5%) "ernsthaft erkrankt" ○ Provinz Hubei 62.662 (+649) Fälle (83% von Gesamt), davon 2.144 Todesfälle (3,4%, +115) ○ In allen chinesischen Regionen <u>abfallende</u> Trends. <p>International 27 Länder (neu: Iran) mit 1.159 (+101) Fällen,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die neuen Fälle: Kreuzfahrtschiff „Diamond Princess“ (+13, insges. 614), Australien (+2), Italien (+1), Japan (+10), Kanada (+1), Singapur (+1), Südkorea (+69) und USA (+1) ○ Trend außerhalb Chinas: ansteigend für Südkorea ○ Restliche Länder Trend stagnierend oder abnehmend ○ Insgesamt 8 Todesfälle(+1)! 2 Iran, 2 „Diamond Princess“ (Japaner), 1 Philippinen, 1 Japan, 1 Frankreich, 1 (neu) Südkorea; Letalität: 0,7%; 39 schwere Krankheitsverläufe (3,7%) ○ Europa (WHO Region) 9 Länder mit 47 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU) ○ „Limited community transmission“ in Hongkong, Japan, Singapur, Südkorea ○ <p>Ägypten: Fall am 19.01.2020 einmalig positiv auf SARS-CoV-2 getestet, testete an drei auf einander folgenden Tagen sechs Mal (PT-PCR-Test/6 Abstriche) negativ -> wird nicht mehr als Fall gezählt</p> <p>ToDo (ZIG/Andreas Jansen): Weitere Informationen zu Testung und Probeentnahme einholen</p> <p>Südkorea: 104 Fälle (+52); 1 Todesfall</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Insgesamt 15 Fälle mit unbekannter Quelle/Transmissionsketten
----------	--

nicht nachvollziehbar

- Zwei große Cluster: „Church Cluster“ (84 Fälle); „Hospital Cluster“ (15 Fälle)

Iran: 5 Fälle (+3);

- Neue Fälle: 2 Fälle aus Qom-Provinz, ein weiterer Fall ein Arzt aus Arak
- Aktuell unklare epidemiologische Lage, zahlreiche unbestätigte Informationen über einen größeren Ausmaß
- Parlamentswahlen (21.02.2020), persisches Neujahr (Nouruz)
- 1. Fall in Kanada gibt eine Reiseanamnese in den Iran an
- Direkter Kontakt mit WHO Iran besteht
- Eine offizielle Anfrage aus dem iranischen MoH für mögliche Kooperation (mögliche Kooperationspunkte: IPC, Labor, Epidemiologie)
- Je nach Entwicklung der Lage sollen die Risikogebiete angepasst werden

ToDo (ZIG/Andreas Jansen): Validierung von Informationen und Entwicklung der Situation (regionale Ausbreitung, Anzahl der Fälle, Maßnahmen) im Iran, Einholung von Informationen zu exportierten Fällen, Informationen zu Reiseströmen zwischen Iran und Deutschland sowie Südkorea und Deutschland

National

- ! Publikation zum Bayern-Cluster ist im NEJM eingereicht

Sachsen-Anhalt:

- ! Veröffentlichung zu Frequenz der Testung auf SARS-CoV-2 im Rahmen der Differenzialdiagnostik auf der Homepage des Landes
- ! Ungenau Terminologie/irreführend

ToDo (FG36/32): Vorschlag Tabellendarstellung erarbeiten und in die AGI einbringen

Diamond Princess

- ! 6 Personen nach Deutschland kommen heute Nacht (1:30) in TXL an,

	<p>Weitertransport mit DRK und lokalen Gesundheitsbehörden koordiniert, häusliche Absonderung für 14 Tage geplant.</p> <p>! 2 Passagiere der Diamond Princess sind in Niedersachsen angekommen und befinden sich in häuslicher Absonderung. Aktuell sind sie asymptomatisch.</p> <p>MS Westerdam:</p> <p>! Flug aus Kambodscha konnte nicht wie geplant in Istanbul landen, sondern musste über Karachi (Pakistan) nach Amsterdam fliegen.</p> <p>! Im Laufe des Tages erfolgte die Weiterreise in die Heimatorte</p> <p>! Kontaktpersonen der Westerdam sollen als Kat. II eingestuft werden.</p> <p>! Vorschlag für Transport vom Flughafen und Umgang mit den Rückkehrern an lokale Behörden kommuniziert</p> <p>! Information der GA des Zielflughafens und GA Heimatort/3 weitere Länder ist am Vormittag erfolgt</p> <p>! IHR Focal Point Malaysia hat die positive Testung des Indexfalles auf Anfrage von FG32 bestätigt</p> <p>! seit 14./15.02.2020 keine neuen Kontakte oder Fälle</p> <p>Bundeswehr</p> <p>! Rückführung von Deutschen aus Wuhan: Abholung von Paris nach Stuttgart, ärztliche Begleitung von Facharzt ÖGD und Gesundheitsaufseher, Start 21.02.2020 von Köln nach Stuttgart, Repatrierte kommen in Kirchheim/Teck in einer Jugendherberge in zentrale Quarantäne.</p> <p>Weitere Repatriierung</p> <p>! Mögliche Rückführung von weiteren 97 Personen aus Hubei, noch keine weiteren Informationen bekannt</p>
2	Erkenntnisse über Erreger
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Anpassung der Risikogebiete basierend auf den neuen Entwicklungen (Iran, Südkorea) am Montag erneut evaluieren</p>
4	<p>Kommunikation</p> <p>! Interviews/Radiobeiträge sollen stärker nach Außen kommuniziert</p>

	<p>werden</p> <p>! Basierend auf dem Vortrag im Internen Seminar soll eine Musterpräsentation für Fortbildungszwecke erstellt werden</p> <p>ToDo (Presse): Im Rahmen des Jour Fixe Abstimmung von Herr Wieler und Frau Glasmacher bezüglich der Veröffentlichung von Interviews/Radiobeiträgen auf der Homepage</p> <p>ToDo (FG36): Erstellung der Musterpräsentation</p> <p>Pressestelle:</p> <p>! Widerkehrende Nachfragen nach dem Zustandekommen der Definition der Risikogebiete</p> <p>! Ressourcen-schonenden Einsatz von Mund-Nasen-Schutz (MNS) und FFP-Masken werden heute veröffentlicht, erhöhte Presseaufmerksamkeit erwartet</p> <p>ToDo (Presse): Kurze Erklärung der Definition als Update auf der Homepage hochladen</p> <p>BZgA</p> <p>! Am Wochenende erneute Schaltung der Informationskampagne (Inhalt unverändert)</p> <p>! Kein Änderung der Kommunikationsstrategie</p>
5	<p>Dokumente</p> <p>! FG 36: <u>Hinweise zu Kontaktpersonen und medizinisches Personal</u>: Vorschlag ist erarbeitet und wird durch Walter Haas erneut geteilt</p> <p>! FG 36: <u>EpiMatrix</u>: Zusammenfassung wie weiteres Vorgehen wird am 26.02.2020 vorgestellt</p> <p>! FG 36: <u>Rahmenkonzept</u>: BMG ist mit der Gliederung einverstanden Rückmeldungen werden von Silke Buda zusammengefasst und weiterbearbeitet (Anhang, Abbildungen) Am 24.02.2020 wird der Entwurf an die Lage-AG und RKI-intern geteilt und soll Mitte nächster Woche als Entwurf an BMG verschickt werden Endgültige graphische Bearbeitung soll durch die Pressestelle erfolgen</p> <p>! IBBS: <u>Anschreiben an die Ärzteschaft</u> wird heute durch IBBS geteilt</p> <p>! FG 36: <u>Ankündigung der Erweiterung der Virologischen Surveillance um SARS-CoV-2</u> geht heute online</p>

<p>6</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Abt 1: Abstimmung für die Laborabfrage über <i>RespVir</i> (FG 15/Böttcher) und online VOXCO-Befragung der virologischen Labore (GHV) (FG32/Seifried) läuft, soll über den Verteiler des Ringversuches geteilt werden</p> <p>Daten sollen regelmäßig möglichst zeitgleich eingehen, zusammengeführt und anschließend evaluiert werden</p> <p>! FG 36/Abt 1:KBV wurde über die Änderung des Diagnostikpapiers unterrichtet und aktuell sind keine Abrechnungshemmnisse bekannt. Es ist nicht bekannt, dass Labore die Testung ablehnen.</p> <p>! FG36: Fachinfos zu SARS-CoV-2 an die KBV-Hotline als Unterstützung ist eine Aufgabe der KV und Ärztekammer. Nur bei expliziten Anfragen an das RKI werden Informationen erstellt.</p> <p>! ZBS1: Survey ECDC zur Situation der Labore in Europa im Hinblick auf Testung auf SARS-CoV-2, Testmethoden, Validierung; Einschätzung der Situation: Labore sind gut aufgestellt. Ergebnisse werden publiziert und geteilt.</p> <p>Namen der Firmen mit bekanntem Kontaminationsproblem sind nicht öffentlich. Bekannte Firmen werden mit deutschen Laboren kommuniziert</p> <p>Italien hat evtl. bald positive Seren.</p> <p>! Abt. 1 /ZBS1: Ringversuch im LabNet ist geplant. In Deutschland gibt es bereits Aktivitäten am KL dazu.</p> <p>! ZBS1: EuroImmun bietet einen serologischen Assay (ELISA IgA/IgG) an, weitere Informationen folgen. Aktuell gibt es weiterhin zahlreiche Versuche ein serologisches Assay zu entwickeln, jedoch bestehen weiterhin Probleme mit Kreuzreaktivität.</p> <p>Altona hat ein PCR-Kit entwickelt.</p>
<p>7</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p>
<p>8</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p>
<p>9</p>	<p>Surveillance</p>

<p>10</p>	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! DRK organisiert den Transport für Rückkehrende der Princess Diamond. Westerdam Passagiere werden durch GA der Heimatorte und GA des Flughafens betreut. Bundeswehr kümmert sich um den Transport der Repatriierten. ! Weiterhin hohes Arbeitsaufkommen im LZ im Bereich Internationale Kommunikation
<p>11</p>	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ! RKI könnte Iran bilateral in dieser Lage unterstützen (klinisches Management/Infektionsmanagement (IBBS), Labor (ZIG 4), Epidemiologie (ZIG). Offizielle Anfrage steht noch aus. BMG wurde über die potentielle Zusammenarbeit mündlich informiert. Bei Konkretisierung sollte AA einbezogen werden.
<p>12</p>	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Lagebericht (deutsch/englisch) wird am Wochenende nur im Fall von neuen Fällen in Deutschland erstellt. Weiterhin jmd. auf „Standby“ einplanen. ! Erreichbarkeit der OEs/Abteilungen am Wochenende aktualisieren und mit LZ kommunizieren
<p>13</p>	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Montag, 23.02.2020, 12:30 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	24.02.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Silka Buda
 - Julia Schilling
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Andreas Jansen
 - Angela Fehr
- ! P4
 - Dirk Brockmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Fälle (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 79.562 (+743) Fälle, 2.619 (+156) Todesfälle; Letalität 3,3% ○ China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 77.457 (+413) Fälle, 2.595 (+149) Todesfälle; Letalität 3,4%; 11.477 in „ernsthaftem“ Krankheitszustand ○ Provinz Hubei: 64.482 (+398) Fälle (81% von Gesamt), 2.495 (+148) Todesfälle; Letalität 3,9%, 8.853 Fälle in „ernsthaftem“ Krankheitszustand ○ International 30 Länder mit 2.105 (+330) Fällen, inkl. 691 (+57) Fälle auf der Diamond Princess; neue Fälle: Südkorea (+161), Italien (+76), Japan (+11), Iran (+15), Vereinigtes Königreich (+4), Kanada (+1), Kuwait (+3), Israel (+1), Bahrain (+1); Todesfälle 24 (+7; Letalität 1,1%) Iran (8), Südkorea (7), „Diamond Princess“ (3), Italien (3), Philippinen (1), Japan (1), Frankreich (1); 76 Fälle in „ernsthaftem“ Krankheitszustand ○ Europa (WHO Region) 9 Länder mit 203 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU) <p>! Dynamische Entwicklung mancher Länder</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Südkorea</u>: 2 Cluster (Kirchengemeinde & Krankenhaus), 1. Fall 20.02. identifiziert, aus Wuhan exportiert, Index ab 10.02. Symptombeginn aber erst am 18.02. bestätigt, dazwischen aktiv in Kirchengemeinde, ab 21.02. starker Fallanstieg, insgesamt (beide Cluster) 7 Todesfälle; auch Pilgerreise nach Israel worunter Fälle waren; einige Fälle ohne identifizierte Verbindung; nationales Krisenwarnsystem höchste Stufe, Kindergärten, öffentliche Bibliotheken etc. geschlossen ○ <u>Italien</u>: 1. Fall am 31.01. bestätigt, chinesische Touristin, dann sporadische Fälle, 21.02. Cluster mit 16 Fällen in Lombardei, weitere 60 Fälle am 22.02., dann auch Fälle in zwei weiteren Regionen (Venetien und Piemont), 23.02. auch Fälle in Emilia-Romagna; insgesamt 3 Todesfälle (ältere Personen), 159 bestätigte Fälle, 26 schwer erkrankt; Infektionsquelle bei Indexfall und im Krankenhaus verstorbenem Fall unbekannt (ca. 30% der Quellen/Verbindungen noch nicht zugeordnet); Quarantäne in 11 Städten verhängt ○ <u>Iran</u>: 2 Todesfälle am 19.02. in Ghom (religiöses Zentrum), Stand 24.2. morgens 43 Fälle mit 8 Todesfällen, insgesamt 14 Provinzen betroffen; dort bleiben öffentliche Einrichtungen geschlossen, viele Ländern haben Flüge dorthin eingestellt (Irak, Kuwait, 	ZIG1

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>Armenien, Georgien); Geschehen vermutlich 4-6 Wochen alt, Fallzahl vermutlich viel höher, exportierte Fälle – letzteres wichtiger Indikator für Risikogebiet-Definition</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hong Kong und Singapur verhältnismäßig ruhig <p>! Risikogebiete: relevant für Falldefinitionen und Umgang mit Reiserückkehrern</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Absteigender Trend in China setzt sich fort ○ Fallzahlenanstieg außerhalb von China, starker Anstieg in Iran, Italien, Südkorea, Japan weniger steil, Australien kleine Fallzahlen ○ Iran ist sensibel: vorherige Absprache mit AA wichtig, vorläufig eher nur Provinz Ghom; dies ist bei ECDC Advisory Forum TK auch Thema ○ So lange Einschränkung und Definition von Risikogebieten möglich ist, sollte diese stattfinden, RKI braucht Konzept für Zukunft, wenn zu viele Risikogebiete um sie zu benennen ○ Vorschlag neuer Risikogebiete an BMG, AA: Provinz Ghom im Iran, Provinzen Lombardei und Venetien in Italien, Provinzen Shincheonji und Cheongdo Daenam in Südkorea <p><i>ToDo: Anpassung Risikogebiete auf der RKI-Webseite morgen, nachdem Info an BMG gegeben und bezüglich Iran mit AA abgestimmt wurde</i></p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fälle, Schwere: Keine neuen Fälle, keine Neuigkeiten ! Update Rückführung/Rückreise/Kreuzfahrt <ul style="list-style-type: none"> ○ Diamond Princess: 8 Personen jetzt in Deutschland, durch DRK nach Hause transportiert ○ Westerdam: 64 Personen, 51 in Deutschland in Kontakt mit GA, 2 in Kontakt über AA (etwas unklar), 11 im Ausland und von diesen 10 in Kontakt mit GA, vornehmlich Kontaktpersonen der Kategorie 2, wenige in Kategorie 1 ○ Wuhan Rückkehrer: in Hotel in BaWü untergebracht und gut betreut ! RKI muss sich dazu äußern, wie mit Italien-Rückkehrer vorzugehen ist ! Terminologie abgestimmt: „betroffene Gebiete“ (nicht-Risiko), Rückreisende aus Ländern in denen es Fälle gab sollen... <p><i>ToDo: Neuer Text zu Passus begründete Verdachtsfälle auf RKI-Webseite</i></p>	<p>Alle</p> <p>FG36 FG32</p>
<p>2</p>	<p>Erkenntnisse über Erreger</p>	<p>FG36/ alle</p>

	<p>! Überarbeitete Epi-Matrix (Erregersteckbrief) wird heute geteilt, baldige Festlegung und Publikation, auch wenn gewisse Aspekte (z.B. Krankheitsschwere) aktuell noch nicht festzulegen sind, Unsicherheit kann/muss anerkannt werden</p> <p>! Neue Studie zeigt Chloroquin Wirksamkeit in der Therapie, reduziert Krankheitsschwere, Evidenz verhärtet sich, ist inhaltlich plausibel, wird heute auch in STAKOB TK besprochen</p>	AL1
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Anpassung des Textes zur Risikobewertung auf RKI Webseite: Vorschlag von L. Schaade (siehe E-Mail, So 23.02.2020 18:43) modifiziert durch Presse, FG36 Input dringend notwendig für schnelle Publikation</p> <p>! Diskussion zum Risiko für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland, gering vs. moderat, Eskalationsmöglichkeit ist notwendig; Bezug zu Grippewelle - aktuell „moderat“ trotz Todesfällen und aktuell saisonalem Höhepunkt</p> <p>! Wahrscheinlichkeit weiterer Ausbreitung/Pandemie, „eine weltweite Ausbreitung des Erregers scheint allerdings zunehmend wahrscheinlich“ ... kann sich durch neue Erkenntnisse ändern</p> <p>! Entscheidung Risiko für deutsche Bevölkerung bleibt vorerst „gering“</p> <p><i>ToDo: Risikobewertung auf der Webseite soll heute noch angepasst werden</i></p>	Alle
4	<p>Kommunikation Öffentlichkeitsarbeit</p> <p>! FAQ zur breiteren Testung, Vorschlag L Schaade (Text siehe E-Mail So., 23. Februar 2020 15:05)! siehe breite Testung unter Dokumente</p>	Presse LS
5	<p>Dokumente</p> <p>! Anlegen breiterer Testung auf SARS-CoV-19,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anpassung Flussschema und Dokument „SARS-CoV-2/ COVID-19 in die Differentialdiagnose einbeziehen“ (letzteres soll auf Webseite unter Diagnostik erscheinen), um differentialdiagnostische Testungen nicht mehr aus-zuschließen, SARS-CoV-19 bei entsprechender Reiseanamnese in Differentialdiagnostik aufnehmen ○ KV benötigt Integration von Differentialdiagnostik in RKI-Falldefinition um Abrechnungsmöglichkeit ambulanter Institutionen zu sichern ○ Flusschema Anpassungen: <ul style="list-style-type: none"> - Grünes Kästchen jetzt Wortlaut „differentialdiagnostische Abklärung“ (statt „kein begründeter Verdacht“) 	LS FG36 IBBS

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>- „NUR“ (bei passendem Bild) und Ambulante Diagnostik wird gelöscht - z.B. Influenza-Diagnostik (nicht Schnelltest) - „Schleuse“ unter „Hygiene“ wird gelöscht</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Text auch Öffnung um ggf. frühe autochthone Fälle zu erkennen: „Zeichen einer Viruspnemonie unklarer Ursache“ ○ Diagnostik muss dafür überall etabliert sein, morgen geht Ringdiagnostik raus, Kaskade, kann zeitnah weiter erweitert werden, ist kein epidemiologisches Instrument, notwendig für KKH (nosokomiale Fälle), Kliniken agieren nach eigener Einschätzung ○ RKI finalisiert Begleitschreiben an Ärzte welches auf fachlicher Einschätzung beruht, dies kann auch von KV übernommen werden und bewegt diese hoffentlich dazu <p><i>ToDo: Anpassung Flussschema, Christian Herzog nimmt Korrekturen vor, Dokument auch auf Webseite</i></p> <p>! Poster/Handzettel für PoE (Flughäfen, jetzt Bahnhöfe/Busbahnhöfe, Häfen noch nicht): wird jetzt generischer gestaltet, ursprünglich für Reisende aus China, jetzt „betroffene Länder“, von ursprünglichem Fokus Flughäfen jetzt zusätzlich in Richtung Bahnreisende, bleibt weiterhin auf Deutsch, Englisch und Chinesisch</p> <p><i>ToDo: FG32 chinesischen Teil noch anpassen und vorheriges (Flughafen) Poster auf Webseite ersetzen und Dokumente streuen</i></p> <p>! Hinweise für Kontaktpersonen mit med. Personal: Vorschlag von W. Haas einer neuen Kategorie III - vertagt</p> <p>! Rahmenkonzept</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auftrag von BMG Rottmann, zunächst Sprachregelung mit Herrn Wieler abgestimmt, Entwurf wurde bereits ausgetauscht ○ Checklisten hinten aus Pandemieplan sollten auch in das Rahmenkonzept, noch zu entscheiden, was von Influenza-Pandemieplan in nCoV-Rahmenkonzept zu erwähnen bzw. abbilden ist ○ Außerdem: für 2-3 Szenarien exemplarische Darstellung (nicht zur Veröffentlichung sondern zur Information des Ministers), Szenario 1 – Italien 2 – Bundesland oder –gebiet mit fortlaufender Übertragung 3 – ganz Deutschland betroffen; entspricht etwas Szenarien ECDC, containment, protection und mitigation 	<p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	---	-------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ OEs hatten bis Freitag Möglichkeit, zu kommentieren, von FG36 überarbeiteter Vorschlag geht an kleinen Verteiler; muss bis Mittwoch ans BMG, bis dahin keine detaillierte Besprechung mehr möglich, wenn BMG-Revisionswünsche eingebaut werden, können RKI-Themen erneut eruiert werden <p><i>ToDo: FG36 finalisiert Rahmenkonzept, morgen Beschluss in der Lage-AG</i></p>	
6	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Survey zur Anzahl Testungen online/ST webpage ist noch stets nicht rausgegangen, ist in den Händen von GFV ! FAQ Aussagefähigkeit des Tests: Vorhersagewert negative Testungen (NPV), negativer Test schließt keine Infektion aus, dies kann aber noch nicht beziffert werden, NPV kann nur in Bezug auf Goldstandard festgelegt werden, z.B. serologische Konversion, Fehler bei Abstrich möglich (Nase besser als Rachen), ist bei aktuellen Fallzahlen noch nicht festzulegen 	FG17/ZBS1 AL3/ FG 17
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nichts neues 	
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Maßnahmen der Sozialen Distanzierung in DEU? - vertagt ! Ressourcenschonender Einsatz PSA - vertagt ! (ggf. später: Bessere Prävention nosokomialer Ausbrüche?; Impfung - was ist in der Pipeline?) - vertagt 	FG 32 FG 36 FG 37 FG 33
9	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Sollte in Deutschland ein Fall aus der Surveillance identifiziert werden: Pressemitteilung vorbereiten ! Treffen zu nächster Phase vertagt <p><i>ToDo: Pressestelle bereitet etwas zu möglicher Fallidentifikation aus dem Meldesystem vor</i></p>	FG32/Presse
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Poster Bahn: s. oben, wird auch in AGI TK heute besprochen ! Anfrage BPOL: kam auf österreichische Information zum gestoppten Zugverkehr gestern, wie sollen wir uns grundsätzlich zu Grenzschießungen positionieren; Antwort von RKI ist bereits erfolgt (würde Einschleppung nicht verhindern, andere Maßnahmen sind wichtiger) ! Befragung der Passagiere aus Flugzeugen mit Direktflügen 	FG32



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	von China einstellen? Frage an BMG, entweder Erweiterung auf neue Risikogebiete oder Aufhebung	
11	Internationales ! Iran: Ende letzter Woche Unterstützungsanfrage von WHO Office Iran, TK heute Morgen mit MoH, WHO Iran, ZIG, Charité, ZIG koordiniert mögliche Unterstützung	ZIG
12	Informationen aus dem Lagezentrum ! Kontinuität vs. Qualität: zahlreiche motivierte MA, aber Vorgehen nicht komplett standardisierbar und kontinuierlich zu sichern ! Lösungsvorschläge für die Zukunft: kontinuierliches Team für Krisenmanagement = Kern, zuzügliche Teilmenge bei Bedarf ! Lösungsvorschläge jetzt: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufforderung an alle im LZ beteiligten, dieselbe(n) Position(en) zu übernehmen und mehrere Schichten zu arbeiten (mindestens 10?) ○ Abteilung 2 um Mitarbeit bitten ○ Periodische Aufrufe (mit Bitte um Mindestanzahl an Schichten) immer wieder notwendig um längerfristige Füllung des Schichtplans zu sichern 	FG32/FG36
13	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Dienstag, 25.02.2020, 11:00-13:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	25.02.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Silka Buda
 - Heiko Jahn
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Michaela Niebank
- ! Presse
 - Marieke Degen
- ! ZBS1
 - Livia Schrick
- ! INIG
 - Andreas Jansen
- ! BZGA : Herr Lang (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Herr Harbaum (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Fälle, Schwere, Risikofaktoren s. Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 80.153 (+591) Fälle, davon 2.703 Todesfälle (+84), Letalität 3,4% ○ China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 77.781 (+324) Fälle, davon 2.666 (+71) Todesfälle, Letalität 3,4%, 9.132 (12%) "ernsthaft erkrankt" ○ Provinz Hubei: 64.786 (+68) Fälle (81% von Gesamt), 2.563 (+68) Todesfälle, Letalität 3,9%, 8.675 (13%) "ernsthafte und kritische Fälle" ○ International 33 Länder mit 2372 (+267) Fällen, davon neu: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 130 Südkorea ▪ 14 Japan ▪ 1 Singapur ▪ 76 Italien ▪ 2 Thailand ▪ 18 USA ▪ 18 Iran ▪ 1 Kanada ▪ 2 Kuweit ▪ 2 Oman ▪ 1 Bahrain ▪ 1 Afghanistan ▪ 1 Iraq ○ Keine neuen „Diamond Princess“ Fälle (insgesamt 691) ○ International 37 Todesfälle, Letalität 1,6% (14 Iran, 9 Südkorea, 7 Italien, 4 „Diamond Princess“, 1 Philippinen, 1 Japan, 1 Frankreich,), 86 schwere Krankheitsverläufe (3,6%) ○ Europa (WHO Region) 9 Länder mit 279 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU) <p>! Risikogebiete/ Maßnahmen International</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Falltrendkurven in chinesischen Provinzen abfallend, in manchen keine neuen Fälle mehr, soziale Distanzierung läuft, Kontaktpersonennachverfolgung bei vielen Fällen (1.200) ○ Trendkurven außerhalb Chinas, insbesondere Japan, Südkorea, Iran, Italien exponentiell zunehmend ○ <u>Italien</u>: Cluster Provinz Lodi in Region Lombardei hat die meisten Fälle (>150), Cluster Venetien danach am meisten betroffen, ein Todesfall im Krankenhaus erst post mortem bestätigt ○ <u>Südkorea</u>: nimmt rasant zu, Shincheonji Church und Cheongdo Daenam Hospital cluster, neben China weltweit größter Ausbruch, neue Fälle primär mit den 	ZIG1



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>beiden Hauptclustern vernetzt; 15 Länder haben Reisewarnungen bzgl. Südkorea veröffentlicht, Wärmebildkameras und digitale Tools wurden etabliert</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Japan</u>: 1. Fall am 15.01. Busfahrer aus China, weitere Importe und familieninterne Infektionsketten, 160 Fälle insgesamt, 1 Todesfall, 7 der Fälle mit unbekannter Infektionsquelle, 1 Ehepaar nach Urlaub in Hawaii positiv bestätigt, weite Verteilung im Land, auch Fälle in ländlichen Regionen ohne offensichtliche Verbindung zu anderen Fällen ○ <u>Iran</u>: 61 Fälle mit 14 Todesfällen, exportierte Fälle nach Kanada, Libanon, VAE, Afghanistan, Irak, Bahrain und Oman, Grenzschluss durch Kuwait, Afghanistan, Pakistan, Türkei <p>! Risikogebiete RKI Definition auf Webseite aktualisiert</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ China: wie gehabt ○ Iran: Provinz Ghom ○ Italien: Provinz Lodi in Region Lombardei, Stadt Vo in Provinz Padua in Region Venetien ○ Südkorea: Provinz Gyeongsangbuk-do (Nord-Gyeongsang) <p>National</p> <p>! Fälle, Schwere: 1 weitere Entlassung, 1 verbleibender Fall, der wieder Fieber hat und nachweisbare Viruslast, auch bei entlassenen noch Virusausscheidung im Stuhl</p>	FG36
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Epi-Matrix/Steckbrief</p> <p>! Besteht aus als interessant erachteten Parametern, diese wurden OEs zugeordnet (jeweils Kontakt-person identifiziert) und in ein Template eingefüllt, Inhalte heute nicht im Detail besprochen</p> <p>! Titel noch anzupassen (beinhaltet zweimal die Krankheit)</p> <p>! Link wird herumgeschickt um Möglichkeit zu kommentieren zu geben, anschließend Diskussion bezüglich Veröffentlichung da Infos dringend gebraucht werden, auch wenn sie noch nicht gesichert sind, Inhalte beruhen auf Studien, die von RKI als vertrauenswürdig angesehen werden, teilweise kleine Fallzahlen (n kann hinter Angaben vermerkt werden), einige Paper sind noch Preprints/nicht peer-reviewed und werden als solche markiert, Referenzliste kommt ans Ende</p> <p><i>ToDo: Anfang nächster Woche durch FG36 an involvierte OEs (s. Zuständigkeitstabelle unter Lage-Ordner hier)</i></p>	FG36
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Risikobewertung in angepasstem Wortlaut seit gestern auf</p>	

	<p>RKI-Webseite aktualisiert</p> <p>! Aktualisierung der Risikogebiete nach Rückmeldung von BMG</p>	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>Presseanfragen/Hotline</p> <p>! Presse hat extrem viele Anfragen, u.a. wird kritisch gesehen, dass RKI Risikogebiete gestern nicht aktualisiert hat</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Massenweise Bürgeranfragen, inklusive Ärzte, Presse zusehends überlastet, alleine 270 heute Morgen ○ Viele Musterantworten bestehen und sind meist aber nicht immer genügend, Musterantworten aus eingehenden Fragen werden weiter erstellt ○ Bürgeranfragen relevant bei möglichen begründeten Verdachtsfällen, ÖGD und Ärzte = RKI Verantwortung ○ Könnte LZ hier bei fachlichen Anfragen unterstützen (Presse würde weiter filtern)? Zusätzliche LZ Position zur Beantwortung von fachlichen Anfragen? ○ Hotline für Fachöffentlichkeit könnte viel abfangen und sehr hilfreich sein, lokale Behörden sind auch (bald) überfordert <p><i>ToDo: neue Position im LZ Beantwortung fachlicher Fragen (bitte erneut mit LZ-Leitung bestätigen)</i></p> <p>! BMG Bürgerhotline gestern von 30-40 auf >400 Anfragen/d</p> <p>! BZgA: Bürger-Hotline ist outgesourced an Telemark, würde an Kapazitätsgrenzen kommen wenn (viel) mehr</p> <p><i>ToDo: Abstimmung mit BZgA und Presse nach Lage-AG bezüglich Bürgerhotline</i></p> <p>Webseite Aktualisierungen</p> <p>! Änderungen seit gestern/Updates: Teaser Italien angepasst; neue Risikobewertung; FAQ Aktualisierung (läuft heute weiter); Dokument zu Differentialdiagnose; Link zu Medienberichten RKI; warten auf Flussschema</p> <p>! In Vorbereitung: Kommunikation zu möglicher Pandemie, Science Media Centre hat bereits etwas hierzu vorbereitet</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Integration in FAQ, wann? Eher zeitnah ○ Pandemie Erklärung ist Aufgabe des WHO DG, Wortlaut RKI soll sein „wenn es zu weiteren Fällen in Deutschland kommt“, nicht „Pandemie“ ○ Presse bereitet etwas vor und zirkuliert im kleinen Kreise <p><i>ToDo: (keine Aufgaben ID notwendig?) Vorbereitung Text nächste Phase (Presse)</i></p> <p>! Grippeweb Plus ist in Planung, viel noch zu klären, zu früh um Kommunikation hierzu vorzubereiten/zu starten</p>	Presse alle
5	Dokumente	



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>Flussschema</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gestern STAKOB TK: Definition italienischer Provinzen als Risikogebiete hätten zu zahlreichen Hospitalisierungen geführt ! Vorschlag IBBS: Definition Risikogebiete bezieht sich weiter strikt und begrenzt auf sustained community transmission, Flussschema wird um dritte (zweite grüne, ambulante) Schiene angepasst, Wortlaut „Region mit gehäuften COVID-19 Fällen“, Personen können auch über ambulante Schiene gehandhabt werden, ist auch eine Vorbereitung der Handhabung von erkrankten im Sinne der nächsten Phase, wenn es mehrere Fälle in Deutschland gibt <ul style="list-style-type: none"> o Nächste Phase: begründete Verdachtsfälle ambulant o Endstufe auch bestätigte Fälle auch ambulant (bei passendem familiären Umfeld) ! Presse hat FAQ angepasst bezüglich Differentialdiagnostik Dokument, zwei Fragen wurden zusammengefasst, Feedback erwünscht ! Kohärenzfrage: Differentialdiagnose bei Reiseanamnese und unklaren Viruspnemonien, letztere werden allerdings nur in Kliniken und nicht ambulant gesehen, deswegen zunächst Sensibilisierung der STAKOB Zentren ! Text für Ärzte wird herausgenommen und nur Flussschema auf Webseite beibehalten <p><i>ToDo: Flussschema Anpassung und Fertigstellung durch IBBS</i></p> <p><i>ToDo: Vorbereitung Flussschema und Falldefinition für Situation wenn vermehrt Fälle in Deutschland auftreten</i></p>	IBBS/FG36/alle
6	<p>Labordiagnostik</p> <p>AGI Sentinel Integration</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Läuft an, Schreiben ist raus und Labore haben die neuen Dokumente erhalten ! Rückmeldung von individuellen Bedenken: Angst vor häuslicher Quarantäne da Beprobung wahrscheinlich nicht unter notwendigen Schutzmaßnahmen stattfindet ! Einschätzung AL1: ist Einzelmeinung, noch kein anderes Feedback in diesem Sinne erhalten, deswegen prospektive Einführung bei nicht-begründeten Verdachtsfällen ! 100 Praxen senden ein, Praxisindex= 500 mit 800 Ärzten 	FG17 FG36
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anschreiben für Ärzte wurde durch IBBS erstellt und von anderen kommentiert, geht nicht raus, stattdessen klare Handlungsanweisung an Ärzte sich an Flussschema (auch neue Säule drei) zu orientieren, zeitgleich wird Kontakt zu KV 	IBBS/AL1

	<p>aufgenommen</p> <p><i>ToDo: Fertigstellung Flussschema, zusammen mit Handlungsanweisung raus/Veröffentlichung</i></p>	
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Bevölkerungsbasierte Quarantänemaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Müssen besprochen werden und RKI soll sich hierzu positionieren: WHO lobt China, empfiehlt Quarantäne, BMG verunsichert, Minister möchte dies noch vermeiden (aktuell zsm. mit Präs in Italien um dies abzuwenden/zu relativieren), dafür muss Evidenz dagegen zusammentragen und Alternativen präsentiert werden, z.B. Evidenz für Absage von Massenveranstaltungen, keine Evidenz für Quarantäne von Gebieten ! GHSI bereitet auch Papier vor ! Direkter Auftrag über Abteilungsleitungen an FG36 Silke Buda: Maßnahmen persönlicher Distanzierung ohne ganze Ortschaften abzuriegeln, Abwägung was das eine oder andere bringt/ was dagegen spricht, z.B. freiwillige Quarantäne als Alternative zur Absperrung von Berlin ! Bei AGI TK gestern sehr lange diskutiert, keine Einigung, auch nicht über Rechtsgrundlage (IfSG oder nur Katastrophenfall), BE, NS, SH sagen auf keinen Fall, BaWü eher ja, HB nicht jetzt vielleicht morgen <p><i>ToDo: FG36 Silke Buda erstellt Aufschlag zu bevölkerungsbasierter Quarantänemaßnahmen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! IBBS und FG14 haben Dokumente für Kontaktpersonen im häuslichen Umfeld erstellt: (1) häusliche Quarantäne, Merkblatt für betroffene, (2) ihr Ansprechpartner das GA, beide sehr relevant und sinnvoll, werden fertiggestellt und an GA verteilt <p><i>ToDo: IBBS und FG14 stellen Dokumente fertig</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bevorratungsstrategie wird noch bei IBBS besprochen, folgt ! News aus Italien: bestätigter Fall hat in München Großveranstaltung besucht, aktuell Klärung durch LZ 	<p>Alle/FG36</p> <p>IBBS/FG14</p> <p>IBBS FG32</p>
9	<p>Surveillance</p> <p>Modellierung Szenario Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Abschätzung möglicher Fallzahlen in Deutschland: Erste Gespräche zwischen Udo Buchholz und Matthias an der Heiden, dies soll an BMG und dann an die Länder gehen, damit diese abschätzen können, wie Bedarf, Auslastung und Lücken aussehen, in Epi-Matrix gibt es Abschätzung der Todesfälle; ein „educated guess“ ist besser als keiner/uneducated; in 2009 lagen alle Modellierungen zu hoch, bashing findet immer statt, besser zu viel als zu wenig warnen ! Vorbereitung des Gesundheitssystems ist personen- und 	<p>FG36</p>

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>institutionsabhängig, manche sind sehr gut vorbereitet (z.B. Maskenvorrat), manche nicht, Flaschenhals ist intensivmedizinische Kapazität in Krankenhäusern</p> <p>! BMG will maximale Sicherheit um Vorwürfe zu vermeiden, erwägt dabei nicht immer resultierende Maßnahmen</p> <p><i>ToDo: FG36 und FG34 Matthias an der Heiden bereiten Abschätzung möglicher Fälle in Deutschland vor</i></p> <p>! Anfrage von Gérard Krause ob SORMAS nutzbar ist wird geprüft</p>	Abt. 3
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Poster mit Informationen für reisende (Flughäfen und Bahnhöfe) wird ausgedehnt auf Personen die aus Gebieten in denen Fälle vorkommen einreisen, und Vorgehensweise angepasst: melden bei GA nur bei Symptomen, z.B. „wenn sie aus einem Gebiet, in dem es Fälle gibt kommen, bleiben sie nach Möglichkeit zu Hause und verhalten sie sich entsprechend...“ RKI-Empfehlungen (täglich bei GA melden streichen), Absonderungsbescheid notwendig um Arbeit fern zu bleiben, schwierig für selbstständige, Papier muss heute an BMG Rottmann</p> <p>! Generell sind gröbere Schritte, die nicht so häufig der Anpassung bedürfen, sinnvoll, Empfehlungen müssen realistisch und vorausdenkend sein, und nicht reaktiv hinterherhängen</p> <p><i>ToDo: wird in AGI besprochen und heute noch an BMG geschickt</i></p>	FG32
11	<p>Internationales</p> <p>! Nichts neues</p>	
12	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <p>! Nichts neues, noch einige Schichten diese Woche zu füllen</p>	FG32
13	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 25.02.2020, 11:00-13:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum</p>	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	26.02.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler (per Telefon)
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
 - Andrea Sailer
 - Matthias an der Heiden
- ! FG36
 - Silka Buda
 - Wei Cai
 - Udo Buchholz
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
 - Nadja Bersug
- ! Presse

- Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Livia Strick
- ! INIG
 - Andreas Jansen
 - Basel Karo
- ! ZIG3
 - Silva Lauffer (per Telefon)
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Herr Harbaum, dann Frau Roßmann (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
0	<p>Bericht China Einsatz von Tim Eckmanns</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Feldeinsatz <ul style="list-style-type: none"> ○ Abreise 15.02., Tim jetzt zurück und voraussichtlich Freitag wieder im Büro ○ Team: 2 Personen aus USA, 2 aus Russland, Chikwe aus Nigeria, auch vertreten Japan, Südkorea, Hong Kong, und Singapur ○ Ziel war besseres Verständnis der Situation in China ! Genereller Eindruck <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausbruch war nicht containbar ○ Zahlen glaubhaft und gut erfasst, alles läuft exzellent zusammen ○ Mittlerweile sehr gute Strukturierung der Response, finden fast alle Fälle, ○ Keine große Fläche an asymptomatischen Fällen mehr, generell nicht so viele asymptomatisch wie oft angekündigt: 1000 HCW wurden beprobt, 86 positiv, nur 1 von diesen ohne Symptome ○ Es werden immer CTs gemacht, oft Lungenveränderungen ohne bildhafte Symptome, Symptome stehen nicht im Vordergrund ○ Schneller Fallanstieg anfangs 10.-22.01., 23.1. bis 02.02. Rückgang, 02.02. wurden sehr viele Patienten einbestellt und untersucht, alle Anfang Februar Symptombeginn, Artefakt aber dennoch real ○ Falldefinitionen-Anpassungen: zwischendurch nicht genug Testkapazitäten, klinische Fälle ohne Test als bestätigt mit aufgenommen, als Testungen wieder gingen, wurde Ansatz aufgehoben, war sinnvoll um sicheren Fallüberblick zu haben ○ Neue Fälle weltweit haben jetzt nicht mehr viel mit China zu tun ○ In China ist Fallkurve anfangs stark gestiegen und RO wurde kaum reduziert, durch Maßnahmen wurde das Geschehen eingedämmt (RO <1 erreicht) ! Erregereigenschaften 	FG37



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zoonotischer Ursprung, wahrscheinlich mehrere overspills, mehrere Übertragungsinstanzen auf dem Markt ○ Altersverteilung: Kinder 2% der Fälle in großer Studie, Kinderkrankenhaus bestätigt alle ohne Komplikationen; auch in Trans-missionsketten nicht prävalent; Schulen, Kitas stehen nicht im Vordergrund, Kinder kein wichtigen Glieder in Transmissionsketten; scheiden lange im Stuhl aus aber unklar, ob lebendes Virus; Rolle der Kinder eher untypisch untergeordnet (anders als Influenza), mehr Studien müssen erfolgen ○ Nicht alle jüngeren Fälle haben ARDS, letztes Wochenende sind 2 junge Ärzte (in 20-ern) gestorben, möglicherweise große Erschöpfung durch große Arbeitsbelastung (geschwächtes Immunsystem), vor Ort Schock, dass sie trotz des guten Medizinsystems nicht überlebt haben, ○ Manche Fälle beginnen mild, werden schlimmer und sterben, generell sterben vor allem severe und critical cases ○ Klassische Risikofaktoren, Lungenvorerkrankungen, Diabetes, ob Rauchen Rolle spielt nicht klar ○ Routes of transmission, jetzt vor allem in Haushalten, vorher HCW und auch nosokomiale Übertragung ○ Interessante Studie in Peking: von Ende Januar bis 13.02. 15.000 ILI Patienten getestet, alle negativ ! Klinisches Management <ul style="list-style-type: none"> ○ Hinweise auf Therapie Ansätze: Studien die laufen, 1 mit Chloroquin, auch zu Virostatika, kombinieren alle Ansätze mit TCM ○ Viele Studien laufen, davon einige auch nicht so gute, Konkurrenz um Patienten ○ Einige Fälle gehen in ARDS, ECMO in China relativ weit verbreitet ! Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ○ Quarantänemaßnahmen werden als effektiv und erfolgreich angesehen, des weiteren Hygienemaßnahmen wie Händewaschen, in China tragen in der Öffentlichkeit alle überall Masken ○ Contact tracing geschieht wie man sich das vorstellt und wie aus Ebola bekannt, jeder Fall wird befragt, jeder Kontakt befragt und für 14d in Hotel gebracht, in Wuhan 1200 Teams à 5 Leute, freiwillig rekrutiert, bringen z.B. auch Lebensmittel ○ Wuhan unter Lockdown seit 10d, keiner verlässt die Wohnung, Essen wird online geordert, Stadt ist leer ○ Bei HCW zu totaler Schutzkleidung übergegangen um nosokomiale Übertragung zu minimieren, alle auch aktuell mit Schutzbrille, Maske und Ganzkörperanzug; 	
--	--	--

	<p>kaum noch Übertragungen; intensives Monitoring der HCW; psychologische Unterstützung; achten auf Pausen; 40.000 HCW wurden aus anderen Provinzen nach Hubei geschickt</p> <p>! Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche der nicht-pharmazeutischen Maßnahmen ist die wichtigste? Klassische epidemiologische Arbeit ganz wichtig, Vorbereitung der GA ○ Absperren von Ortschaften, Stadtteilen, Zonen-Einrichtung: sinnvoll oder kontraproduktiv? In China geht dies und funktioniert, Ausbruch wurde dadurch besser in den Griff bekommen, diese Maßnahmen müssen an Ausbruchssituation angepasst sein, anderenorts ist dies nicht möglich, wäre sinnvoll ist aber ggf. nicht realistisch durchführbar 	
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 81.016 (+863) Fälle, davon 2.764 (+61) Todesfälle, Letalität 3,4% ○ China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 78.191 (+410) Fälle, davon 2.718 (+52) Todesfälle, Letalität 3,5%; 8.552 (10,9 %) "ernsthaft erkrankt" ○ Provinz Hubei 65.187 (+401) Fälle (80,5 % von Gesamt), 2.615 (+52) Todesfälle, Letalität 4,0%, 8.326 (13%) "ernst" ○ International 37 Länder (+4) mit 2.825 (+453) Fällen, davon neu <ul style="list-style-type: none"> ▪ 253 Südkorea, 94 Italien, 34 Iran, 24 Bahrain, 11 Japan, 7 Kuwait, 7 Spanien, 1 Singapur, 3 Thailand, 4 USA, 3 Deutschland, 2 Frankreich, 2 Oman, 4 Irak, 2 Österreich, 1 Schweiz, 1 Kroatien, 1 Algerien ○ Keine neuen Diamond Princess Fälle (insges. 691) ○ International 46 Todesfälle, Letalität 1,6% (15 Iran, 12 Südkorea, 11 Italien, 4 Diamond Princess, 2 Japan, 1 Philippinen, 1 Frankreich), 104 schwere Verläufe (3,7%) ○ Europa (WHO Region) 12 Länder mit 384 Fällen (+105) (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU, Österreich, Schweiz, Kroatien) <p>! Risikogebiete Entwicklung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Trends in China sinkend, Hong Kong leichter Anstieg ○ <u>Italien</u>: +92 Fälle, 11 Todesfälle (3%), 2 Cluster, mehr Fälle auch in anderen Provinzen; viele Fälle außerhalb Italiens in Verbindung: Spanien, Österreich, Algerien ○ <u>Südkorea</u>: neue Fälle derselben 2 Cluster, 15 Länder haben Reisebeschränkungen etabliert ○ <u>Iran</u>: 34 neue Fälle, 16 Todesfälle (16%) <p>! Risikogebiete RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Erweiterung Risikogebiete Norditalien: RKI ist dafür, 	ZIG1



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>auf Gesamtprovinzen Lombardei und Venetien zu erweitern, ECDC hat aktuell China, Hong Kong, Singapur, Südkorea, Iran, und drei Provinzen (auch Piemont) in Italien</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bespricht Präs heute mit BMG, RKI hofft es schnell anpassen zu können <p>AA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Besorgt um Konsequenzen bezüglich Transport, Wirtschaft, usw. wenn Erweiterung der Risikogebiete ! Absprache mit Italien wie community transmission dort eingeschätzt wird sollte stattfinden ! Härtestes Kriterium ist, dass Fälle exportiert werden <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BaWü <ul style="list-style-type: none"> ○ 25-jähriger Italien-Rückkehrer mit 13 Kontakten unter häuslicher Isolierung, klinisch stabil, ist selber zum GA und wurde abgestrichen, dann doch hospitalisiert, Partnerin mittlerweile auch bestätigt ○ Hatte knapp 48h nach Flug erste Symptome, deswegen keine Flug-KoNa, Mailand wurde informiert, Fall war schnell in Medien, §12 Übermittlung folgte zeitnah ○ Noch überschaubar, keine Unterstützungsanfrage ! NRW, LK Heinsberg, 300-400 Personen-Dorf <ul style="list-style-type: none"> ○ 47-jähriger, Immobilienmakler, mit wahrscheinlichem chinesischen Geschäftspartner, seit 14d Symptome, schwere Grunderkrankung (malignes Melanom), zunächst nicht schwer erkrankt, war auf Karnevalsveranstaltung und -Sitzung, er und Ehefrau (jetzt auch positiv bestätigt) lange symptomatisch, diverse Kontakte zum Gesundheitssystem, Uniklinik, Apotheke, Radiologie, auch Familienkontakte, zwei schulpflichtige Kinder, war in Hotel in NL, wurde in Krankenhaus in Düsseldorf gebracht, schwer krank und intubiert, experimentelle Therapeutika werden besorgt, ○ KoNa eingeleitet, auch §12 übermittelt, NRW hat Krisenstab einberufen, Landrat hat heute Schulen geschlossen und Veranstaltungen abgesagt ○ NL haben bereits angefragt, bevor wir §12 Übermittlung hatten ○ Alle Kontaktpersonen als Kategorie 1 gehandelt, 400 Personen wurde Heimquarantäne nahegelegt (nicht angeordnet) ○ NRW bittet um Unterstützung, RKI stellt Team zsm., 2-3 RKI MA sollen hinfahren ! Verdachtsfall Übermittlung: 53 validierte begründete Verdachtsfälle (+6), 11 ausgeschlossen, für 1 in Neukölln steht Ergebnis noch aus 	<p>IBBS</p> <p>FG32/FG36</p>
--	--	------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ! §12 übermittelte Fälle sollen auch in SurvNet eingegeben werden, hieran wird systematisch bei §12 Erhalt erinnert ! Deutschlandinterne Risikogebiete zu erklären: wird verfolgt, heute noch nicht genügend Informationen ! Einige Bundesländer wollen bereits aus Containment in nächste Phase ! Info über EWRS <ul style="list-style-type: none"> ○ Spanien bittet um Rückführung der Hotelgäste in ihre jeweiligen Länder, möchten Hotel auflösen ○ Darunter sind 152 deutsche Staatsbürger und viele andere (vor allem europäische) Nationalitäten ○ Bundeswehr war noch nicht informiert und macht sich schlau 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger Epi-Matrix/Erregersteckbrief</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Infos werden jetzt gebraucht, gestern erneut rumgeschickt ! Bestehende Vorbehalte müssen erwähnt werden, es handelt sich um Expertenauslese aus verfügbaren Daten, soll morgen publikationsreif sein, morgen Nachmittag auf die Webseite <p><i>ToDo: Finalisierung Epi-Matrix/Erregersteckbrief, Publikation online morgen Nachmittag</i></p>	FG36/alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Homepage aktualisiert, jetzt Risiko für Allgemeinbevölkerung in Deutschland "niedrig bis mäßig", passt besser zu aktueller Einschätzung <p>Modellierungsansätze zu COVID-19-Szenarien (Folien Link)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Modellierung der Fallzahlen aus 3 Aspekten aufgebaut <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausbreitungsdynamik: Anzahl Suszeptibler wohl überwiegender Anteil der Bevölkerung, R0 steuert Gesamtbetroffenheit Dauer Infektiosität ! schnelle der Ausbreitung, Infektiosität der asymptomatischen Fälle Gegenmaßnahmen ! damit wird Ausbreitung determiniert ○ Auswirkung: % erkrankter, hospitalisierter, toter ○ Auswirkung aufs Gesundheitssystem: Dauer ! s. Folien für Details Fallzahlen pro Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> ○ Maßnahmen hängen stark von % asymptomatischer Übertragungen ab ○ R0 von 2 relativ niedrig angesetzt, 95% erkranken nicht, R0 von 3, schnellere Dynamiken, höhere Anzahl von infizierten und bei älteren toten ○ Bei >60-jährigen bis zu 100.000 Todesfällen (R0 = 2), viele wären sich der Infektion nicht bewusst ○ Verlangsamung wenn Übertragung im Sommer reduziert (1/3 von Winter), saisonaler R0 	<p>alle</p> <p>Buchholz/an der Heiden</p>

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>! Motivation RKI-Modellierung von Fallzahlen und sinnvollen Maßnahmen: beunruhigende Zahlen sorgen für Aktivismus, wie infizierte am besten aus dem System nehmen, um Klinik-Belastung zu reduzieren, dient der Empfehlung „Entfernung von Infektionsherden aus dem Geschehen nur durch X, Y, Z möglich“</p> <p><i>ToDo: Modellierung möglicher Maßnahmen</i></p>	
<p>4</p>	<p>Kommunikation</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Risikobewertung angepasst, schnelle Aktualisierung essentiell ! BMG geht heute Nachmittag alleine an die Presse, eventuell wird Krisenstab ausgerufen, keine vorab-Äußerung zu Situation in den Bundesländern ! BMG Pressesprecher kündigt auch regelmäßige Presse-statements des RKI an, morgen 10 Uhr die erste, wahrscheinlich täglich ca. 45 Minuten: Situationsdarstellung, 1-3 Fragen, bilaterale Interviews ! Presse führt inhaltliche Beantwortung von Anfragen weiter, verweise auf Schaade Interview ! FAQ Aktualisierung läuft ebenfalls weiter <p>RKI Webseite</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Webseite hat Probleme und ist nicht gut verfügbar (Versechsfachung der Zugriffszahlen), ITZ Bund ist informiert und Herr Golz hinterher ! Hinweis hierzu und auf Schaade Interview auf Twitter ! LZ hat wichtigste Dokumente als ZIP-Dateien an anfragende geschickt <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Sucht Übersetzungsbüros ins Koreanische ! Merkblätter werden ggf. noch verschönert ! Heute um 15 Uhr TK mit BMG und RKI <p>Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Auch extrem viel Nachfragen ! Personal weltweit verteilt, Erwägungen zu Rückführungen laufen <p>BMG Hotline</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ist ausgelastet ! Rostock kann Hotline nicht aufstocken ! NRW hat eigene Hotline <p>ITB Berlin (04.-08.03.2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Behauptet BMG hat in Abstimmung mit RKI Einschätzung 	<p>Presse</p>

	<p>als sehr gering ausgesprochen</p> <p>! Presse hat bereits Kontakt zur Korrektur aufgenommen</p>	
5	<p>Dokumente</p> <p>Flussschema</p> <p>! Soll helfen folgende Fragen zu beantworten: Muss ich testen? Muss ich hospitalisieren?</p> <p>! Mit neuen Fällen in Deutschland Situation ändert sich viel</p> <p>! Ist an Risikogebiete gekoppelt, wird primär als „im Zusammenhang mit Ausland“ verstanden, aber Unsicherheit bezüglich Italien und Bundesländer wächst rasant an</p> <p>! Testung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ambulante Testung ist möglich, wäre starke Vereinfachung, dadurch wird Containment nicht aufgegeben aber Entscheidungsbaum einfacher ○ Testen in Krankenhaus anderes Thema, Vermeidung nosokomialer Verbreitung <p>! Vorgehen mit Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Niedergelassene Ärzte machen sich Sorgen, um ihren Schutz, Umgang mit Patienten in Praxis, sind alleine gelassen, Hilfe für diese wichtig ○ Stationäre Aufnahme begründeter Verdachtsfälle nicht lange realistisch, bald in Deutschland (NRW?) und im Ausland keine strikte Trennung mehr von begründet und nicht begründet ○ Möglicherweise demnächst Mio. von Verdachtsfällen, die unter Risikogruppen fallen, Krankenhäuser werden überfordert sein ○ Vorschlag: Hospitalisierung nur noch nach Erkrankungsschwere und häuslichen Umständen, zunächst weiter bestätigte Fälle ins Krankenhaus, aber Vereinfachung für Verdachtsfälle ○ Ist jetzt der richtige Zeitpunkt, begründete Verdachtsfälle auch wenn möglich stationär zu behandeln? <p>! IBBS setzt Vorschlag um und stimmt in kleinem Kreise ab</p> <p>! Übermittlung von Verdachtsfällen muss sich weiter an Falldefinition orientieren</p> <p><i>ToDo: Fertigstellung und Abstimmung Flussschema durch IBBS, schnelle Veröffentlichung</i></p> <p><i>ToDo: Vorbereitung einer Karte für Deutschland wo Fälle sind</i></p> <p>Weitere Dokumente in Arbeit</p> <p>! Häusliche Quarantäne Dokument, Abstimmung mit FG36, heute bis 15 Uhr auf Webseite</p> <p>! Konzept für Umgang mit begründetem Verdachtsfall in häuslichen Umfeld bis zu Laborergebnis (ca. 24h), muss heute gemeinsam mit Flussschema raus</p> <p>! Konzept für Umgang mit bestätigtem Fall zu Hause wenn Behandlung zu Hause erfolgt</p>	<p>IBBS</p> <p>IBBS/FG36/ FG14 Alle</p>

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<ul style="list-style-type: none"> ! Maßnahmen in der Bevölkerung als Alternativen zu staatlich angeordneter Quarantäne, kontaktreduzierende Maßnahmen, RKI Pandemieplan besteht, darauf wird verwiesen, ist BMG nicht genügend bekannt ! Papier zur Medikamenten Bevorratung <ul style="list-style-type: none"> o Gestern Gespräch mit Halfmann und Rottmann, möchten RKI Position zu Aussage ob Bund bevorraten muss o Sollten wir manche Medikamente bevorraten (z.B. auch RKI als Arbeitgeber für Angestellte); was ist sinnvoll bei welchen experimentellen Therapeutika, Remdesivir, Kaletra und Chloroquin! Datenlage eigentlich noch nicht genügend zur Beschaffung o BMG soll mit Herstellern Kontakt aufnehmen um Verfügbarkeit abzuklären, wenn schlecht, Entscheidung ob Risiko der Beschaffung erfolgen soll ! BfArM: Position veröffentlicht zu Exportstopp für bestimmte Medikamente aus Deutschland <p>Rahmenkonzept</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fertig, abgestimmt, Entwurf geht heute ans BMG, Silke Buda finalisiert und schickt es ab 	<p>FG36</p> <p>IBBS</p> <p>FG36</p>
6	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gestern 17-18 Proben mit den neuen Unterlagen eingegangen, alle negativ, heute Morgen 40-45, nimmt weiter zu, Integration ist gut angenommen ! Kopplung an Ringversuche: 3.500 Labore auf Diagnostikerweiterung angesprochen um Laborbasis zu verbreitern, Brief ging gestern raus und es gab bereits Rückmeldungen ! Erwartet Viren aus Italien und Japan ! Fragen von italienischem Fernsehen wie viel in Deutschland getestet wird, Umfrage läuft, Zahlen erst nächste Woche, ca. 1.000 im KL, KL und BW insgesamt 2.000 bisher, Äußerung „mehrere Tausend“ durch Presse ist ok 	<p>FG17/</p> <p>AL1</p> <p>ZBS1</p> <p>Presse</p>
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nichts neues 	<p>IBBS/FG14/ FG37</p>
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! PSA Diskussion reißt nicht ab, MNS knapp, FFP2 knapp, Anfragen ob abgelaufene Masken benutzt werden können ! Evidenz für MNS – keine Studien die Kontraproduktivität belegen/dagegen sind, keine Evidenz dafür ! ECDC empfehlen sie nicht für gesunde Personen in der All- 	<p>FG14 alle</p>

	<p>gemeinbevölkerung</p> <p>! RKI bleibt dabei: nicht empfohlen in der Öffentlichkeit, in häuslichem Umfeld mit Fall ja, auch zum Schutz anderer</p>	
9	<p>Surveillance</p> <p>! Weiter §12 Übermittlungen</p> <p>! Bitte Länder in AGI TK zu motivieren zeitgleich mit §12 Übermittlung in SurvNet zu übermitteln, mehr Informationen und einfacher verwertbar, z.B. Darstellung Fälle auf Karten</p> <p>! Falldefinitionen – müssen sie wegen deutscher Fälle geändert werden? Nein, auch Empfehlungen für Ärzte ändern sich aktuell nicht</p> <p>! KoNa Kategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufenthalt im gleichen Raum= Kategorie 2, >15 Minuten face-to-face Kategorie 1, Kategorie 2 Kontakte zu freiwilliger Kontaktreduzierung stimuliert ○ Bei Anordnung finanzielle Entlastung, staatliche Katastrophenschutzmittel sollten zur Verfügung gestellt werden, freiwillige Quarantäne nicht finanziell gesichert, GA entscheiden am Ende selber, RKI sollte Flexibilität vermitteln <p>! Testungen weiterhin nur bei symptomatischen Kontaktpersonen, auch wegen Risiko der falschen Sicherheit, Gesundheitssystem ist ausgelegt für Diagnostik bei Symptomen</p>	FG32
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Minister haben sich geeinigt, keine Grenzschließung, Absagen von Massenveranstaltungen sollten erwogen werden</p> <p>! Ansonsten nichts neues zu berichten</p>	FG32
11	<p>Internationales</p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIG
12	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <p>! Noch Lücken im Schichtplan, auch neu kreierte Position Presseunterstützung noch leer, Aufruf ging raus</p> <p>! IBBS kann fachliche Anfragen an Infektiologen übernehmen, wenn Kliniken anrufen, müssen vorher gefiltert werden</p> <p>! Heute Morgen fand neue LZ-Schulung statt</p>	FG32
13	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Donnerstag, 27.02.2020, 11:00-13:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum</p>	



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

--	--	--

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	27.02.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG36
 - Silka Buda
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Marica Grossegesse
- ! INIG
 - Andreas Jansen
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 82.167 (+1.151) Fälle, davon 2.798 (+34) Todesfälle, Letalität 3,4% ○ China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 78.628 (+437) Fälle, davon 2.744 (+26) Todesfälle, Letalität 3,5% ○ Provinz Hubei 65.596 (+409) Fälle, davon 2.641 (+2) Todesfälle, Letalität 4,0% ○ Die Maßnahmen in China laufen wie bisher und sind nicht gelockert worden. ○ International das erste Mal mehr neue Fälle als innerhalb Chinas gemeldet: 46 Länder (+9) mit 3.530 (+705) Fällen, davon neu <ul style="list-style-type: none"> ▪ 449 in Südkorea, 18 in Japan, 2 in Singapur, 128 in Italien, 3 in USA, 44 in Iran, 1 in Australien, 9 in Deutschland, 4 in Frankreich, 1 in Kanada, 14 in Kuwait, 4 in Spanien, 1 in Finnland, 1 im Libanon, 7 in Bahrain, 1 im Irak, 2 in Kroatien, 1 in Schweden, 1 in Brasilien, 1 in Dänemark, 2 in Pakistan, 1 in Georgien, 1 in Estland, 1 in Norwegen, 1 in Rumänien, 1 in Griechenland, 1 in Nord Mazedonien. ○ International 54 Todesfälle, Letalität 1,5% (Kreuzfahrtschiff (4), Philippinen (1), Frankreich (1), Iran (19; +4), Südkorea (13, +1), Italien (12, +1), Japan (3, +1)) ○ Europa (WHO Region) 17 (+5) Länder mit 524 Fällen (+140) ○ Italien: 424 Fälle, davon 258 (60%) in Lombardei und 87 (21%) in Venetien. Maßnahmen bleiben weiterhin bestehen. 20 Fälle, die von Italien weitergereist sind, wurden aus 14 Ländern gemeldet. ○ Südkorea: 1595 Fälle (+449), davon 12 Todesfälle ○ Japan: 189 Fälle (+17), davon 3 Todesfälle. Japan berichtet erste Re-infektion (inklusive Symptomen) bei einer Frau, die bereits aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Olympia wird nicht abgesagt. ○ Iran: 139 (+44) Fälle, darunter 19 (+3) Todesfälle; Epizentrum Ghom. Viele Flüge eingestellt; nur noch Aeroflot fliegt, aber bis April bereits ausgebucht. Landwege sind auch geschlossen. <p>! Risikogebiete RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Südkorea soll weiterhin beobachtet werden. ○ Durch die Streuung in Norditalien auch die Region Lombardei als Risikogebiet eingestuft werden. <p><i>ToDo: Ute Rexroth wird dem BMG den Vorschlag der Erweiterung der</i></p>	ZIG1



Lagezentrum des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p><i>Risikogebiete um Mailand und Bergamo unterbreiten. Bei Zustimmung wird das Lagezentrum die Länder sowie wichtige Behörden (BZgA, AA) über die Änderung der Risikogebiete informieren.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auf der RKI Internetseite gibt es eine Tabelle mit Regionen mit gehäuften COVID-19-Fällen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html). Die Länder sind nach der Anzahl der Fälle gelistet. Für die Länder innerhalb Europas sind die Zahlen auch für die Regionen/ Bundesländer gelistet. <p><i>ToDo: INIG wird die Tabelle täglich aktualisieren. Die Daten für die in Deutschland auftretenden Fälle stellt das Lagezentrum zur Verfügung.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mit der AGI soll geklärt werden, wie kleinteilig Risikogebiete in Deutschland definiert werden sollen (Kreisebene etc.). <p>National</p> <p>! BaWü</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 4 Fälle: 25-jähriger Italien-Rückkehrer, seine Lebensgefährtin, deren Vater sowie ein weiterer Mann, der in Lodi war. <p>! NRW</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fall 0: 47-jähriger, Immobilienmakler, mit wahrscheinlichem chinesischem Geschäftspartner, seit 14d Symptome, schwere Grunderkrankung (malignes Melanom), zunächst nicht schwer erkrankt, war auf Karnevalsveranstaltung und -Sitzung, wurde in Krankenhaus in Düsseldorf gebracht, schwer krank und intubiert, experimentelle Therapeutika werden besorgt ○ Fall 1 ist Ehefrau von bestätigtem Fall, war ebenfalls auf den karnevalistischen Veranstaltungen, aktuell stationär aufgenommen mit Pneumonie ○ Fall 2 ist ein Soldat, der ebenfalls auf der Karnevalsveranstaltung teilgenommen hat, befindet sich im Bundeswehrkrankenhaus in Koblenz (RLP). Er hat sich am 15.02. angesteckt und war mit seiner Familie vom 20.-22.02. im Tropical Island. Die Kontakte im Schwimmbad sind für eine Ansteckung zu kurz. Der Patient soll aber nach engen Kontakten während des Aufenthalts sowie nach dem Übernachtungsort gefragt werden. ○ Fall 3 hat einen beruflichen Kontakt zu dem bereits bestätigten Fall ○ Fall 4 ist der Lebenspartner von Fall 3 ○ Fall 5 ist der Nachbar vom bereits bestätigten Fall und war ebenfalls auf der Karnevalsveranstaltung. Er 	FG36/IBBS
--	---	-----------

	<p>selbst ist Arzt in einem Krankenhaus in NRW.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ NRW hat um Unterstützung gebeten, RKI Team bestehend aus 3 MA sind heute nach NRW gefahren. Ggf. kann zur Unterstützung bei der Erfassung von klinischen Daten eine MA von IBBS unterstützen. ○ Es gibt noch keine Informationen, in welchem Krankenhaus die anderen Patienten (3-5) liegen. ○ 4 Kontakte vom Soldaten sind in Quarantäne, 2 sind symptomatisch. Testergebnisse noch ausstehend. ○ NRW hat nur limitierte Laborkapazitäten und kann nicht alle Proben von symptomatischen Kontaktpersonen testen. RKI bietet Unterstützung bei der Testung an. <p>! Bislang haben beide infizierten HCW sich über private Kontakte zu Fällen angesteckt.</p> <p>! In SurvNet wurden 16 Fälle übermittelt. 1 Fall aus BaWü ist eingetragen, aber es fehlen noch Daten. Darüber hinaus 4 neue Verdachtsfälle, die alle die Falldefinition nicht erfüllen.</p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger Epi-Matrix/Erregersteckbrief</p> <p>! Finalisierung ist für heute Nachmittag durch FG36 geplant.</p>	FG36
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Keine Änderungen</p>	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>! Heute gab es ein Pressebriefing mit Präs, VPräs und der Pressestelle, die gut besucht war. Themen waren u.a. Empfehlungen für Bürger, Engpässe und Impfungen. Die Pressebriefings finden täglich um 10 Uhr statt – es sei denn es gibt nichts zu berichten. An dem morgigen Pressebriefing nimmt Herr Mielke statt Herrn Wieler teil. Das Pressebriefing wird auf der RKI Seite „RKI in den Medien“ hinterlegt.</p> <p><i>ToDo: Es gibt viele Treffen und PKs. Wichtige Statements/ Sprachregelungen sollten gesammelt werden. Die FAQs bieten bereits eine gute Grundlage.</i></p> <p>! Bei der BMG TK hat das Thema Medien und Kommunikation einen großen Raum eingenommen: Es gab Kritik, dass die Internetseiten (RKI, BZgA, WHO) nicht funktionierten. Es sind weitere Anzeigekampagnen in regionalen und überregionalen Zeitungen, Radiospots etc. geplant (jeweils in Abstimmung mit RKI und BZgA). Die Kapazitäten der BMG Bürgerhotline sollen erweitert werden und die Bundesländer sollen in der AGI TK aufgefordert werden, eigene Hotlines zu schalten.</p> <p>! RKI Internetseite: Problem wurde gestern um 08:30 Uhr dem ITZ Bund geschildert, Problem war gegen 18 Uhr gelöst. Das RKI hatte bislang eine geteilte Firewall genutzt, die wahrscheinlich aufgrund der hohen Anzahl an Aufrufe der Internetseite geschädigt war. Nun hat das RKI eine eigene Firewall.</p> <p>! Es gibt zahlreiche neue Dokumente (zur häuslichen Quarantäne, der ambulanten Versorgung) auf der Internetseite. Das Flussdiagramm, die Risikogebiete,</p>	VPräs, AL3, Presse



Lagezentrum des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>Fallzahlen und die Informationen für Reisende wurden aktualisiert. Neben der deutschen, englischen und chinesischen Version der Information für Reisende, wird von der BZgA eine koreanische Version erstellt.</p> <p>! Im EpiBull wird es einen Hinweis auf die Testung auf SARS-COV-2 im Rahmen der AGI geben.</p>	
5	<p>Dokumente</p> <p>! Herr Schaade wird am 04.03. einen 15-Minütigen Vortrag bei der AOLG halten.</p> <p><i>ToDo: Das LZ bereitet den Vortrag basierend auf dem Vortrag, der beim internen Seminar gehalten wurden, vor. Es gibt bereits 3 Folien von Herrn an der Heiden. Bitte den Vortrag am Montag Herrn Schaade zukommen lassen.</i></p> <p>! Für medizinisches Personal, das adäquat geschützt war, soll im Dokument „Management von Kontaktpersonen“ eine extra Kategorie geben. FG36 macht einen Vorschlag.</p>	VPPräs, FG36
6	<p>Labordiagnostik</p> <p>! AGI: 56 Proben eingegangen, 41 Proben sind bereits auf SARS-CoV-2 getestet worden -> alle negativ.</p> <p>! In Epi Datenbank sind die Ergebnisse noch nicht. FG31 arbeitet an dem technischen Problem.</p> <p>! Für die Laborabfrage wurde der zur Voxco-Abfrage am Montag (24.02.2020) verschickt.</p> <p>! ZBS1: Wochenenddienste eingeteilt. Möglichkeit, Proben aus NRW zu testen besteht.</p> <p>! Frage, wie mehr Abstriche von Arztpraxen eingeschickt werden können. Gäbe die Möglichkeit wie bei Grippeweb plus, dass die Personen selber einen Abstrich machen. Material für SARS-CoV-2 gibt es. FG36 wird AL1/FG17 die Anleitung zur Probenabnahme im Rahmen von Grippeweb plus als Vorlage schicken.</p>	<p>FG17/ AL1 ZBS1 Presse</p>
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Studien zur Therapie sind noch nicht abgeschlossen. 3 Medikamente stünden zur Verfügung: Remdesivir, Kaletra und Chloroquin. Das BMG (Ref. 113) überprüft Bestände und bestellt ggf. nach.</p>	IBBS
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! In der Außenkommunikation muss klar gestellt werden, dass die Containment Phase fließend in die Mitigation Phase übergeht und die bereits eingeleiteten Maßnahmen soweit wie möglich weiter fortgesetzt werden sollten. Dazu zählt auch die Kontaktpersonennachverfolgung, die auch bei einem größeren Ausbruchsgeschehen weiterfortgeführt werden sollte.</p> <p>! Um die Kontaktpersonennachverfolgung personell zu unterstützen, könnte der BMG Sonderfortbestand genutzt werden. Sowohl die Bundesländer als auch das RKI selber könnte MA (z.B. Studierende aus relevanten Fächern wie</p>	FG14 alle

	<p>bspw. Medizin oder Public Health) ausbilden und zur Unterstützung aussenden. Arbeiten dieser mobilen Teams könnten u.a. die Durchführung von Interviews oder das Bedienen einer Hotline sein. Herr Schaade wird nächste Woche bei der AOLG die Länder ermutigen, mobile Teams aufzustellen und diese mit Hilfe des RKI auszubilden. In der AGI kann dies auch angesprochen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ggf. könnten Programme wie SORMAS oder GoData genutzt werden. Für GoData gibt es bereits einen 2-tägigen Trainingsworkshop. FG32 prüft momentan, welches der beiden Tools auch mit SurvNet kompatibel wäre. ! Die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen könnte auch (gerade für die Ausbildung) miteinbezogen werden. <p><i>ToDo: Herr Eckmanns soll ein Konzept für die Etablierung und Ausbildung mobiler Teams erstellen. Abgestimmt wird dieses mit FG32, FG36, ZIG1 und ZV1 (bzgl. Vertrag, Arbeitsschutz etc.) und anschließend dem BMG präsentiert.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Kommunikation zur Fortsetzung der Maßnahmen über die Containment Phase hinaus soll schon vorher erfolgen. ! IBBS hatte früher eine Kampagne zum „Präsentismus“ (Arbeiten trotz Krankheit). <p><i>ToDo: IBBS wird dem BMG vorschlagen, die Materialien dieser Kampagne auch für die jetzige Lage zu nutzen. Bei Zustimmung soll sich die BZgA um die Umsetzung der Kampagne kümmern.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMG fragt, wann Massenveranstaltungen abgesagt werden können. Dies muss im Einzelfall entschieden werden; eine Liste mit Kriterien zur Beurteilung wird auf Basis eines Dokuments der WHO durch FG32 erstellt und eine Zusammenfassung an das BMG geschickt ! Wichtige Dokumente/Erlasse, wie dieses sollten auch mit dem Krisenstab geteilt werden. ! Zur Evidenz der Wirksamkeit von Quarantänemaßnahmen (z.B. Abriegelungen) gibt es keine Informationen. Zwar wurde bei Ebolafieber in Westafrika ein Papier publiziert, aber die Situation in Afrika lässt sich nicht mit der in Deutschland vergleichen. Der Fokus sollte auf die Kontaktpersonennachverfolgung gelegt werden, um die Infektionsketten zu unterbrechen. 	
9	Surveillance ! Nicht besprochen	FG32
10	Transport und Grenzübergangsstellen ! Nicht besprochen	FG32
11	Internationales ! Nichts zu ergänzen	ZIG
12	Informationen aus dem Lagezentrum ! Nicht besprochen	FG32
13	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Freitag 28.02.2020, 13:00-14:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum	

AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	28.02.2020, 13 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth,
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Silka Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Marieke Degen
- ! ZBS1
 - Marica Grossegesse
- ! INIG
 - Andreas Jansen
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Herr Harbaum (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 83.333 (+1.166) Fälle, davon 2.855 (3,4%) Todesfälle (+57) ○ China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 78.920 (+292) Fälle, davon 2.788 (3,5%) Todesfälle (+44), 8.056 schwere Krankheitsverläufe (10,2%) ○ Provinz Hubei 65.914 (+318) Fälle (83,4% der Fälle in China), davon 2.682 (4,1%) Todesfälle (41), 7.633 schwere Krankheitsverläufe (11,6 %) ○ International 52 Länder mit 4.413 (+874) Fällen, <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neue Fälle in folgenden Ländern: Australien, Österreich, Weißrussland, Kanada, Frankreich, Deutschland, Georgien, Iran, Irak, Israel, Italien, Japan, Kuwait, Libanon, Litauen, Niederlande, Nigeria, Norwegen, Oman, San Marino, Singapur, Südkorea, Spanien, Schweden, Schweiz, Vereinigte Arabische Emirate, UK) ▪ Neue Länder mit Fällen seit gestern: San Marino, Weißrussland, Litauen, Niederlande, Nigeria ○ International 67 (1,5%) Todesfälle (26 Iran, 13 Südkorea, 17 Italien, 4 „Diamond Princess“, 1 Philippinen, 4 Japan, 2 Frankreich), 94 schwere Krankheitsverläufe (2,1%) ○ Europa (WHO Region) 823 Fälle (+280), davon 19 (2,4%) Todesfälle (+5), 21 schwere Krankheitsverläufe (2,6%) <p>! Trendanalyse (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ China: Beijing 10 neue Fälle, Maßnahmen vor Ort laufen anscheinend weiter, Trend in allen Provinzen weiter sinkend, auch Hong Kong (kleine Fallzahlen) ○ 100e Fälle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Italien: starker Anstieg, 650 (+252) Fälle, v.a. Lombardei (7/11 Provinzen), Venetien (+40), Emilia Romagna (+50), Export von 34 Fällen in 21 Länder; Quarantäne in 11 Ortschaften, Straßensperrungen, in 10 Gemeinden der Lombardei Schulschließungen ▪ Südkorea: 2.022 Fälle, 0.6% Todesfälle, zunehmend Fälle außerhalb der zwei ursprünglichen Cluster, Krankenhaus Cluster kommt zur Ruhe, besonders in den zwei Regionen (ursprüngliche Cluster) starker Anstieg ▪ Japan: 214 Fälle (+25), zunehmend Fälle mit unbekannter Infektionsquelle, Grundschulen 	ZIG1



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>bis Ende März geschlossen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Iran: 245 Fälle (+44), Ghom am stärksten betroffen gefolgt von Teheran; Regierungsfallcluster, Botschafter Irans im Vatikan an COVID-19 verstorben, junge Fußballnationalspielerin verstorben, auch junges Pflegepersonal verstorben; Freitagsgebete mancherorts (u.a. Ghom, Teheran) abgesagt, exportierte Fälle, manche dichtbesiedelte Gebiete noch nicht betroffen, WHO Team fliegt Sonntag hin ○ Ansonsten ansteigender Trend in Japan, Frankreich, Kuwait, auf Bahrain und Kuwait soll geachtet werden (einzelne Fälle aus dem Iran) <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Risikogebietserweiterung RKI: Lombardei, Emilia Romagna fachlich erwünscht, VPräs stimmt dies bei Krisenstabssitzung ab ○ Bezüglich anderer Länder aktuell kein Bedarf <p>National</p> <p>! Fälle: 53 (+) bestätigt, ändert sich zusehends</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Baden-Württemberg +19-20 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 Fälle im Breisgau bzw. in Freiburg Stadt (Geschäftsmeeting in München, bei dem ein infizierter Italiener anwesend war) ▪ 1 Fall Böblingen, im Zusammenhang mit dem bestehenden Cluster ex Italien ▪ 1 Fall Ludwigsburg, durch virologische Surveillance erkannt (nicht AGI), 60 J., Symptome seit 2 Wochen, Frau arbeitet in Kindergarten, noch kein epi-Link etabliert ▪ 1 Fall Rhein-Neckar-Kreis, ex Italien (Südtirol) ▪ 1 Rottweil, Lehrer aus Piacenza ▪ Einzelfälle mit Italienbezug, Häufung Geschäftsmeeting in München ○ Nordrhein-Westfalen 19 neue Fälle, 4 davon schriftlich ausstehend, alle vermutlich im Zusammenhang mit dem Karnevals-Geschehen um das infizierte Ehepaar ○ Bayern <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 Fall in Erlangen, im Zusammenhang mit dem Geschäftsmeeting in München (s.o.) ▪ Hamburg: Kinderarzt UKE, ex Italien Skifahren in Dolomiten (schriftliche Übermittlung ausstehend), hatte einen Tag gearbeitet <p>NRW Beispiel</p> <p>! 3 HCW haben sich über persönlichen Kontakt infiziert, auch generell viele Kontakt zu Altenheim, KoNa läuft und ist sehr groß, 700 bekannte KP, viele symptomatische KP haben</p>	<p>FG36</p> <p>Alle</p>
--	--	-------------------------

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>nicht generell aber für einige Aspekte passend</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Beispiel China (wo dies möglich ist): komplette Trennung Coronavirus- und Restsystem, Fieberkliniken für Testung, extra-Krankenhäuser, alles getrennt ! Empfehlung RKI: Separierung von Corona-Patienten von anderen ist oberstes Gebot (wichtiger als bei Influenza), Bundesländer entscheiden, besprechen sich mit ihren KKH, <p><i>ToDo: FG37 Tim Eckmanns erstellt Skizze zu Vorgehen in stationärer Therapie (richtige Vorbereitung, strikte Lenkung der Patientenströme) bis Montagabend/Dienstag</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Erregersteckbrief wurde an BMG geschickt, noch keine Rückmeldung, zu gewissen Dingen finden ggf. noch einmal Gespräche statt, z.B. „Letalität“ ! RKI sollte Begriff <i>Letalität</i> innerhalb des Ausbruchs nicht mehr benutzen, es handelt sich lediglich um die Sterbequote unter gemeldeten Fällen <p><i>ToDo: Terminologie Letalität nicht mehr benutzen in Lagebericht und Kommunikation</i></p>	alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Noch gültig, keine Änderung 	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Pressebriefing: tägliche um 10 Uhr (2-mal), soweit sehr gute Resonanz, Montag Bundespressekonferenz im BMG, Dienstag wieder am RKI ! Anfragen an Presse sind nicht mehr zu schaffen, nach Lösungen wird gesucht, bereits Unterstützung von LZ und BZgA, eine Telefon-Vorschaltung um Bürger und individuelle Ärzte herauszufiltern wird etabliert (heute oder Montag), Presse kommt mit E-Mail Sichtung (herausfiltern wichtiger Anfragen) nicht hinterher! Andere RKI-MA könne Presse ggf. noch unterstützen? ! Hotlines <ul style="list-style-type: none"> o RKI Anfrage zu Hotline-Nummern von Bundesländern, KV-en, läuft, auf übermittelte Hotlines kann dann verwiesen werden o BMG Hotline auch überlastet, Überlegung, sie vom Netz zu nehmen o BZgA kann es ebenfalls nicht übernehmen o Externe Firma notwendig da weiter erhöhter Bedarf 	Presse

	<ul style="list-style-type: none"> ○ RKI muss Überlauf für Fachanfragen einrichten (Aufgabe bereits an LZ vergeben?) ○ KV-en müssen stärker in die Pflicht genommen werden, haben Versorgungsverantwortung, Druck auf diese erhöhen <p>! Webseite:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ FAQ, viele Anpassungen und neue Dokumente, Letalität bei FAQ wird herausgenommen, verlinkt auf science media centre factsheet ○ Darstellung aktueller epidemiologischer Daten, Presse hat viele Anfragen hierzu, sollten online präsentiert werden, inkl. geographischer Darstellung nach Meldeort, Problem mit repatriierten wird bald hinfällig, am besten vor täglichem Pressebriefing, z.B. Datenstand 8 Uhr, BMG wünscht auch abends Update, demnächst nur noch einmal täglich? <p>BZgA</p> <p>! Erneute Anzeigenschaltung am Wochenende, gleiche und teilweise zusätzliche Punkte, Materialien werden aufgerüstet, Handzettel und Poster für Schulen und Betriebe, noch nicht klar, ob RKI diese Materialien gesehen hat, FG14 und Presse forschen nach</p> <p>Lagebericht</p> <p>! BMG will vormittags repräsentative Tischvorlage des Lageberichts für Krisenstab, dafür abends keiner mehr</p> <p>! Regionale Verteilung, zunächst Landkarte mit Kästchen (leer für geheilte entlassene, volle Kästchen für aktuell kranke)</p> <p><i>ToDo: Karte in Lagebericht integrieren, LZ, Michaela Diercke gerne mit Kerstin Brahm</i></p> <p>Quarantäne Papier IBBS</p> <p>! AGI unzufrieden, positive Rückmeldung der GA, zirkuliert aktuell, bis morgen 11 Uhr fertig, geht dann an GA und nächste Woche in Druck,</p> <p>! Cover kommt auf Internetseite mit dem Text, dass dies nur für Gebrauch durch GA ist</p>	<p>FG32</p> <p>IBBS</p>
<p>5</p>	<p>Dokumente</p> <p>! Papier von FG36 zur 3. Kategorie von KP im Rahmen der KoNA, hat Silke Buda gestern Abend (~22 Uhr) rumgeschickt, LZ soll alle Änderungen annehmen, dann an Pressestelle und ins Netz</p> <p><i>ToDo: fertigstellen durch LZ und an Presse/auf Webseite</i></p> <p>Flussschema</p> <p>! Teil des Flussschemas wurde aus dem Zusammenhang genommen und auszugsweise verwendet, wurde durch Herrn</p>	<p>FG36/ LZ</p> <p>IBBS</p>

	<p>Mielke behoben</p> <ul style="list-style-type: none"> ! IBBS Bettina Ruehe nimmt 1-2 Anpassungen vor ! Bericht WHO Einsatz jetzt online verfügbar hier 	
6	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMI hat gestern Schreiben rumgeschickt, dass alle Patienten in Gesundheitsinstitutionen getestet werden sollen, auch asymptomatische! Einigkeit in Krisenstab, dass dies nicht sinnvoll ist ! Priorisierung Labortests: fachliche Empfehlung von RKI (Flussschema und Begleitdokument) steht, Umsetzung unterliegt Ländern, sollte AGI auch so kommuniziert werden ! GHPP Abfrage Testkapazitäten in Partnerländern läuft ! 40 Proben durch AGI Sentinel erhalten, schlechte Erfahrung mit kontaminiertem Primer, Vorrat des guten Primers von 4 Wochen, Nach- bzw. neue Bestellung läuft ! Virologe Streek (Bonn) im Morgenmagazin zu Laborkapazitäten: Nachschub bei zu vermutender KP-Anzahl schwierig ! Frage an ZIG, an wen sie ggf. Primer geschickt haben 	<p>FG32</p> <p>alle</p> <p>ZBS1 FG17</p>
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Siehe auch oben unter Lage national ! Surveillance von Fällen unter HCW <ul style="list-style-type: none"> o Sehr wichtig zu sehen wo Infektion erworben wurde o Ist, sobald sie positiv getestet sind in SurvNet integriert (wenn es ausgefüllt wird) o Auch beinhaltet im Papier zu 3. Kategorie von KP (s.o. unter Dokumente), Tagebuch führen, vermerken, wenn Schutz nicht so adäquat o An Verband der Betriebsärzte abzugeben ! CT Kapazitäten: China 200/CT/Tag, hier aktuell sicher nicht möglich 	<p>IBBS/FG14</p>
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! IBBS Papier zu ambulanter Versorgung von erkrankten <ul style="list-style-type: none"> o Mögliche ambulante Führung mild symptomatischer Fälle zu Hause, jedoch hohe attack rate bei Familienangehörigen o Papier ist fertiggestellt, wird aber nicht unmittelbar veröffentlicht und ist noch nicht breit abgestimmt, wird noch abgewartet ! Ambulantes Management von Verdachtsfällen vor der Bestätigung, ist veröffentlicht, darin „Schwangerschaft stellt Immunsuppression dar“, sollte nicht so verstanden werden 	<p>IBBS</p>

	<p>als das dies zwingend zu schlimmerem Verlauf führt, sind aktuell nicht als Risikogruppe dokumentiert, dies wird herausgenommen um Missverständnisse zu vermeiden</p> <p>! Umgang mit Massenveranstaltungen (AGI-Thema): wurde gestern an BMG geschickt mit Eckpunkten zur Entscheidungsfindung, wurde von BMG sehr begrüßt, AGI möchte Entwurf auch gerne haben, intern kann es geteilt werden</p> <p>! Hassanrufe von Ärzten aufgrund von Maskenmangel</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Masken können nur mit Industrieunterstützung bereitgestellt werden ○ BMG zsm. mit Arbeitsministerium in Gesprächen mit Industrie ○ FG14 entwirft FAQ wo Zuständigkeiten und Aktivitäten hierzu erläutert werden ○ FAQ muss gut durchdacht und mit BMG abgestimmt werden <p>! Hassanrufe von Apotheken an FG14: haben keine Desinfektionsmittel mehr, teilweise selber Herstellung, doch Rohstoffe gehen aus</p>	<p>Presse FG14</p>
9	<p>Surveillance</p> <p>! Umstellung von §12 Übermittlungen auf elektronisches Verfahren wünschenswert, SurvNet hängt 1-2 Tage hinterher; ist nicht schnell umsetzbar, wenn Fallzahlen stark steigen weniger relevant? aktuell nur Apelle und Bitten möglich</p> <p>! Früher gab es die Möglichkeit in SurvNet §12 anzuklicken, jetzt nur noch das Formular mit niedrigerem Detailgrad, Alter und Geschlecht wurden jedoch jetzt integriert</p>	<p>FG32</p>
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen Ausweitung der geplanten Maßnahmen an Flughäfen</p> <p>! Spahn hat gestern angekündigt, dass Anreisende auch aus anderen Ländern Aussteigekarten ausfüllen müssen, in RKI FAQ steht noch stets China-rückkehrende, keine Anordnung</p> <p>! Fachgruppe IGV-benannte Flughäfen und RKI sind nicht einverstanden und sind alle fachlich der Meinung, dass dies infektionsepidemiologisch nicht sinnvoll und logistisch nicht umsetzbar ist, wurde in Tagesschau von Spahn angekündigt</p>	<p>FG32</p>
11	<p>Internationales</p> <p>! Strategiefrage: Wie leisten wir international Unterstützung, wie priorisieren wir Entsendung von RKI-MA, RKI hat aktuell hier nicht genug Leute, deswegen sollte von Entsendungen bis auf Ausnahmen abgesehen werden</p> <p>! Bei internationalen Einsätzen ggf. Unterscheidung z.B. Einsatz Tim in China, Iran-Unterstützung</p> <p>! IBBS schickt eine MA für 3 Monate zum Berliner Senat zur Unterstützung</p>	<p>ZIG</p>



12	Informationen aus dem Lagezentrum <ul style="list-style-type: none"> ! Kollaboration zwischen LZ und zuarbeitenden MA sollte effizienter gestaltet werden, E-Mail Verteiler angepasst, usw. ! Problem: Mangel an Kontinuität der Positionen im LZ, wenige Leute übernehmen viele Schichten, restliche punktuell, dies führt zu Fluktuationen, Doppelarbeit und Effizienzverlust ! Schulung/Einbezug neuer MA in LZ lohnt sich nicht für wenige Schichten, Konsistenz der Stellenbesetzung ist sehr wichtig ! Viele FG unterrepräsentiert, manche Abteilungen kaum dabei (86% Abt. 3, 10% ZIG, andere im einstelligen Bereich) ! Offene Schichtleitungen, zahlreiche Position nicht im Voraus/genügend besetzt (z.B. Liaison Presse, internationale Kommunikation) ! Ärztliche Kenntnisse sind keine Voraussetzung für LZ Arbeit ! Eine Aufforderung durch die Leitung der Abordnung gewisser MA für längerfristige Mitarbeit ist notwendig 	FG32
13	Andere Themen <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Montag, 02.03.2020, 11:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	02.03.2020, 11 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
 - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Herr Harbaum (per Telefon)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 89.068 (+2.088) Fälle, davon 3.049 (3,4%) Todesfälle (+70) ○ China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 80.170 (+204) Fälle, davon 2.915 (3,5%) Todesfälle (+42), 7.063 schwere Krankheitsverläufe ○ Provinz Hubei 67.103 (+196) Fälle, davon 2.803 (4,2%) Todesfälle (+42), 6.872 schwere Krankheitsverläufe ○ International 64 Länder mit 8.898 (+1.884) Fällen, <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neue Fälle in: Algerien (2), Ägypten (1), Armenien (1), Australien (4), Bahrain (6), Belgien (1), Brasilien (1), Dänemark (1), Deutschland (51), Dom. Rep. (1), Finnland (3), Frankreich (30), Indonesien (2), Irak (6), Iran (385), Island (2), Irak (3), Italien (566), Japan (15), Kanada (4), Katar (2), Kroatien (1), Kuwait (1), Libanon (6), Malaysia (4), Mexico (1), Niederlande (3), Norwegen (4), Österreich (5), San Marino (7), Schweden (1), Schweiz (6), Singapur (4), Spanien (26), Südkorea (686), Thailand (1), Tschechien (3), USA (18), VAE (2), UK (13) ○ International 134 (1,5%) Todesfälle: Australien (1), Kreuzfahrtschiff (6), Frankreich (2), Iran(54), Italien (34), Japan (6), Philippinen (1), San Marino (1), Südkorea (26), Thailand (1), USA (2) ○ Mind. 285 schwere Krankheitsverläufe ○ Europa (WHO Region) 2.224 Fälle (+727), davon 37 (1,7%) Todesfälle (+6), 158 schwere Krankheitsverläufe <p>! Trendanalyse (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ China: Region Hubei (ausgenommen Wuhan) hat nur 3-4 neue Fälle. Die Risikogebiete werden angepasst 	ZIG1

	<p>und die Städte Wenzhou, Hangzhou, Ningbo, Taizhou in der Provinz Zhejiang von der RKI Internetseite genommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Südkorea: keine Änderung; Risikogebiete bleiben ○ Italien: Seit heute Morgen ist Region Emilia Romagna auch als Risikogebiet auf der RKI Internetseite angeführt. Betroffen in der Emilia-Romagna war zunächst nur die Provinz Piacenza; in der Folgezeit wurden Fälle auch aus den Provinzen Parma, Modena und Rimini gemeldet. Fälle aus Italien wurden auch nach Malaysia und Südkorea exportiert. In Ligurien gab es einen schnellen Anstieg der Fallzahlen. ! Die Region soll weiter genauer beobachtet werden. ○ USA: Im US-Staat Washington wurden die genetischen Sequenzen des Virus von zwei Personen miteinander verglichen. Die genetischen Gemeinsamkeiten zwischen dem ersten Fall, der am 20.01. bestätigt wurde, und einem Fall, der am 29.02. bekannt wurde, deuteten darauf hin, dass der neuere Fall von dem ersten abstammen könnte und dass das Virus sich möglicherweise seit 6 Wochen ausgebreitet habe ! Die Lage im US-Staat Washington wird daher weiter beobachtet. ○ Iran: 978 (+385) Fälle; 54 (+11) Todesfälle; Sterberate: 5,5%; Teheran (n=349) hat mehr Fälle als Qom (n=139), Guilan (n=101) oder Markazi (n=67). Andreas Jansen (ZIG1) ist auf dem Weg in den Iran. WHO Country Office bestätigt ZIG gegenüber die Schwere der Situation vor Ort. <p><i>ToDo: Kontaktaufnahme mit dem Auswärtigen Amt durch ZIG, um sich über die Situation im Iran, insbesondere Teheran, auszutauschen und letzteres ggf. als Risikogebiet zu deklarieren.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Australien ist das einzige Land der Südhalbkugel, in dem es zu einer Zirkulation des SARS-CoV-2 kommt. ! beobachten, ob dies bei weiteren Ländern der südlichen Hemisphäre vorkommt. <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle: 150 bestätigt (1 BE, 19 BW, 26 BY, 1 HB, 10 HE, 2 NI, 86 NW, 2 RP, 2 SH); Expositionsorte für 140 bekannt ○ 49 Landkreise, 10 Bundesländer ○ Fälle nur teilweise in SurvNet ○ Heinsberg am stärksten betroffen (n=85). Laut dem Landrat kann der Landkreis nicht funktionieren, wenn alle Personen in Quarantäne sind. Daher wurden Maßnahmen aufgehoben, RKI MA abgezogen. Angebot zur Unterstützung steht weiterhin. 	<p>FG36, FG32</p>
--	--	-------------------



Lagezentrum des RKI

Agenda des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Da über die Hälfte der Erkrankungen aus dem LK Heinsberg kommen und keine Maßnahmen zur Quarantäne durchgeführt werden, soll dem BMG vorgeschlagen werden, den LK Heinsberg als Risikogebiet zu deklarieren. <i>Nachtrag: Das BMG hat abgelehnt, den Landkreis Heinsberg als Risikogebiet zu deklarieren!</i> ○ Es gab international Anfragen zu der Situation in Deutschland. Es werden aktuelle Anzahl der Fälle etc. international geteilt. 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Der Erregersteckbrief wurde an das BMG geschickt. Das BMG bittet um textliche Überarbeitung und Festlegung auf Zahlen. Es gibt in der Literatur verschiedene Angaben zu Zahlen und das RKI soll sich auf eine Angabe festlegen. FG36 wird versuchen die Zahlen zu reduzieren und - wo angebracht - einen Erklärsatz zu den Zahlen zuzufügen. Der Erregersteckbrief soll so schnell wie möglich veröffentlicht werden.</p>	alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Die Pressestelle hat den Text schon allgemeiner verfasst.</p> <p>! Weitere Änderungen erfolgten während der Krisenstabssitzung. Die Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung wird in Deutschland als mäßig eingeschätzt. Es gibt keine spezifische Abstufung der Risikobewertung hinsichtlich bestimmter Regionen/Landkreisen (z.B. Heinsberg). Es gab Kritik vom BMG, dass das Risiko vom RKI zunächst zu gering eingestuft war. Es sollte aber nicht zu sehr eskaliert werden, um Panik etc. zu vermeiden.</p> <p>! Die vorliegenden Studien geben bereits Informationen zur Schwere von COVID-19. Der Erregersteckbrief, der bald veröffentlicht werden soll, liefert weitere Zahlen. Auch der Mission Report der WHO Mission, bei der Tim Eckmanns beteiligt war, liefert Daten.</p> <p><i>ToDo: Die Pressestelle wird die Risikobewertung auf der RKI Internetseite aktualisieren</i></p>	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>! Der Mission Report der WHO Mission, bei der Tim Eckmanns beteiligt war, soll auf der RKI Internetseite gestellt werden. Auszüge des Mission Reports sollen im Ärzteblatt veröffentlicht werden.</p> <p><i>ToDo: Das Lagezentrum schreibt aus den von Tim Eckmanns vorgeschlagenen 3-4 Seiten des WHO Mission Reports einen Artikel für das Ärzteblatt.</i></p> <p><i>ToDo: Die Pressestelle lädt den WHO Mission Report auf die RKI Internetseite hoch.</i></p> <p>BZgA:</p> <p>! Auf der Internetseite www.infektionsschutz.de soll eine Liste der Hotlines für COVID-19 der Bundesländer gestellt werden.</p>	<p>Presse</p> <p>BZgA</p>

	<p>! Erweiterung des Informationsangebotes und der Medien (z.B. Informationsblatt für Abreitegeber und auch für Arbeitnehmer über bspw. Hygienemaßnahmen).</p> <p>! Sobald das Dokument „ambulante Führung“ fertiggestellt ist, wird die BZgA dies für die Öffentlichkeit anpassen, sodass es eine Handlungsanweisung mit spezifischen Verhaltenshinweisen gibt. Generell gibt es bei den FAQs schon Informationen zum Verhalten bei einer vermuteten COVID-19 Infektion.</p> <p>RKI</p> <p>! Bitte die FAQs nicht zu detailliert und kleinteilig machen – insbesondere bei Angelegenheiten, für die das RKI nicht zuständig ist. Es gibt bspw. Informationen zum Tropical Island aber nicht zum Karneval in Heinsberg.</p> <p>! In den Medien (z.B. Tagesschau) werden die Zahlen der Internetseite des RKI genutzt. Daher ist eine regelmäßige Aktualisierung wichtig.</p> <p>! Herr Wieler wird morgen am Pressebriefing 10 Uhr teilnehmen.</p> <p>! Darstellung epidemiologischer Daten auf der Internetseite: Die Daten stammen aus §12 Übermittlungen, Pressemitteilungen etc. und nicht ausschließlich aus SurvNet. Eine Umstellung von §12 Übermittlungen auf elektronisches Verfahren wäre wünschenswert.</p> <p>Es sollen kumulativ Daten (Altersspanne, Anzahl Landkreise etc.; keine Einzelfallbeschreibungen!) auf der RKI Internetseite veröffentlicht werden. Die Daten sollen zukünftig auch bei SurvStat abrufbar sein. In SurvNet gäbe es auch Informationen zur Hospitalisierung. Da in Deutschland aber momentan jeder bestätigte Fall hospitalisiert wird, könnte das ein falsches Bild von der Schwere der Erkrankung geben und soll daher nicht veröffentlicht werden.</p> <p><i>ToDo: FG36 soll einen Vorschlag für eine Definition eines „schweren Falles“ erstellen. Dieser kann mit dem ECDC schon während der heutigen TK besprochen und zeitnah dem Krisenstab vorgestellt werden.</i></p>	<p>Presse</p> <p>FG32</p>
<p>5</p>	<p>Dokumente</p> <p>! Flussschema - Schutzmaßnahmen: Heute findet um 17 Uhr ein Treffen zwischen der KBV, IBBS, FG36, AL1 und Präs statt, um das Flussschema vor dem Hintergrund des eventuellen Engpasses an Masken zu überarbeiten.</p> <p>! Flussschema - geographische Bezug: Der Grund zum Testen auf SARS-CoV-2 muss ggf. irgendwann von Regionen unabhängig erfolgen. Dem Flussschema liegt die Falldefinition zu Grunde, welche demnach als erstes angepasst werden müsste.</p> <p><i>ToDo: FG36 überlegt sich zusammen mit IBBS, wie die Falldefinition und auch das Flussschema angepasst werden könnte. Ein Vorschlag wird kommenden Montag dem Krisenstab vorgestellt.</i></p> <p>! Ambulante Führung: Hängt stark mit der Änderung des Flussschemas zusammen und wird im Anschluss an dem Treffen mit der KBV ebenfalls durch IBBS angepasst. Es gibt momentan zwei Papiere, die in ein einzelnes Dokument</p>	<p>FG36/ LZ</p> <p>IBBS</p>

Lagezentrum des RKI

Agenda des COVID-19-Krisenstabs

	<p>zusammengeführt werden sollen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Sozialen Distanzierung: Dokument wird der AGI von FG36 vorab zur Kenntnis gesendet. ! Entlassungskriterien: Das Dokument muss angepasst werden. Es soll einen Wert in der PCR definiert werden, wann eine Krankenhausbehandlung nicht mehr nötig ist. Da aber nicht garantiert werden kann, dass ein Patient dann nicht mehr infektiös ist, soll eine häusliche Isolierung empfohlen werden. <p><i>ToDo: Anpassung der Entlassungskriterien durch FG36 und IBBS. Besprechung dieser bei der AGI TK morgen. Wiedervorlage im Krisenstab spätestens Mittwoch nächste Woche.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Selbstabnahmeanleitung: laut der Anleitung sollten Betroffene einen Nasopharyngealabstrich machen. Bislang wurde empfohlen, sowohl ein nasopharyngeales als auch zusätzlich einen oropharyngealen Abstrich zu machen. Sowohl ein Nasopharyngealabstrich als auch ein Rachenabstrich sind nicht einfach für Laien und bergen eine Verletzungsgefahr. <p><i>ToDo: FG36 bespricht mit dem KL, die Möglichkeit eines Abstrichs aus dem Nasenvorhof oder einer Untersuchung des Nasenspülwasser als Methode zur SARS-CoV-2 Diagnostik durch Selbstabnahme. Zusätzlich wird geschaut, welche Methode für Grippeweb plus genutzt wird. Sollte es keine adäquate Methode geben, wird auf eine Selbstabnahme verzichtet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Contact Tracing: FG37 hat die Federführung. BMG soll Dokument heute zunächst prüfen, dann wird es morgen mit der AGI besprochen werden <p><i>ToDo: Lagezentrum schickt Dokument zum Contact Tracing an das BMG</i></p>	
<p>6</p>	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! VOXCO Abfrage: Abfrage sollte nicht nur nach Anzahl aktueller Testungen etc. fragen, sondern auch nach Kapazitäten für Testungen. Bislang haben sich nur 11 Labore angemeldet (Einladung erfolgte Montag vor einer Woche). In ARS sollen auch Daten zur Testung gesammelt werden. ARS hat 80 Labore und kann auf den VOXCO-Link zur Laborabfrage aufmerksam machen. ! Engpass Labore: ZBS1 hat genug Kapazitäten zu unterstützen. In Charité gab es neulich noch 87 Tests. Das KL weiß aber, dass das RKI testen kann. <p><i>ToDo: ZBS1 und FG17 informieren erneut drüber, dass RKI Kapazitäten zur Testung hat.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Labor NRW: In NRW haben Labore selber priorisiert, welche Proben getestet werden. Dadurch wurden die Proben der Kontakte, die symptomatisch sind, teilweise nicht bearbeitet. Die AGI soll die Labore auf das Diagnostikpapier des RKI hinweisen, in welchem steht, dass „symptomatische Kontakte 	<p>FG32</p> <p>alle</p> <p>ZBS1 FG17</p>

	<p>getestet werden sollen“.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Asylbewerber: Das BMI hat per Erlass angeordnet, dass Asylbewerber auf SARS-CoV-19 abgestrichen werden. ! Diagnostisches Vorgehen: Die Kontrolle, ob Swaps richtig abgenommen worden sind, wurde überabrietet. Die Protokolle hierfür werden geteilt. ! Labore Europa: Am 29.01.2020 gab es bereits eine Abfrage in Europa zu den Laborkapazitäten zur SARS-CoV-2 Testung. Diese Abfrage soll wiederholt werden. ! AGI Sentinel: bislang über 140 Proben, alle negativ. Trotzdem ist die Surveillance durch die AGI ein wichtiger Pfeiler, um eine Community Transmission zu identifizieren. Es muss noch entschieden werden, wann über die syndromische Surveillance im RKI Lagebericht berichtet werden soll. ! Conamination: Es gab 2 Firmen, die betroffen waren. Neue Batches sind in Ordnung. Das RKI wurde über das EVD-LabNet informiert. ! Engpässe Test Kits: Quiagen und Altona stellen weltweit Test Kits zur Verfügung. Das Kit von Altona wurde am RKI getestet. Verglichen mit den in-house Assays des RKI funktionieren die Test Kits gut. Engpässe sind nicht zu erwarten. Das RKI kann 2.000 Proben testen. Die ZIG hat auch international Anbieter kontaktiert und diese gehen nicht davon aus, dass es zu Engpässen kommen wird. Die meisten Labore arbeiten aber mit in-house Assays. 	
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FG32 hat Kontakt zur „Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin“ (DIVI), welche in einer Datenbank eine Übersicht über z.B. vorhandene Isolierfähigkeit von Krankenhäusern führt. IBBS wird in einer TK dies besprechen und fragen, inwieweit das Netzwerk ausgeweitet werden kann. ! Patientenführung: Organisatorisch können COVID-19 Patienten in Krankenhäusern als Kohorten behandelt werden. Die Länder sollten Pläne vorhalten – u.a. auch Regelungen in Pandemieplänen. <p><i>ToDo: Länder sollen in der AGI befragt werden, ob es einen Bedarf zu Dokumenten zur Patientenführung gib.</i></p>	IBBS/FG14
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Schutzmasken: Das BMG hat Angebote für Schutzmasken von zwei Herstellern (1x asiatischer Anbieter, 1x deutscher Anbieter) und überprüft Angebote. Es können Masken zeitnah in Millionenhöhe bestellt werden, sodass nicht mit einem Engpass zu rechnen ist. ! Desinfektionsmittel: ist in Apotheken ausverkauft. FG 14 wird auf Wichtigkeit des Händewaschens hinweisen. ! Umgang mit Massenveranstaltungen: Dokument mit Kriterien liegt dem BMG vor. Aufgrund der zunehmenden Ausbreitung sollte überlegt werden, welche regelmäßigen Veranstaltungen, bei denen viele Menschen zusammenkommen, stattfinden. <p><i>ToDo: FG36 wird für den internen Gebrauch (um Sprachfähig zu sein)</i></p>	IBBS

Lagezentrum des RKI

Agenda des COVID-19-Krisenstabs

	<p>eine Liste mit regelmäßig stattfinden Großveranstaltungen erstellen. Diese soll morgen dem Krisenstab vorgestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Veranstaltungen am RKI: Wenn möglich sollten Veranstaltungen virtuell durchgeführt werden. ! Es soll darauf hingewiesen werden, dass auf Begrüßungsrituale (Umarmungen, Hände schütteln) weitestgehend verzichtet werden soll. Die BZgA soll hierrüber auch informiert werden. 	<p>Presse FG14</p>
9	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bereits unter Kommunikation besprochen 	<p>FG32</p>
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Flugverkehr: Lufthansa hat kein datenschutzrechtlich geprüftes Verfahren, um Passagierdaten mit Gesundheitsämtern auszutauschen. Bitte, dass RKI Daten mit Gesundheitsämtern via Cryptshare teilt. RKI wird dies ausnahmsweise für einen gewissen Zeitraum (1 Woche) übernehmen. Die Lufthansa soll sich aber auch ein Verfahren wie z.B. Cryptshare zulegen. ! Flugverkehr: Aussteigekarten sind nur für Personen, die aus China zurückkehren, auszufüllen und nicht für Reiserückkehrende aus anderen Risikogebieten wie z.B. Italien. ! Zugverkehr: Bundespolizei hat (ohne Absprache mit BMG oder anderen) angeordnet, dass Bahnmitarbeitende Personen, die respiratorische Symptome zeigen, nach dem vorherigen Aufenthaltsort fragen und diese bei Verdacht auf COVID-19 an Gesundheitsämter übergeben dürfen. 	<p>FG32</p>
11	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Andreas Jansen befindet sich auf einer WHO-Mission auf dem Weg in den Iran. Die Situation im Iran ist beunruhigen und es besteht die Sorge, dass sich das Virus in Nachbarländer ausbreitet. Aufgrund der schlechten Gesundheitsvorsorge kann dies zu einer humanitären Krise führen. Die angefragten 2 STAKOB MA werden zunächst nicht entsandt. ! Am Mittwoch gibt es ein Gespräch mit ZIG mit Kollegen aus Singapur. ! ZIG unterstützt die WHO AFRO Region zusammen mit dem African CDC und Public Health England bei Trainings zum Emergency Management. 	<p>ZIG</p>
12	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das BMG baut die Kapazitäten ihrer Hotline aus. Es kann zu einer Häufung von Anfragen von der Fachöffentlichkeit kommen. Andreas Bergholz (Abt. 3) überprüft daher die Möglichkeiten ggf. am RKI eine Hotline hierfür einzurichten. Die KV könnte Anfragen der Fachöffentlichkeit auch übernehmen. 	<p>FG32</p>
13	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Dienstag, 03.03.2020, 11:00 Uhr, 	

	Lagezentrum Besprechungsraum	
--	------------------------------	--

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	03.03.2020, 11-13 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! FG 34
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Herr Harbaum (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 90.910 (+1.842) Fälle, davon 3.123 (3,4%) Todesfälle (+74) ○ China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 80.285 (+115) Fälle, davon 2.946 (3,7%) Todesfälle (+31), 6.790 schwere Krankheitsverläufe ○ Provinz Hubei 67.217 (+114) Fälle, davon 2.834 (4,2%) Todesfälle (+31), 6.593 schwere Krankheitsverläufe ○ International 72 Länder mit 10.625 (+1.727) Fällen, <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neue Fälle in: Algerien (2), Andorra (1), Australien (2), Bahrain (2), Belgien (6), Deutschland (35), Finnland (1), Frankreich (61), Indien (2), Irak (7), Iran (523), Island (6), Israel(2), Italien (342), Japan (18), Jordanien (1), Kanada (3), Katar (4), Kroatien (1), Kuwait (10), Lettland(1), Libanon (3), Marokko (1), MS Diamond Princess (1), Niederlande (8), Norwegen (6), Österreich (4), Pakistan (1), Portugal (2), Russland (1), Saudi-Arabien (1), Schweden (1), Schweiz (6), Senegal (1), Singapur (2), Spanien (36), Südkorea (600), Tschechische Republik (1), Tunesien (1), USA (16), Vereinigtes Königreich (4) ○ International 177 (1,7%) Todesfälle: Australien (1), Kreuzfahrtschiff (6), Frankreich (3), Iran (66), Italien (52), Japan (6), Philippinen (1), San Marino (1), Südkorea (34), Thailand (1), USA (6) ○ Mind. 277 schwere Krankheitsverläufe ○ Europa (WHO Region) 2.749 Fälle (+525), davon 56 (2,0%) Todesfälle (+19), 157 schwere Krankheitsverläufe <p>! Trendanalyse (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ China: nur 1 Fall außerhalb Region Hubei 	ZIG1



Lagezentrum des RKI

Agenda des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Südkorea: 600 neue Fälle, höchste Krisenalarmstufe ausgerufen ○ Italien: neue Fälle in Lombardei, Venetien, Emilia-Romagna, importierte Fälle in 37 Ländern, keine neuen Maßnahmen ○ Japan: 18 neue Fälle, dreiwöchiger Ausnahmezustand auf Insel Hokkaido ausgerufen ○ USA: 103 Fälle alle in Washington, davon 6 Todesfälle, Sterberate 5,8%. Wegen identischer Gensequenz eines Falls vom 21.01 und eines Falls vom 28.02. wird angenommen, dass eine Übertragung im Bundesstaat Washington in den letzten 6 Wochen stattgefunden hat, was zu einigen hundert Fällen hätte führen können. Mit einem Anstieg der Fallzahlen wird gerechnet. CDC spricht von „community spread“. <p><i>To do: W. Haas kontaktiert CDC um zu klären, was unter „community spread“ verstanden wird.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Iran: 1.501 (+523) Fälle, die Mehrheit in Teheran; 66 (+12) Todesfälle; Sterberate 4,4%; keine Pläne Gebiete abzuriegeln ○ Ägypten: 3 importierte Fälle aus Ägypten, ägyptische Behörden sind informiert, führen Ermittlungen durch ○ Australien: alle 33 Fälle sind importiert, generell bisher kaum Fälle auf der Südhalbkugel <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle: 188 in 13 Bundesländern bestätigt (3 BE, 26 BW, 36 BY, 1 BB, 1 HB, 1 HH, 10 HE, 2 NI, 101 NW, 2 RP, 1 SN, 2 SH, 1 TH) ○ Expositionsorte bzw. Kontakt zu bestätigten Fall für 167 Fälle bekannt (NW-Heinsberg, Italien, Iran, China) ○ Fälle nur teilweise in SurvNet ○ In BW 1 Cluster in Altersheim mit 1 infiziertem Pfleger + 2 Bewohnern ○ NRW nicht auskunftsfähig bei EpiLag ○ Stand 02.03.2020 abends: 79 Fälle im Kreis Heinsberg, 22 weitere mit Bezug zu Heinsberg, davon bis gestern 2, jetzt 5 hospitalisiert, Rest häuslich abgesondert ○ In LK Heinsberg wird nicht konsequent zwischen Kontaktpersonen Kategorie 1 und 2 mit jeweils daran angepassten Maßnahmen unterschieden. Keine Quarantänemaßnahmen mehr mit dem Ziel die Aufrechterhaltung med. Basisversorgung zu ermöglichen. Landkreis möchte keine Unterstützung. RKI sieht das sehr 	<p>FG36, FG32</p>
--	---	-------------------



Lagezentrum des RKI

Agenda des COVID-19-Krisenstabs

	<p>problematisch.</p> <p><i>To do: Die Bedenken des RKIs bzgl. der Situation in Heinsberg sollen verschriftlicht (Email) und ans BMG geschickt werden. (FG37)</i></p> <ul style="list-style-type: none">○ Was bleiben für Optionen für Heinsberg?○ Bedarfsabfrage an Landrat mit gezielten Fragen; Austausch mit GA.○ Evaluation durch externe Experten, z.B. KH-Hygieniker, Pneumologen wäre sinnvoll; Situationskenntnis wäre hilfreich; eine Expertengruppe könnte auf Landesebene mit vor Ort vorhandenen Experten zusammengestellt werden.○ Greifen individuelle kontaktreduzierende Maßnahmen nicht mehr, sollten unter Ortskenntnis andere Maßnahmen auf Bevölkerungsebene vorgeschlagen werden.	
--	--	--

2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Der Erregersteckbrief soll so schnell wie möglich veröffentlicht werden.</p>	alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Noch gültig, keine Änderung</p>	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>! Es gab Probleme bei der Twitterübertragung.</p> <p>! COVID-19 Seite wird neu strukturiert, bei Wünschen diesbezüglich bitte bei Presse melden.</p> <p>! Text zu Italien soll raus, statt dessen kurzer Text zum Geschehen in Heinsberg (sprunghafter Anstieg, für weitere Infos auf das BL verweisen)</p> <p><i>ToDo: Text Italien mit Text zu Heinsberg auf Homepage ersetzen (FG32)</i></p> <p>! BMG möchte die Meldungen nach PLZ erhalten zur gezielten Infosteuerung in sozialen Medien. (BBK hat App um regionale Medien anzusprechen, WHO bereiten social risk communication vor)</p> <p><i>ToDo: Lagezentrum soll klären, für welchen Zweck das BMG die PLZ benötigt.</i></p>	<p>Presse</p> <p>FG32</p>
5	<p>Dokumente</p> <p>Flussschema (überarbeitete Version)</p> <p>! Info zu Treffen mit KBV: Hotline 116 117 der KBV hat hohe Kapazität, ein eingespielter Text kann an die jeweilige Lage angepasst werden. Nur Personen, die Symptome haben, sollen Praxen aufsuchen. Für die Ärzte besteht ein Dilemma zwischen Mangel an Schutzkleidung und der Forderung im Flussschema, sie zu verwenden. Tragen von Schutzkleidung sollte auf Maßnahmen beschränkt werden, die risikoträchtige Handhabungen (z.B. Abstrichentnahme) beinhalten. Arbeitsschutz müsste mit involviert werden. KBV bereitet eigene Papiere vor.</p> <p>! Organisatorisch getrennte respiratorische Sprechstunde sinnvoll, evtl. auch in stationären Setting. Probenentnahme mit adäquatem Schutz notwendig, KBV bereitet eigene Papiere vor. Ressourcenschonender Einsatz von Schutzkleidung in Praxen erforderlich.</p> <p>! Änderungen im Flussschema können umgesetzt werden.</p>	IBBS



	<p>Fraglich ist, soll das RKI in Zukunft noch das Flussschema bereitstellen oder nur Empfehlungen geben und die KBV bzw. KH-Gesellschaften können bei Bedarf selbst ein Schema erstellen. Einigung, dass RKI Flussschema sinnvoll bleibt.</p> <p>Ambulantes Management von Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Problem, werden leicht erkrankte Patienten zu Hause mit anderen Familienmitgliedern isoliert, kann das zu wochenlanger Quarantäne der Familienmitglieder führen. Deshalb für med. Personal keine häusliche Quarantäne vorgesehen. ! Im Moment Schutz von med. Personal und vulnerablen Gruppen vorrangig. <p>Risikoprofil vulnerabler Gruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Soll erstellt und ans BMG geschickt werden. ! Fragen: Was sind Risikogruppen und was für Maßnahmen werden empfohlen? ! Maßnahmen, von denen sich in China gezeigt hat, dass sie wirksam sind, könnten als Handlungsempfehlungen /-optionen vorgeschlagen werden. <p><i>To do: Dokument zu vulnerablen Gruppen erstellen. (FG36)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bitte präfinale Dokumente immer im Verteiler Krisenstab zu zirkulieren. <p><i>To do: Email-Verteiler Krisenstab erstellen, um Dokumente zirkulieren zu können, bevor sie finalisiert werden. (FG32)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Falls Dokumente noch nicht ganz abgestimmt sind, aus Zeitgründen jedoch trotzdem schon ans BMG geschickt werden müssen, sollen sie als Entwurf gekennzeichnet werden. <p>Konzept KoNa</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wurde an die Länder zur Kommentierung weitergegeben. 	<p>IBBS</p> <p>FG36</p> <p>FG37</p> <p>FG32</p>
--	---	---

	<p>Angebote Tools/Dashboard</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es sind mehrere Treffen geplant um zu klären, was schon entwickelt ist und nützlich sein könnte. ! Intern umstritten, ob es sinnvoll ist, ein Parallelsystem zu SurvNet zu verwenden. 	
6	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kontamination: Es gibt Probleme mit Zulieferern von Primern (Kontrollen sind betroffen), mind. 3 Firmen sind von Kontamination betroffen. Es wird nicht allgemein bekannt gegeben, um welche Firmen es sich handelt. Die Firmen selbst sind in der Pflicht Kunden zu informieren. Keine Aufgabe RKI ! AGI Sentinel: gestern 80 Proben getestet, alle negativ. 	ZBS1 FG17
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Klin. Kriterien für stationäre Aufnahme von Patienten mit laborbestätigter SARS-CoV-2-Infektion</p> <ul style="list-style-type: none"> ! kein Auftrag, ärztliche Entscheidung <p>Verlegung und Kohortierung COVID Patienten im Gesundheitswesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Entwurf Rahmenkonzept wurde ans BMG geschickt. <p>Sentinel Praxen AGI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! positive Befunde kein Grund für Schließung von Praxen, bei Abstrichentnahme Mund-Nasenschutz wie bei allen respiratorischen Erkrankungen 	IBBS/FG14/ FG37 FG36
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Schutzmasken: Das BMG wird sich um die Beschaffung von Schutzmasken kümmern und verweist hierzu auf der Internetseite. 	IBBS
9	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Lagebericht: Karte soll eingefügt werden, im Moment nur mit Fällen. Internationaler Teil soll verkürzt werden. 	FG32
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Keine Besonderheiten 	FG32



Lagezentrum des RKI

Agenda des COVID-19-Krisenstabs

11	Internationales ! Andreas Jansen befindet sich auf WHO-Mission im Iran. Auf Entscheidung der WHO wird volle Schutzkleidung verwendet. ! Dienstreisen, die nicht unbedingt nötig sind, sollen unterbleiben.	ZIG
12	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 04.03.2020, 11:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	04.03.2020, 11-13 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
- ! FG 34
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Sarah Esquen
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 93.079 (+2.169) Fälle, davon 3.203 (3,4%) Todesfälle (+74) ○ China (ohne Hongkong, Taiwan und Macau) 80.249 (+116) Fälle, davon 2.981 (3,7%) Todesfälle (+38), 6.391 schwere Krankheitsverläufe ○ Provinz Hubei 67.332 (+115) Fälle, davon 2.871 (4,3%) Todesfälle (+37), 6.593 schwere Krankheitsverläufe ○ International 79 Länder (incl. Hongkong, Taiwan, Macau) mit 12.830 (+2.205) Fällen, <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neue Fälle in: Iran (835), South Korea (516), Italy (466), Hong Kong (101), Taiwan (41), Germany (38), Spain (31), United States (22), France (21), Japan (19), Sweden (15), United Kingdom (11), Macau (10), Norway (8), Malaysia (7), Switzerland (7), Austria (6), Canada (6), Denmark (6), Oman (6), Belgium (5), Iceland (5), Iraq (5), Netherlands (5), Australia (3), Singapore (2) und jeweils 1 neuer Fall in Argentina, Chile, Czech Republic, Ireland, Liechtenstein, New Zealand, Romania, Ukraine ▪ Fälle in neu hinzugekommenen Ländern (Argentinien, Chile, Liechtenstein, Ukraine, Polen) sind alle importiert. ○ International 222 (1,7%) Todesfälle: Italy (79), Iran (77), South Korea (33), United States (9), Japan (6), Diamond Princess (6), France (4), Hong Kong (2), Taiwan (1), Spain (1), Australia (1), Philippines (1), San Marino (1), Thailand (1) ○ Mind. 242 schwere Krankheitsverläufe ○ Europa (WHO Region) 2.749 Fälle (+525), davon 56 (2,0%) Todesfälle (+19), 157 schwere Krankheitsverläufe 	ZIG1

	<p>! Trendanalyse (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ China: Rückgang der Fallzahlen, neue Fälle hauptsächlich in Wuhan; außer in Hubei und evtl. in Zhejiang wurde der Verkehr wieder aufgenommen ○ Italien: nach wie vor stark ansteigender Trend, Italien hat die meisten Todesfälle außerhalb von China,; Infos von Hr. Wieler zu Italien: 2.999 Fälle, 51 Todesfälle (Median 80 Jahre, viele Vorerkrankungen); am 02.03. waren insgesamt 927 Personen in häuslicher Absonderung, 742 hospitalisiert und 166 auf der ITS (Quelle http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5351&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto+domiciliare) ○ Südkorea: 516 neue Fälle; 56,1% der Fälle gehören zum Shincheonji Church-Cluster, Geschehen hauptsächlich in Daegu; mehr Fälle bei Frauen als bei Männern, viele Fälle bei 20-29 jährigen und bei 50-59 jährigen, Todesfälle steigen mit dem Alter; Maßnahmen und Risikoeinschätzung nicht geändert; Schutzmaskenmangel ○ Iran: 835 neue Fälle; Sorge einer Verbreitung in Gefängnissen; keine Änderung Maßnahmen; laut Info von Hr. Jansen werden nur hospitalisierte Fälle getestet, es findet keine KoNa und keine Isolation zuhause statt ○ Japan: wenige neue Fälle (24) ○ USA: 128 neue Fälle davon 9 Todesfälle; mit Cluster in Seniorenresidenz (9 Fälle, 5 Todesfälle); zur Frage, was CDC unter „community spread“ versteht, wurde vorerst auf die Definition der WHO verwiesen; Restriktionen zur Testung wurden aufgehoben ○ Spanien: Zahlen steigen an, Epidaten sind jedoch bisher nur für 30 Fälle verfügbar <p>Begriff Sterberate/„Fallsterberate“ (epidemiologisch Anteil der Verstorbenen unter berichteten Fällen) beachten</p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle: 240 in 15 Bundesländern (75 Landkreise) bestätigt (1, BB, 6 BE, 43 BW, 48 BY, 2 HB, 12, HE, 2 HH, 3 MV, 4 NI, 111 NW, 2 RP, 2 SH, 1 SL, 1SN, 1 TH) 	<p>FG32</p> <p>PAE</p>
--	---	------------------------



Lagezentrum des RKI

Agenda des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 46% der Fälle können auf Cluster Heinsberg zurückgeführt werden ○ LK Freising haben viele Kontaktpersonen nachzuverfolgen; wird voraussichtlich Amtshilfeersuchen stellen <p><i>ToDo: Team für Freising für Kontaktpersonennachverfolgung zusammenstellen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie viele der Fälle HCW sind, ist zurzeit noch unbekannt. ○ Inzidenzkarten pro Landkreis sind geplant ○ Auch Landesämter greifen auf Pressemitteilungen zurück, Bitte aus EpiLag normale Meldewege zu nutzen <p><i>ToDo: im Lagebericht Fallzahlen (aus Medien + Meldezahlen) den tatsächlichen Meldezahlen gegenüberstellen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Quarantäne von HCW, die Kontaktpersonen Grad 1 sind, können lokal ein Problem für das Gesundheitssystem darstellen. ○ Ausblick auf syndromische Surveillance: Der Influenza Wochenbericht zeigt einen leichten Rückgang der Influenza-Fälle. Die Karte kann nicht kleinräumiger dargestellt werden. ○ Der PI Camostat (Foipan®) scheint in der Zellkultur sehr wirksam zu sein, noch wurden keine Tierversuche durchgeführt. (In Japan und USA bereits für andere Indikation zugelassen.) 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 1. Version Erregersteckbrief steht zur Verfügung und soll ins Netz gestellt werden. „Wird kontinuierlich aktualisiert“ ist vorangestellt. Sprachliche Anpassungen auf Wunsch vom BMG wurden durchgeführt. ! Hr. Wieler klärt mit BMG, ob das Dokument so ins Netz gestellt werden kann. 	FG36
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aktuell keine Änderung ! Bitte vom Krisenstab BMI, die Kriterien für die Situationseinschätzung/ Risikobewertung auf nationaler Ebene zu formulieren. <p><i>ToDo: Kriterien für Situationseinschätzung konkretisieren, halbe Seite zu der Rationalen der Risikobewertung formulieren und ins Netz stellen</i></p>	Alle FG32
4	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Text zu Heinsberg soll ins Internet gestellt werden; Formulierung: Es liegen uns keine Informationen zu Maßnahmen vor. ! Lagebericht wird ab 04.03.2020 online gehen ! Pressestelle: Von 8-19 Uhr wird das Webmaster-Postfach betreut; unter Lagemanagement/Orga sind Handynummern 	FG32

	<p>hinterlegt, unter denen Pressemitarbeiter in dringenden Fällen bis 21 Uhr erreichbar sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt zurzeit viele Presseanfragen zur Quarantäne med. Personals. Formulierung: Entscheidungen von Behörden werden nicht kommentiert. ! Thema Händeschütteln in die FAQ unter dem Punkt: Schutz vor Ansteckung aufnehmen (momentan schon unter Optionen zur Kontaktreduzierung im Internet zu finden). ! Ansage für Telefone ist fast fertig, für die Pforte ist Liste mit Fachdurchwahl erforderlich <p><i>ToDo: Liste mit Fachdurchwahl für Pforte erstellen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frage BZgA: Wer sammelt die verfügbaren telefonischen Hotlines? Im Moment werden telefonische Hotlines im Lagezentrum einmalig zusammengestellt, die BZgA übernimmt dies zukünftig, AP beim BMG ist Fr. Ziegelmann. ! Pforte soll diese Liste ebenfalls zur Verfügung gestellt werden, damit diese bei Bürgeranfragen an diese Nummern verwiesen kann. ! Aktivitäten BZgA: Infoangebot auf Internetseite wird ausgebaut; Übersetzung in andere Sprachen; Youtube-Videos werden erweitert; Infos für Schulen und Kitas wurden veröffentlicht; ein Merkblatt für Arbeitnehmer/Arbeitgeber ist in Abstimmung; am Wochenende soll eine erneute Anzeigenschaltung in Zeitungen erfolgen; für Pflegeheime ist nichts in Vorbereitung ! BMG hat PLZ erhalten und wird verstärkt auch soziale Medien nutzen ! Aus BMG TK wurde berichtet, dass neuer Leiter von Abteilung 6, Generalarzt Dr. H. Holtherm ein Lagezentrum im BMG plant, mit Beteiligung von externen Experten ! Hr. Wieler übermittelt ein Lob von Fr. Merkel, diese regt an, einen anderen Begriff für „Hustenetikette“ zu finden <p><i>ToDo: Anderen Begriff für „Hustenetikette“ suchen</i></p>	<p>Presse</p> <p>AL3</p> <p>Presse</p>
<p>5</p>	<p>Dokumente</p> <p>Rahmenkonzept (Ergänzung zum nationalen Pandemieplan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wurde zirkuliert, Kommentare von Hr. Schaade eingearbeitet und bereits an die Länder geschickt. Heute Nachmittag wird es bei der GMK besprochen. Falls keine Einwände kommen, kann es ins Netz gestellt werden. <p>Flusschema (überarbeitete Version)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ist heute ans BMG gegangen. Im Dokument sind jedoch 2 Dokumente verlinkt, die noch in Abstimmung sind. Wenn diese auch finalisiert sind, kann es ins Netz (geplant 05.03.). ! Erstellung Hygieneseite: Dokument zum Standardvorgehen „Hygienepapier“ und Dokument bei Ressourcenknappheit, in dem zeitlich befristete Maßnahmen für besondere Situationen erläutert werden. <p>Ambulantes Management von Fällen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Rückmeldungen bitte bis Dienstschluss, soll morgen online 	<p>FG36</p> <p>IBBS</p> <p>IBBS, FG14</p>

	<p>gestellt werden.</p> <p>Risikoprofil vulnerabler Gruppen ! Soll zeitnah veröffentlicht werden.</p> <p>Anpassung Kontaktpersonenmanagement ! Konkretisierung für medizinisches Personal, wurde zirkuliert und kann ins Netz gestellt werden.</p>	<p>FG36</p> <p>FG36</p>
6	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt logistische Probleme bei bestimmten Firmen, z.B. Testkits von Roche; Engpass bei Reagenzien ! Die Hauptgefährdung für die Ärzte entsteht bei der Probenentnahme bei den Patienten. Deshalb wären Selbsttests durch die Patienten hilfreich. ! Es sollte in einem geeigneten Setting evaluiert werden, ob die Selbsttestung mittels Nasenabstrichs durch den Patienten vergleichbar mit einem Abstrich durch med. Personal ist. ! Wissenschaftliche Studien von chinesischen Kollegen lassen auf eine Äquivalenz von Speichelproben im Vergleich zu einem Rachenabstrich schließen. Hr. Mielke hat hierzu Literatur zusammengestellt und an Hr. Drosten geschickt. ! Es wird eine Einschätzung von Hr. Drosten gewünscht, ob die Selbstbeprobung erfolgsträchtig ist. <p><i>ToDo: IBBS stimmt einen Termin mit Hr. Drosten für TK ab.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! ARS-Labor sollen durchgeführte Tests, pos. und neg. getestete Tests mitübermitteln, außerdem wird auf die VoxCo-Abfrage hingewiesen; läuft gut an. ! Ab Mai sind evtl. auch Daten aus der KBV-Abrechnung verfügbar ! Es wurde die Frage angeschnitten, ob man den AGI-Ärzten Schutzmaterialien zur Verfügung stellen könnte, da diese Teil der virologischen Surveillance sind. Das Thema soll morgen nochmal angesprochen werden. RKI hat allerdings auch kein Reservoir an Masken. 	<p>ZBS1 FG17</p> <p>FG36/IBBS/ FG37</p>
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Verlegung und Kohortierung COVID Patienten im Gesundheitswesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt Bevorratungsstrategie für experimentelle Therapeutika, 3 STAKOB-Zentren wären bereit an klinischen Studien teilzunehmen. ! Es gab Fragen zu schwangeren Arbeitnehmerinnen. Es wird von keiner speziellen Gefährdung ausgegangen. ABAS sieht keine Zuständigkeit, diese liegt beim Familienministerium. 	<p>IBBS/FG14/ FG37</p>

	<p><i>ToDo: Kontaktaufnahme mit Familienministerium durch FG33</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wenn in hochspezialisierten Bereichen HCW zu Fällen werden, sind häufig weitere HCW Kontaktpersonen 1.Grades. Dann muss entweder der Bereich geschlossen werden oder es müssen pragmatische Einzelfallentscheidungen getroffen werden. Handlungsoptionen sollen beratend eingebracht werden, Entscheidungen müssen vor Ort getroffen werden. Generell soll jedoch nicht von den Grundprinzipien abgewichen werden. Es handelt sich um Einzelfälle unter besonderen Bedingungen. <p><i>ToDo: Beratung und Evaluation der Maßnahmen sollen von FG37 begleitet werden</i></p>	FG37
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Schutzmasken werden über BMG über beschafft. ! Engpässe ändern sich täglich und sollen beim BMG zusammenlaufen. Für die Empfehlungen wäre die Information sehr hilfreich, wann welches Material zur Verfügung steht. ! Quarantäneflyer soll weiterhin zunächst nicht im Internet veröffentlicht werden; jedoch viele Anfragen von niedergelassenen Ärzten zu diesem Thema. Veröffentlichung zu einem späteren Zeitpunkt 	
9	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Dashboard: Hr. Brockmann und Hr. Schlosser haben angeboten eine Karte zu erstellen und zu aktualisieren. Karte muss in SurvNet eingebunden sein. FG31 und die Signalegruppe sollen sich mit Hr. Brockmann in Verbindung setzen. 	FG32, FG31
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Sehr viele Kontaktpersonennachverfolgungen bei Flugreisen; die Frage ist: wie lange soll diese Art von Eindämmung weiterverfolgt werden. Soll bei AGI, ECDC thematisiert werden. 	FG32
11	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Andreas Jansen befindet sich in Teheran und reist demnächst nach Ghom. ! AA holt Personal aus Iran zurück. 	ZIG
12	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>Aktenrelevanz:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Führungskräfte sollen entscheiden, was veraktet werden soll und die Dokumente entsprechend kennzeichnen. Die Veraktung soll eher restriktiv gehandhabt werden. ! Es wäre sinnvoll eine Aktenstruktur vorzugeben. Dann könnte z.B. IBBS die Dokumente selbst verakten. ! Presse soll den Stand jedes Dokuments, das online gestellt wurde, verakten. 	FG32



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Agenda des COVID-19-Krisenstabs

13	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Donnerstag, 05.03.2020, 11:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum	

Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)-Lage“

Ergebnisprotokoll

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	05.03.2020, 11 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Sarah Esquevin
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann (per Telefon)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 95413 (+2.334), davon 3.285 Todesfälle (+82), Fallsterberate 3,4% ○ China (inkl. Hongkong und Macau) 80.520 (+119) Fälle (84,4% der Fälle weltweit), davon 3.014 (+30) Todesfälle, Fallsterberate 3,7%, >5924 schwere Krankheitsverläufe (≥7,4%) ○ Provinz Hubei 67.466 (+134) Fälle (83,8% der Fälle in China), 2.902 (+31) Todesfälle, Fallsterberate 4,3%, 5788 schwere Krankheitsverläufe (8,6%) ○ International (ohne China, mit Taiwan) 80 Länder mit 14.893 (+2.215) Fällen, davon 271 Todesfälle, Fallsterberate 1,8%, ≥419 schwere Krankheitsverläufe (≥2,8%, keine Angaben zu Iran) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Südkorea 5.766 (38,7%) ▪ Iran 2.922 (19,6%) ▪ „Diamond Prinzess“ 706 (4,7%) ▪ Japan 331 (2,2%) ○ WHO EURO Region 4.354 Fälle (+976), davon 114 (+29) Todesfälle, Fallsterberate 2,6%, 324 schwere Krankheitsverläufe (7,4%) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Italien 3.089 (70,9%) ▪ Frankreich 285 (6,5%) ▪ Deutschland 262 (6,0%) ▪ Spanien 202 (4,6%) ▪ Vereinigtes Königreich 85 (1,9%) ▪ Schweiz 80 (1,8%) <p><u>Achtung: Bitte Taiwan nirgends mehr unter China führen</u></p> <p>! Trendanalyse (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diverse Infos: Malaysia plötzlicher Anstieg aufgrund eines Clusters; Indien starker Fallanstieg, u.a. 16 Fälle aus Italien; Schweden und Norwegen Fälle in Verbindung mit anderen Ländern (u.a. Schweiz und Italien) ○ Südkorea: weiter Fallanstieg, keine Änderung der Gebiete, betroffenes Gebiet = special care zone, Kommunikation mit der Bevölkerung wird intensiviert, es gibt drive-through Teststationen, keine Änderung der betroffenen Gebiete ○ Iran: viele Fälle (auch Todesfälle) im Regierungskreis, inzwischen 22 PCR-Labore vom Institut Pasteur landesweit ausgerollt (Ziel sind 41), 10.000 Tests/Tag, keine Information um Risikogebiet zu ändern 	<p>ZIG1</p> <p>ZIG1</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Japan: keine Änderung in betroffenen Gebieten ○ Italien: Situation weiterhin dynamisch, viele Fälle und Todesfälle; exportierte Fälle in 44 Länder; ISS berichtet, dass viele HCW betroffen sind (mehr Details nicht verfügbar); Schließung von Schulen und Universitäten bis Mitte März; gleiche Regionen betroffen ○ Frankreich: 6 Cluster insgesamt in 4 Regionen, nördlich von Paris am größten, dort viele Maßnahmen inkl. Schulschließung; im Südosten Kirchenevent wo auch Deutsche und Schweizer waren, Alarmstufe 3 (die höchste) wird aktuell erwogen ○ Australien: ggf. erste autochthone Übertragungen (3 in Untersuchung) ○ US/Kalifornien: Kreuzfahrtschiff „Grand Princess“ in Zusammenhang mit Todesfall, darauf sind auch deutsche Passagiere, heute laufen Testungen ! Risikogebiete International <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche spezifischen Kriterien sollen von RKI benutzt werden, um Risikogebiete zu definieren ○ Gestern ECDC Advisory Forum TK: ECDC hat Falldefinition inkl. Risikogebiet der der WHO angepasst (Ländern in denen gehäuft Fälle auftreten), Resistenz zahlreicher Länder da dies schwer zu interpretieren ist ○ Sehr viele Nachfragen zu Südtirol als Risikogebiet, RKI wurde um Prüfung gebeten; Motivation Risikogebiet: erhöhte Untersuchung von Rückkehrern und höhere Vigilanz, diese ist bereits gegeben; Prüfung wie viele der Fälle in Deutschland Exposition in Südtirol hatten (Entscheidungshilfe) ! Ausbruchsgebiete national <ul style="list-style-type: none"> ○ Heinsberg darf nicht Risikogebiet genannt werden (BMG), viele Nachfragen hierzu auch aus dem Ausland ○ UK nutzt „regions of high occurrence“, wie nennen wir solche Gebiete in Deutschland (deskriptiv und eindeutig), auch um daraufhin Maßnahmen erfolgen zu lassen ○ Möglich, dass andere Länder demnächst (Gesamt-) Deutschland als Risikogebiet definieren <p><i>ToDo: Klärung Kriterien zur Definition von Risikogebieten, FG36/INIG</i></p> <p><i>ToDo: Fallzahl in Deutschland mit Exposition in Südtirol, FG32/LZ?</i></p> <p><i>ToDo: E-Mail an BMG, um Vorgehen zur Definition von Gebieten mit hohem Fallaufkommen in Deutschland zu klären, fachlich und politisch, baldige Stellungnahme wichtig, Terminologie z.B. Ausbruchsregion?</i></p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fälle <ul style="list-style-type: none"> ○ 349 laborbestätigt, 15 Bundesländern, 98 Landkreise: 	<p>alle</p> <p>AL3</p> <p>alle</p> <p>alle</p> <p>FG32</p>
--	---	--



	<p>BB 1, BE 9, BW 65, BY 52, HB 3, HE 14, HH 3, MV 4, NI 10, NW 175, RP 7, SH 3, SL 1, SN 1, TH 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Neu 87: 2 BE, 15 BW, 4 BY, 2HE, 3NI, 60 NW (davon 50 Heinsberg), 1 SH; Inzidenz 0,43/100,000 Deutschland, 1/100,000 NRW, 58/100,000 Heinsberg; nationale vs. internationale Exposition deutscher Fälle: 200 (162 Heinsberg) vs. 76 (64 Italien); Alter 2-92 Jahre, Median und Durchschnitt 40 Jahre, noch kein Todesfall, keine Daten zu Hospitalisierungen ○ Datenerfassung ungenügend, z.B. zu Hospitalisierungen; in SurvNet möglich in der Rubrik Extra-Infos, müsste von GA befüllt werden, nicht alle GA haben Zeit hierzu oder benutzen SurvNet, Infobrief gibt als Alternative zu SurvNet, dass es auf Landesebene gemacht wird, diese haben jedoch noch weniger Informationen! andere Möglichkeit der Datenerfassung notwendig <p>! IBBS lässt klinische Verläufe dokumentieren anhand von WHO-Dokumenten, scheint aber komplizierter/zeitaufwendig zu sein</p> <p>! Amtshilfeersuchen aus Freising ans RKI: 3 Abt. 3 MA sind auf dem Weg dorthin. 2 PAE, 1 MA FG32</p> <p>! Deutscher Lagebericht kommt auch auf die Webseite in abgepeckter Form, der englische ebenfalls</p> <p><i>ToDo: FG32 erarbeitet Vorschlag zur Verbesserung der Datenübermittlung bis frühestens Montag</i></p> <p><i>ToDo: Lageberichte (verschlankte Fassung) von heute an auch in beiden Sprachen auf RKI-Webseite</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Erregersteckbrief: ist in finaler Abstimmung, Freigabe durch BMG steht noch aus, soll heute Abend online gehen, wenn bis 16 Uhr keine Rückmeldung erfolgt wird er eingestellt, kann zeitgleich an die Länder geschickt werden ! Neue Publikation aus Schenzen, China: dokumentiert Zuwachs an Fällen unter Kindern (von 2 auf 13%), mit Vorsicht zu interpretieren, u.a. da die Anzahl der Testungen im untersuchten Zeitraum stark angestiegen ist 	<p>alle</p> <p>INIG</p>
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Risikobewertung RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMI/BMG Krisenstab will Rationale hinter Risikobewertung des RKI wissen, Text hierzu (basierend auf Pandemieplan) ist in Vorbereitung, FG32 Aufschlag wird von FG36 überarbeitet, Veröffentlichung wird nach Fertigstellung entschieden, Text soll Montag fertiggestellt sein 	<p>Alle</p>

<p>4</p>	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fragen von Presse <ul style="list-style-type: none"> o Ändert sich Risikobewertung wenn Todesfall in Deutschland: nein o Wie sollen Todesfälle auf der Webseite dargestellt werden, auch in Tabelle (per Bundesland) oder nicht? Nicht abschließend entschieden, aber offiziell übermittelte Fälle (neben denen, die dem RKI auf allen Wegen bekannt werden) sollen auch in der Tabelle aufgeführt werden ! BZgA: nichts neues zu berichten ! Bundeswehr: bereitet Dashboard zur Darstellung eigener Lage (Soldaten in Deutschland als auch weltweit entsandte Personen) vor, hat auch MoU mit INIG/ZIG, in dem ebenfalls gemeinsame IT-Plattform Bestandteil ist, Daten von Fällen in deutscher Allgemeinbevölkerung werden nicht beinhaltet 	<p>Presse</p>
<p>5</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Rahmenkonzept heißt jetzt „Ergänzung zum NPP“ (BMG), S. 21 betrifft Einreise aus (Auslands-) Risikogebieten, Wording für deutsche Gebiete wird mit BMG abgestimmt (s.o.) ! Flussschema (überarbeitete Version): online ! Ambulantes Management von bestätigten Fällen: online ! Risikoprofil vulnerable Gruppen: Papier weitestgehend fertig ! Konzept KoNA: online ! Modellierung zu COVID-19 in Deutschland <ul style="list-style-type: none"> o Wurde vorbereitet, gut umgesetztes fachliches/wissenschaftliches Produkt o Interesse und Nachfrage besteht, zahlreiche andere Modellierungen des RKI wurden veröffentlicht, hier wünscht BMG keine Veröffentlichung o Es wäre gut, Verbot des BMG (mündliche Weisung) in irgendeiner Form zu verschriftlichen o BMG Krisenstab wird heute eingerichtet und von Herrn Holtherm geleitet, Modellierung wird ihm vorgelegt und Veröffentlichung erneut besprochen o RKI bereitet Begleittext (deutschsprachig für EpiBull) zu Modellierung vor soll weiter aktualisiert werden <p><i>ToDo: Presse soll Holtherm, Rottmann, Kaup über Veröffentlichung des Rahmenkonzepts informieren und Dokumente im Anhang schicken</i></p>	<p>FG36 alle</p>
<p>6</p>	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Altona Kits haben grundsätzlich keine Engpässe aber hohe Nachfrage 	<p>ZBS1</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ! ECDC rapid laboratory capacity assessment läuft, inkl. Frage nach Verknappung von Schutzmaterialien für Laboruntersuchungen, hoffentlich demnächst Übersicht auf europäischer Ebene (von ECDC) verfügbar ! 180 Labore haben sich zu Ringtests angemeldet ! RKI bietet Bundesländern an, bei Testungen bis zu 200 Tests pro Tag zu unterstützen, noch keine große Begeisterung von Seiten der Länder 	<p>FG17</p> <p>AL1</p> <p>VPräs</p>
<p>7</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Studie: 3 STAKOB Zentren nehmen teil, Hamburg, München Düsseldorf, Hamburg hat Lead, aktuell werden Genehmigungen und Ethikvotum eingeholt, sehr beschleunigt ! TK 13 Uhr mit Herrn Drosten: Entlassungskriterien, Optionen zur Selbsttestung, Freitestung Fachpersonal ! Handlungsoptionen zur Trennung von Patienten: bei größerem Patientenaufkommen sind Einzelzimmer nicht machbar, dann ist Kohortenisolierung sinnvoll und fachlich eindeutig, Papier zur Trennung (FF: FG37) wird heute mit AGI abgestimmt ! Mobile Teams KoNa: GERN Studie läuft, AL2 hat Montag berichtet, dass Teilnahme extrem niedrig ist, die Teams würden sich hier ideal anbieten <p><i>ToDo: FG37 spricht mit Herrn Lampert (AL2) hierüber</i></p>	<p>IBBS</p>
<p>8</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Testungen bei medizinischem Personal sind häufiges Thema, HCW müssten sich theoretisch täglich testen, sinnvoller wäre ein Algorithmus, wie sie effektiv geschützt arbeiten können ! Veterinäre haben Stock an Schutzmaterialien, könnten ggf. um Unterstützung gebeten werden, TOP auf BMG TK (OHa) ! Schutzmasken <ul style="list-style-type: none"> o BMG TK heute Morgen: Kauf ist noch nicht zustande gekommen, von BMG Referat 123 erhaltene Angebote entsprechen nicht erwünschten Spezifikationen, RKI-Fachexperte soll weiter bei Bewertung unterstützen, Standards sollen nicht gesenkt werden, Herr Thanheiser war bereits mit BMG in Kontakt, am BMG koordiniert Herr Reischel dies o BMG wurde gebeten einen Text zu entwerfen der ins Internet gestellt werden kann, wird aber erst nach erfolgreicher Beschaffung erfolgen ! Zentral organisierte, regelmäßige Massenveranstaltungen: nach Pandemieplan Teil 2, sollen Maßnahmen besser früh als spät eingeführt werden, um maximalen positiven Effekt zu haben; mögliche Absprache z.B. mit DFB zu Vorgehen für 	<p>AL1</p> <p>FG32/FG35</p> <p>FG32</p> <p>FG36</p>



	<p>Bundesligaspiele – politisches Thema, sollte in BMG TK besprochen werden, Entscheidung unterliegt DFB und Bundesländern/lokalen Ämtern, dennoch Absprache auf zentraler Ebene möglich? Ggf. auch Kirchengemeinden (jedoch weniger Tröpfchen-Produktion), Kriterienpapier zu Massenveranstaltungen kann diesbezüglich überarbeitet werden</p> <p>! Pandemiephasen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BMG möchte diese auf europäischer Ebene klären, am liebsten gemeinsam in nächste Phase übergehen, dies wurde gestern auch beim ECDC AF besprochen ○ Phasenübergang ist nicht punktuell sondern fließend, und wird durch lokales Lagebild geleitet, gemeinsamer Zeitpunkt nicht als sinnvoll erachtet, darum wurde Phasenmodell der WHO verworfen ○ Deutschland ist ein großes Land, aktuell hochdiverse Lage, gemeinsame einheitliche Lage gibt es vielleicht irgendwann, siehe Pandemieplan Kapitel 4 ○ Es geht primär um die entsprechenden Maßnahmen, meist müssen mehrere Strategien parallel gefahren werden ○ Containment gilt aktuell auch für Heinsberg, aber dort auch Notwendigkeit vulnerable Gruppen zu schützen ○ Lokal muss Lage evaluiert, Schwerpunkte gesetzt und dann agiert werden, indem Maßnahmen strategisch zusammengeführt werden, wird je nach Situation vor Ort regional gesteuert ○ RKI macht Lagebild und Empfehlungen zu möglichen Gegenmaßnahmen verfügbar, setzt voraus, dass Ressourcen (Betten, ICU) lokal bekannt sind ○ Pandemieplan wird nicht verstanden, Erläuterung durch RKI scheint notwendig, was wird wann erwartet <p><i>ToDo: Herr Schaade und Herr Haas lesen sich Rahmenkonzept noch einmal mit Blick auf lageabhängige Maßnahmen (und Phasen) durch</i></p> <p><i>ToDo: FG36 bereitet EpiBull Artikel zum selben Thema vor, zunächst Walter Haas Kontaktpunkt</i></p>	<p>VpräS/FG36/ alle</p>
<p>9</p>	<p>Surveillance</p> <p>! RKI Dashboard: gestern besprochen, Signale Gruppe (mit Herrn Brockmann abgesprochen) ist dabei, etwas zu entwickeln, Anfang nächster Woche erfolgt Vorschlag</p> <p>! PräS wünscht Zahl genesenen im Lagebericht: in Besprechung</p> <p>! In SurvStat werden täglich freigegebene Daten zu COVID-19 Fällen verfügbar, sollte dies auch für andere Krankheiten gemacht werden? Muss mit AGI abgesprochen werden</p> <p>! ECDC TESSY und Datenschutz: nach Herrn Lekschas ist Übermittlung nicht datenschutzkonform und nicht akzeptabel,</p>	<p>FG32/Abt. 3</p>

	<p>Entscheidung von Leitung steht aus, ob Deutschland trotz Datenschutzbedenken weiter Daten für TESSY übermittelt</p> <p>! Untererfassung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Studien zu möglicher Untererfassung von Fällen, mehrere Ansätze in Arbeit ○ Möglicher Erhalt von Daten aus virologischer Testung ○ Kleine Fallzahlstudie zur Diagnostik durch Charité, enthält auch Fragestellung zur Grundimmunität ○ Antrag von Gérard Krause mit nationaler Kohorte zu serologischer Testung (Ausgangssituation und retrospektiv tatsächliche Infektionsrate), Entscheidung zu RKI Beteiligung steht noch aus ○ Heinsberg als Stichprobe, z.B. wie lange dauert Serokonversion, wie viele bestätigte PCR-Infektionen, wie viele waren infiziert und bei wie vielen wurde es nachgewiesen? ○ Wichtige Fragen auch wegen Ressourcenforderung, wahrscheinlich findet Rückstellung von Seren aktuell nicht statt ○ Ergebnisse der aktuellen Ausbruchssituation könnten nicht als repräsentativ erachtet werden ○ ! sollte noch weiter darüber nachgedacht werden, nutzen von Heinsberg, FG37 bespricht dies mit Charité Kontakt 	
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Neue Empfehlungen für Busreisende wurden abgestimmt</p>	FG32
11	<p>Internationales</p> <p>! Iran: Bericht von Andreas Jansen, dass RKI-Spende extrem hilfreich ist und eine Unterbrechung der Testungen verhindert hat, sehr gut ausgebildete Ärzte, 200 ECMO Plätze, Auslastung des Gesundheitssystems aktuell 80%, Mangel an PPE und Medikamenten, Epidemiologen werden politisch manipuliert, Krise in Leadership und Planung</p>	ZIG
12	<p>Informationen aus dem Lagezentrum</p> <p>! Aktenrelevanz – nicht besprochen</p> <p>! IHR Focal Point, EMOTET Filter heute nicht– nicht besprochen</p>	FG32
13	<p>Andere Themen</p> <p>! Verteiler Krisenstab mit nur wenigen Mitgliedern wurde kreiert: Verteiler-Krisenstab@rki.de</p>	



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	! Nächste Sitzung: Freitag, 06.03.2020, 13:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum	
--	--	--

Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)-Lage“

Ergebnisprotokoll

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	06.03.2020, 13:00-15:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade, Lothar Wieler (per Telefon)
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
- ! FG 32
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Muna Abu Sin, Niklas Willrich
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Maud Hennequin
- ! ZBS1
 - Janine Michel, Andreas Nitsche (per Telefon)
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 98.120 (+2.707), davon 3.388 Todesfälle (+103), Fallsterberate 3,5% ○ China (inkl. Hongkong und Macau) 80.667 (+147) Fälle, davon 3.044 (+30) Todesfälle, Fallsterberate 3,8%, >5744 schwere Krankheitsverläufe ○ Provinz Hubei 67.592 (+126) Fälle, 2.931 (+29) Todesfälle, Fallsterberate 4,3%, 5.588 schwere Krankheitsverläufe ○ International (ohne China, mit Taiwan) 80 Länder mit 14.893 (+2.215) Fällen, davon 271 Todesfälle, Fallsterberate 1,8%, ≥419 schwere Krankheitsverläufe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehr als 10 neue Fälle in: Italien (+796), Iran (+591), Südkorea (+518), Frankreich (+138), Deutschland (+138), USA (+64), Spanien (+46), Niederlande (+44), Schweden (+38), Vereinigtes Königreich (+31), Belgien (+27), Griechenland (+23), Japan (+19), Norwegen (+16), Kanada (+14) ○ WHO EURO Region 4.354 Fälle (+976), davon 114 (+29) Todesfälle, Fallsterberate 2,6%, 324 schwere Krankheitsverläufe <p>! Trendanalyse (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die meisten Fälle außerhalb Chinas weiterhin in Südkorea, Italien, Iran. ▪ Südkorea: Fallsterberate von 0,7% ist deutlich erhöht in Altersgruppen 70-79: 4,1% und >80: 6,0% ▪ Japan weiterhin kein Risikogebiet ▪ Iran: Inzidenz am höchsten in Ghom, keine genaueren Informationen zu importierten Fällen ▪ USA: Lokale Übertragungen in Washington 	ZIG1

	<p>und Kalifornien; Restriktionen bei Testung aufgehoben</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ägypten: etwas mehr importierte Fälle, offiziell nur 2 Fälle, weiter beobachten ▪ Italien: Südtirol hat nur 7 gemeldete Fälle, kein anderes Land außer Deutschland hat importierte Fälle aus Südtirol gemeldet; jedoch viele Fälle aus Deutschland mit Reiseanamnese Südtirol, deshalb als Risikogebiet definiert ▪ Frankreich: 105 Fälle (25%) in Oise; 140 bestätigte Fälle in Grand Est region (Ostfrankreich), keine Kapazitäten für generelles KoNa mehr, konzentrieren sich auf med. Personal ▪ Frankreich wird weiter beobachtet und noch nicht als Risikogebiet definiert, gleiches gilt für Spanien ▪ Risikogebiete sollen sich auf Regionen mit vielen Fällen beschränken, nicht auf ganze Länder ▪ Reiserückkehrer aus Risikogebieten werden wie Kontaktpersonen Grad 2 behandelt, Empfehlung soziale Kontakte zu reduzieren, keine Quarantänemaßnahmen ohne Erkrankung nötig <p><i>ToDo: Hilfestellung für ÖGD: Empfohlene Maßnahmen bei Einreise aus Risikogebieten überarbeiten (FG32 + AGI)</i></p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle: 543 bestätigt (+194), 15 BL, 126 LK betroffen, (1 BB, 15 BE, 91 BW, 79 BY, 3 HB, 15 HE, 8 HH, 5 MV, 18 NI, 281 NW, 8 RP, 7 SH, 1 SL, 1 SN, 1 TH)) ○ Vor allem in NRW, BW, BY starker Anstieg ○ Expositionsorte: für 439 Fälle ist bekannt, dass sie Kontakt mit bestätigtem Fall hatten oder sich in einem Risikogebiet aufhielten; bei 295 war der Expositionsort national (hauptsächlich Heinsberg), bei 121 international (hauptsächlich Italien) ○ > 100 Cluster; FG36 wird eine Clusterbeschreibung versuchen ○ In Heinsberg wurde Strategie der Eindämmung aufgegeben, Risikoeinschätzung des RKI hierzu wurde ans BMG 	<p>FG32</p>
--	--	-------------



	<p>kommuniziert und ist im Lagebericht veröffentlicht</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Daten sind jetzt in SurvStat abrufbar, durch den Meldeverzug jedoch mit weniger Fällen als kommuniziert wurde ○ Demnächst sollen nur noch Meldezahlen verwendet werden, da der Aufwand für die Recherche zu groß ist, bei Umstellung könnte dies zu einer einmaligen Reduzierung der Fallzahlen führen ○ Information über Hospitalisierung ist bei 146 vorhanden, davon 52 hospitalisiert; keine Info über Schwere der Erkrankung vorhanden <p><i>ToDo: Definition schwere Erkrankung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Epikurve sollte ohne Heinsberg angesehen werden, ist die KoNa ohne Heinsberg ein Erfolg? ○ Eine Darstellung nach BL ist geplant <p><i>ToDo: Aufnahme von Epikurven nach Bundesland in den Lagebericht</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rückgang der Blutspenden: in Verantwortung von PEI ○ Angebot der Unterstützung durch Bundeswehr <p><i>ToDo: schriftliche Klärung bei der Bundeswehr</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Freigabe Erregersteckbrief durch BMG, kann publiziert werden. <p><i>ToDo: Erregersteckbrief muss in korrekter Fassung an Presse (FG36)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Der PI Camostat (Foipan®) scheint in der Zellkultur sehr wirksam zu sein, noch wurden keine Tierversuche durchgeführt. (In Japan und USA bereits für andere Indikation zugelassen.) 	FG36
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Risikobewertung „mäßig“ kann erstmal bleiben. Am Montag soll Vorschlag zur Rationalen der Risikobewertung besprochen werden. ! Eine Einbeziehung der Verfügbarkeit von Schutz- und Gegenmaßnahmen wäre sinnvoll. 	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Lageberichte sind eine spezielle Form der Situationsberichte und auf der Internetseite unter der Überschrift Situationsberichte zu finden. ! Presse bekommt 150-200 Mails pro Tag, ca. 1/3 aus der Fachöffentlichkeit, Anfragen von Bürgern werden standardmäßig an die FAQs und die BZGA verwiesen. ! Als Formulierung für „Hustenetikette“ wurde „Husten- und Niesregeln“ gewählt. <p><i>ToDo: Sprachregelung umsetzen (Presse)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! BZGA: am Wochenende werden neue Anzeigen geschaltet. 	Presse FG32

<p>5</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Risikoprofil vulnerable Gruppen: online ! Empfehlung zur häuslichen Quarantäne <ul style="list-style-type: none"> o wurde an die AGI geschickt, keine Widersprüche, soll online gestellt werden. ! Separierung Patientenströme <ul style="list-style-type: none"> o ist keine Abkehr vom Pandemieplan sondern eine Konkretisierung, Anhang zum Pandemieplan <p><i>ToDo:</i></p>	<p>FG36</p>
<p>6</p>	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Optionen zur Selbsttestung: Kliniker sollen gebeten werden Material von symptomatischen Patienten, bei denen parallel ein Rachen- und Nasenabstrich durchgeführt wurde, zur Verfügung zu stellen; TK mit Charite war gestern, evtl. auch Vivantes ansprechen <p><i>ToDo: Evaluierung Selbstabstriche (FG36)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Grippeweb: es gibt die Überlegung auf freiwilliger Basis ein RKI internes Vergleichskollektiv zu etablieren. <p><i>ToDo:</i></p>	<p>FG17 ZBS1 FG36</p>
<p>7</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Maßnahmen beim Umgang mit HCW als Kontaktpersonen 1. Grades: an einer alternativen Lösung mit den Unikliniken Aachen und Köln wird gearbeitet, eine Einbeziehung von Hr. Drosten (Charite) wäre wünschenswert; es handelt sich um Einzelfallentscheidungen, grundsätzlich wird weiter am Konzept zur KoNa festgehalten. ! Entlassungsmanagement: <ul style="list-style-type: none"> o Eine Entlassung anhand klinischer Kriterien aus dem KH ist möglich. Es muss entschieden werden, wann Patienten aus der häuslichen Isolierung entlassen werden. Für die Entlassung wird eine pragmatische Lösung nach einer bestimmten Dauer im Vergleich zu negativen Testungen favorisiert. o Dafür muss geklärt werden, wie lange die Ausscheidungsdauer ist. Dann kann ein Zeitraum festgelegt werden und der Patient nach diesem ohne weitere Testung entlassen werden. (Ausgegangen wird von 14-21 Tagen bei Einhaltung von Standardhygienemaßnahmen.) <p><i>ToDo: Entlassungskriterien definieren (IBBS, Abt. 1, FG36)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Planungstool zur Vorhersage der benötigten Anzahl Krankenhaus- und Intensivbetten für die nächsten Wochen <ul style="list-style-type: none"> o 	<p>IBBS/FG14</p>



8	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! <i>ToDo:</i>	
9	Surveillance ! <i>ToDo:</i>	
10	Transport und Grenzübergangsstellen Maßnahmen an Flughäfen ! <i>ToDo:</i>	FG32
11	Internationales ! <i>ToDo:</i>	ZIG
12	Informationen aus dem Lagezentrum ! <i>ToDo:</i>	FG32
13	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Tag, DD.MM.2020, XX:00-YY:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	09.03.2020, 13 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Maria an der Heiden
 - Ulrike Grote (Protokoll)
 - Ute Rexroth
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: -

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 110.014 (+11.894) Fälle, davon 3.828 (3,5%) Todesfälle (+440) ○ China (inkl. Hongkong und Macau) 80.860 (+193) Fälle, davon 3.121 (3,9%) Todesfälle (+77), 5.115 schwere Krankheitsverläufe ○ International 80 Länder (inkl. Taiwan) mit 29.154 (+11.701 seit Freitag) Fällen, <ul style="list-style-type: none"> ▪ neue Fälle seit Freitag in Italien (+3517), Iran (+3053), Südkorea (+1098), Frankreich (+786), Deutschland (+640), USA (+64), Spanien (+426), USA (+325), Schweiz (252), Niederlande (+183), Vereinigtes Königreich (+163), Belgien (+150), Japan (+147), Schweden (+113), Norwegen (+104), Österreich (67), Ägypten (52). Alle weiteren Länder haben jeweils weniger als 50 neue Fälle. ○ International 707 (2,4%) Todesfälle: Italy (366), Iran (194), South Korea (53), United States (22), France (19), Spain (17), Diamond Princess (7), Japan (7), Irak (5), Australia (3), Vereinigtes Königreich (3), Schweiz (2), Argentinien (1), Ägypten (1), Philippines (1), San Marino (1), Thailand (1) Taiwan (1) ○ Mind. 633 schwere Krankheitsverläufe ○ Europa (WHO Region) 12.333 Fälle (+6.659), davon 411 (3,3%) Todesfälle (+250), 507 schwere Krankheitsverläufe <p>! Trendanalyse (Folien hier)</p> <p>International:</p> <p>! Allgemein: Hotspot sind weiterhin Italien und Iran.</p> <p>! China: In der Zhejiang Region gibt es keinen neuen Fall. Insgesamt ist ein Rückgang der gemeldeten Fallzahlen in fast allen Regionen in China zu sehen. Bei Regionen mit neuen Fällen sind die Fallzahlen nur sehr klein. Es zeigt sich, dass in</p>	ZIG1



Lagezentrum des RKI

Agenda des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Hongkong die Eindämmung erfolgreich war.</p> <p>! Südkorea: Der Trend geht nach unten, es ist ein Abfall in der Epikurve zu sehen, was auf die erfolgreichen Maßnahmen (z. B. vermehrtes contact tracing und Kontrolle) zurückgeführt werden kann. Aktuell gibt es 7.382 (+69) Fälle, davon 50 Todesfälle (+3). Der Anteil verstorbener liegt bei 0,7%. 79,4% der Fälle haben epidemiologische Links; 62% gehören zum Cluster (Shincheonji Church), 20,6% sind sporadisch oder unter Ermittlung</p> <p>! Russland: Hat offiziell nur 15 Erkrankungen gemeldet. Es ist nicht klar, ob die Zahl stimmt. Das Land macht strenge Kontrollen am Flughafen.</p> <p>! Italien: Die Lage in der Lombardei ist weiterhin dramatisch; 769 neue Fälle und 113 neue Todesfälle nur in Lombardei. Die ganze Region wurde am 08.03.2020 abgeriegelt. Insgesamt gibt es in Italien 7.375 (+1492) Fälle; davon 4189 (57%) in Lombardei und 1.180 (16%) in Emilia-Romagna. Es gibt 366 (+133) Todesfälle (Anteil der Verstorbenen 4,9%)</p> <p>Anzahl der Fälle mit wahrscheinlichem Infektionsort Südtirol steigt. Italien gibt bei EWRS Selective Echange an, dass in Südtirol Community Transmission stattfindet.</p> <p>Italienische Presse bezeichnet „Norditalien“ als Risikogebiet. Die italische Regierung hat das Risikogebiet selber auf 14 Provinzen ausgedehnt.</p> <p><i>ToDo: INIG trägt zunächst die italienischen Regionen zusammen, die nun durch Maßnahmen betroffen sind. Darauf basierend werden dem BMG die neuen möglichen Risikogebiete vorgeschlagen.</i></p> <p>! Definition „Risikogebiet“ und „betroffenes Gebiet“: Gebiete außerhalb von Deutschland werden als „Risikogebiete“, innerhalb von Deutschland als „betroffene Gebiete“ bezeichnet.</p> <p><i>ToDo: Die jeweils verantwortlichen MA sollen ihre Dokumente überprüfen und den Begriff „Risikogebiete“ durch „besonders betroffene Gebiete in Deutschland/internationale Risikogebiete“ ersetzen. Die neuen Dokumente bitte an webmaster@rki.de zu senden.</i></p>	
--	---	--

- ! **Iran:** Da es einen Anstieg der neuen Fälle gibt, wird nun ganz Iran als Risikogebiet deklariert. Neue Maßnahmen umfassen, dass der Reiseverkehr zwischen großen Städten beschränkt wird, Bildungseinrichtungen und Schulen bis April geschlossen bleiben und die Öffentlichkeit, die Verwendung von Papierbanknoten reduzieren soll.
- ! **Ägypten:** 55 Fälle, davon 33 Fälle auf Nilkreuzfahrtschiff (Indexfall aus Taiwan). 1 Todesfall (deutscher Mann, 60 Jahre).
- ! **Frankreich:** Es ist ein Anstieg der Fallzahlen zu beobachten, aber es gibt kein besonderes betroffenes Gebiet. Die Fälle sind in ganz Frankreich verteilt. Es gibt von Frankreich keine definierten Risikogebiete innerhalb des Landes. Maßnahmen umfassen u.a. die Kontaktpersonennachverfolgung, fokussieren auf das medizinische Personal, Schließung von Schulen sowie das Absagen von Massenveranstaltungen.

ToDo: INIG nimmt Kontakt mit den französischen Kollegen auf, um zu besprechen, was für Maßnahmen sie durchgeführt haben. Dies kann eine Grundlage für wirkungsvolle Maßnahmen sein.

- ! **USA/Kalifornien:** Kalifornien hat den gesundheitlichen Notstand ausgerufen. Das CDC geht in den Bundestaaten Oregon, Washington und Kalifornien von Community Transmission aus. Das Auswärtige Amt erhält Anfragen von Deutschen aus Kalifornien hierzu. Letzten Mittwoch wurde die Falldefinition in den USA umgestellt. Bis dahin wurden hauptsächlich schwere Fälle erfasst und nur wenige Testungen durchgeführt. Nun sind mehr Testungen möglich. Die veränderte Falldefinition sowie die höhere Anzahl an Testungen können den Anstieg der Fälle erklären. Dies wird weiter beobachtet.
- ! **Maßnahmen gegen Deutschland:** Die INIG wird zukünftig auch über Maßnahmen, die gegen deutsche Reisende verhängt werden, berichten. Bislang ist u.a. bekannt, dass die Länder Uganda, West- und Zentralafrika freiwillige Quarantäne oder auch Quarantäne beim Auftreten von Symptome. Das AA sammelt auch diese Informationen, sodass das RKI die Informationen so erhalten könnte.

FG36, FG32



Lagezentrum des RKI

Agenda des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Abfrage Ongoing Community Transmission Areas via EWRS: Jedes Land soll bewerten, ob es innerhalb des Landes Regionen mit Community Transmission gibt. Das RKI wird Heinsberg nennen.</p> <p>National</p> <p>! Fälle: 1112 in 15 Bundesländern bestätigt (6 BB, 40 BE, 199 BW, 256 BY, 4 HB, 20 HE, 17 HH, 33 NI, 484 NW, 19 RP, 5 SN, 10 SH, 2 TH) (Folien hier)</p> <p>! Heinsberg 26% aller Fälle in Deutschland</p> <p>! In Bayern und Baden-Württemberg gibt es 2 betroffene Regionen, aber dies sind umschriebene Cluster. Hier gibt es keine Community Transmission, sondern nachvollziehbare Transmissionsketten</p> <p>! Auswertung nach Landkreisebene geht nur durch SurvNet; aber hier sind nur die Hälfte aller Fälle eingegeben, d.h. nach dem elektronischen Meldesystem gibt es deutlich weniger Fälle. Auf Dauer soll die Fallübermittlung elektronisch, nicht händisch sein. Die Bundesländer sollen 1x pro Tag die kumulative Fälle schicken und eine Auswertung nach Landkreise, Alter, Geschlecht etc. erfolgt via SurvNet. Das Dashboard zum Eintragen könnte helfen und motivieren.</p> <p>! Dashboard: Hier ist ein Disclaimer nötig z.B. „Hier werden nur nach IfSG gemeldete Fälle abgebildet, die sich von aktueller Fallzahl unterscheiden können“. Das BMG möchte final noch einmal das Dashboard sehen, dann kann es veröffentlicht werden. Es kann noch erweitert/detaillierter werden. Dem Signale Team (Entwickler des Dashboards) wurde für fachlich/inhaltliche Fragen Michaela Diercke und für die Freigabe Osamah Hamouda als Ansprechpartner genannt.</p> <p>! Heinsberg: Bericht über Heinsberg vom RKI ist am BMG angekommen. Frage, ob das RKI herausbekommen kann, was in Heinsberg gemacht wird. Die Seuchenreferentin von NRW hat selber keinen guten Kontakt; eine MA des Landesentrums Gesundheit NRW (LZG) steht im Kontakt mit FG32. Ggf. könnte eine regelmäßig stattfindende TK diesen Austausch formalisieren. Es gibt ein Amtshilfeersuchen des LZG und Heinsberg. Ein Gesuch des Ministeriums NRW wird erwartet.</p>	
--	---	--

	<p>Hier unterstützt das BMG (W. Biederbick) bereits. Die Unterstützung durch das RKI wird weiter angeboten.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine weitere Möglichkeit wäre die Bürgerinnen und Bürger in Heinsberg direkt zu adressieren, um ihn bspw. Zu sagen, was sie selber tun können, um Ausbreitung zu verhindern (z.B. Kontaktreduzierung) ! Weitere Amtshilfeersuchen von Nürnberg. Hier findet eine TK mit dem Gesundheitsamt sowie dem Landesamt statt, um Ziele, aufgaben etc. zu klären. ! In Freisingen sind bereits 3 MA vor Ort. In Berlin unterstütze 1 MA; in NRW ist niemand vor Ort, ! In der Abteilung 3 FGL Runde wurde sich dafür ausgesprochen, dort zu unterstützen, wo neue Informationen gewonnen werden könne oder wo besondere (vulnerable) Gruppen betroffen sind. ! Rückkehrer Tel Aviv: Reisegruppe (N=44) mit Kontakt zu bestätigtem COVID-19-Fall in Bethlehem. Von 24 bereits zurück gekehrten Reiseteilnehmenden sind 3 symptomatisch und hospitalisiert. Die Ergebnisse der Abstriche stehen noch aus. ! Lidl Nilkreuzfahrt: Es waren 70 weitere deutsche Reiseteilnehmende auf dem Boot. Das Lagezentrum versucht an die Liste der Kontakte zu kommen, um die Gesundheitsämter zu informieren ! Über die DIVI und DKG ist eine Ausweitung Erfassungssystem geplant. Der Wunsch ist, den Fokus auf Erkrankten sowie Entlassenen zu haben. Ein schreiben wird vorbereitet. In Heinsberg gibt es 8 schwer erkrankt, 4 davon werden mit experimentellen Therapeutika behandelt. 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Der Erregersteckbrief wurde erfolgreich publiziert. Eine Korrekturanfrage (Tenazität ist mit 9 Tagen angegeben; in Literatur 6 Tage) wird an Heiko Jahn weitergegeben. 	Presse
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Aktuelle Risikobewertung wurde aktualisiert. Die neue Version wird heute online gestellt und soll wöchentlich aktualisiert werden. ! Es wurde ein Dokument „Rationale Risikobewertung“ von FG36 erstellt. Dieses wird mit dem Krisenstab zur Kommentierung geteilt und anschließend im Internet (inklusive Verlinkung zur Risikobewertung) verfügbar 	Alle



Lagezentrum des RKI

Agenda des COVID-19-Krisenstabs

	<p>gemacht.</p> <p>! Zukünftig könnte über eine „Was kann kommen“ Sektion auf der Internetseite nachgedacht werden. Ähnlich hat dies das CDC bereits gemacht.</p>	
4	<p>Kommunikation</p> <p><u>RKI</u></p> <p>! Es gibt eine Snapshot Umfrage der Uni Erfurt zur Perzeption von empfohlen Schutzmaßnahmen sowie dem RKI etc. Die Ergebnisse werden mit dem Krisenstab geteilt.</p> <p>! Bitte der Pressestelle an INIG bei den internationalen Fallzahlen die Ländernamen (z.B. Palästina, Vatikanstadt) zu überprüfen.</p> <p>! Nationale Fallzahlen: bislang gibt es einen in Ägypten verstorbenen Deutschen. Dieser wird nicht in der Liste mit den deutschen Fallzahlen aufgeführt; jedoch im Lagebericht.</p> <p>! In Italien wird gesagt, dass in Deutschland zu wenig getestet wird. Oft (auch international) kommt die Frage nach der Anzahl der Testungen.</p> <p><i>ToDo: Janna Seifried wird wöchentlich die Zahlen der Anzahl der Labortestungen an die Presse geben.</i></p> <p><u>BZgA:</u></p> <p>! Laufendes Geschäft. Es wird weiter an dem Ausbau des Informationsangebotes gearbeitet. Es gibt sehr viele Bürgeranfragen.</p> <p><i>ToDo: Aus der Snapshot Umfrage aus der Universität Erfurt zeigt sich ein Bedarf für einen „Haushaltsrategeber“ („Was mache ich, wenn mein Kind COVID-19 hat“). Die BZgA prüft, ob sowas erstellt werden kann.</i></p>	<p>Presse, FG32</p> <p>BZgA</p>
5	<p>Dokumente</p> <p>! Einschätzung zur Schwerebeurteilung: Das Dokument wurde heute Morgen zur Kommentierung an den Krisenstab geschickt. Danach wird es an das BMG (Auftrag kam vom BMG) geschickt und kann anschließend online gestellt werden. Kategorien sind (A) bestätigte Krankheitsfälle, (B) kritische Fälle und (C) Todesfälle.</p> <p><i>ToDo: FG36 wendet das Dokument auf die bereits übermittelten Fälle an.</i></p> <p>! Hinweise zur Prävention und zum Management von Erkrankungen im Alten- und Altenpflegeheim: Es gibt viele Anfragen zu dem Thema. Um die Suche zu erleichtern, gibt es hierzu nun eine separate Internetseite. Es basiert auf dem</p>	<p>FG36, FG14, IBBS</p>

	<p>Papier „Risikogruppen“ FG14 und FG36 gleicht ab, ob ggf. etwas daraus gestrichen werden kann.</p> <p>! Flussschema: „Internationale Risikogebiete“ wird durch „besonders betroffene Gebiete in Deutschland“ durch IBBS ergänzt und anschließend im Internet aktualisiert. Ebenso wird mit dem Dokument „Information für Reisende“ verfahren.</p>	
6	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Schnelltests: Es gibt ein Angebot einer Firma für IGG/IGM Schnelltest für SARS-CoV-2. Als Screeningtest sind aber Test die nur die Immunreaktion testen ungeeignet. Es mag die PCR im klinischen Setting verbessern.</p> <p>! AGI Sentinel: Immer noch ohne positiven SARS-CoV-2 Befund. ARS ist in Niedersachsen aufgrund von Mangel an Primer etc. eingestellt worden.</p>	FG17
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Zur Kohortenisolation gibt es einen Nachtrag im Hygienepapier.</p> <p>! Es gibt ein 12 seitiges Papier zum Umgang mit Kontaktpersonen, die in kritischen Infrastrukturen (u.a. AKW Mitarbeitende, Fluglotsen, aber auch med. Personal) beschäftigt sind. Der Vorschlag in dem Dokument ist, diese in Kontaktpersonen der Kategorie 2 zu zählen. Sie dürfen weiter arbeiten, aber nicht mit ÖPNV anreisen, sollen Mund-Nasen Schutz anlegen und getrennt von anderen sitzen. In dem Dokument wird nicht differenziert zwischen der Enge des Kontaktes. Eher engere Kontakte sollten allerdings laut RKI Empfehlungen unter Kategorie 1 Kontakte fallen. Das Dokument wird mit dem Krisenstab geteilt.</p> <p>! Therapiehinweise für COVID-19: Es wurden Therapiehinweise zusammen mit dem STAKOB erstellt und mit relevanten Fachgesellschaften geteilt. Große Änderung werden ggf. von der DIVI erwartet. Da die Therapie die Domäne der Fachgesellschaften ist, wird die Rückmeldung dieser erst abgewartet und dann das Dokument mit dem Krisenstab geteilt. Das fertige Dokument soll sowohl auf der RKI Internetseite veröffentlicht als auch durch die Fachgesellschaften geteilt werden.</p>	IBBS/FG14/ FG32
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Absage von Veranstaltungen: Die Länder wünschen sich eine Stellungnahme vom RKI dazu. Dies ist aber eine politische Entscheidung, sodass das RKI keine Stellungen bezieht. Es kann auf die Kriterien bzgl. der Absage von Massenveranstaltungen vom RKI hingewiesen werden. Dies</p>	



Lagezentrum des RKI

Agenda des COVID-19-Krisenstabs

	<p>kann weiterhin genutzt werden, um Veranstaltungen mit weniger als 1000 Teilnehmenden zu bewerten. Folgeabschätzung muss berücksichtigt sein (z.B. Medizinerkongress).</p> <p>! 3. Version des Strategie: Ausgehend von strategischen Entscheidung muss der Bevölkerung mitgeteilt werden, was diese machen können („Eigenverantwortung“). Die 3. Version der Strategie geht weg von individueller Kontaktpersonennachverfolgung hin zu fokussierter Nachverfolgung dort, wo Unterstützung besonders nötig ist (vulnerable Gruppen oder Ausbrüchen in bestimmten Bereichen wie z.B. Krankenhäuser oder Altenheimen). Die Eigenbeteiligung der Bürgerschaft ist in einer solchen Situation dann höher und ein wichtiger Teil der Strategie. Familie von Erkrankten muss selber fähig sein, sich zu isolieren etc.</p> <p>! Begriff „Containment“ bzw. „Eindämmung“: Der Begriff wird oft falsch verstanden. Gemeint ist hiermit, den Ausbruch zu bremsen bzw. zu verlangsamen und um Zeit zu gewinnen</p> <p><i>ToDo: FG36 überprüft, welcher Begriff am besten unserer Strategie entspricht.</i></p>	
9	<p>Surveillance</p> <p>! Studien Selbstbeprobung: Es besteht bereits ein Kontakt zum DRK und der Charité. Nach der finalen Zustimmung des Datenschutzes kann das Vorhaben starten. Alle Dokumente sind fertig. Es so ein Nasen- und Wangentaschenabstrich erfolgen; optional ein Rachenabstrich ist optional. Es wird davon ausgegangen, dass 60 positive Ergebnisse für die Studie benötigt werden, was in absehbarer Zeit machbar sein sollte.</p> <p>! „Anteil der Verstorbenen“: Der Begriff „Fall-Sterbe Rate“ wird nicht verwendet! Stattdessen soll die Bezeichnung „Anteil der Verstorbenen“ genutzt werden.</p> <p>! Alle Software Hersteller können leisten, dass Daten schnell in SurvNet vorliegen. Trotzdem sind Ermittlungen von Gesundheitsämtern nötig, um alle Daten in SurvNet zu haben. Die Endpunkte sind schwierig zu erfassen, da es sich nicht um einmalige, sondern kontinuierliche Erhebung handelt und eine gute Kooperation mit Kliniken etc. benötigt. Die Gesundheitsämter vor Ort haben diese. Das RKI könnte beim Sammeln der Daten unterstützen. FG36 schaut sich die Fälle bzgl. der Schwere heute an, was in der nächsten</p>	FG32

	AGI TK wiedergespiegelt werden kann. Zur Beurteilung der Schwere werden Endpunkte benötigt. Dies soll den Ländern aktiv vermittelt werden.	
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Exit Screening: Es wurde lange über Entry Screening diskutiert. Angesichts der jetzigen Situation kann in der morgigen TK mit den Gesundheitsämtern der Flughäfen Exit screening für den Flughafen Düsseldorf diskutiert werden. ! Umgang mit Kreuzfahrtschiffe aus Risikogebieten: Anfrage aus Hamburg, ob man Schiffen aus z.B. Italien die Einreise verbieten kann. Deutschen Staatsbürgern kann prinzipiell die Einreise nicht verwehrt werden, aber eine Quarantäne kann anordnet werden. ! ÖPNV: Es gibt immer wieder die Anfrage, ob es Sinn macht Desinfektionsspender aufzustellen oder auch Busse und Bahnen zu desinfizieren. Die Haltung des RKI ist es auf gute Händehygiene hinzuweisen. 	FG32
11	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Andreas Jansen kommt am Donnerstag zurück von seiner WHO Mission zurück. 	ZIG
12	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bei Weiterentwicklung der Situation muss überlegt werden, ob die Treffen des Krisenstabs virtuell stattfinden können. <p><i>ToDo: Das LZ prüft Möglichkeiten (z. B. Vitero, GoToMeeting). Frühestens ab nächsten Montag möglich.</i></p>	VPräs
	Nächste Sitzung: Dienstag, 10.03.2020, 11:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	10.03.2020, 11-13 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler (per Telefon)
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 114.186 (+4.172) Fälle, davon 4.179 (3,7%) Todesfälle (+351) ○ China (inkl. Hongkong und Macau) 80.880 (+20) Fälle (71% der Fälle weltweit), davon 3.138 (3,9%) Todesfälle (+17), 4.800 schwere Krankheitsverläufe (5,9 %), 59.962 Genesene ○ International (ohne China, inkl. Taiwan) 100 Länder mit 33.306 (+4.159) Fällen, davon 881 (2,7%) Todesfälle, 954 schwere Krankheitsverläufe (2,7%), 4.014 Genesene (aus vielen Ländern liegen keine Zahlen vor), höchste Fallzahlen (% aller Fälle): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Italien 9.172 (28%) ▪ Südkorea 7.513 Fälle (23%) ▪ Iran 7.161 Fälle (22%) ▪ Frankreich 1.412 Fälle (4,2%) ▪ Spanien 1.231 Fälle (3,7%) ▪ USA 702 Fälle (2,1%) ▪ Japan 522 Fälle (1,7%) ○ WHO EURO Region (48 Länder) 15.454 Fälle (+3.124), davon 535 (3,5%) Todesfälle (+124), 825 schwere Krankheitsverläufe (5,3%), 796 Genesene (aus vielen Ländern liegen keine Zahlen vor) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Italien 9.172 (+1.797) Fälle (59% von WHO EURO), davon 463 (+97) Todesfälle ▪ Frankreich 1.412 (+203) Fälle (9,1%), davon 30 (+11) Todesfälle ▪ Deutschland 1.224 (+184) Fälle (7,9%) ▪ Spanien 1.231 (+557) Fälle, (7,8%), davon 30 (+13) Todesfälle ▪ Schweiz 374 (+42) Fälle (2,4%), davon 2 (+0) Todesfälle ▪ Vereinigtes Königreich 319 (+41) Fälle (2,1%), davon 3 (+0) Todesfälle <p>! Trendanalyse (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ China: Fallzahlen rückläufig ○ Türkei: bisher keine bekannten Fälle oder Fallexporte ○ Südkorea: Fallzahlen rückläufig, möglicherweise Ergebnis der Maßnahmen die früh(er) eingeleitet wurden, 196.000 Testungen sind erfolgt ○ Japan: Bewegungsbeschränkungen, Bildungseinrichtungen geschlossen ○ Iran: Zahlenrückgang, keine neuen Maßnahmen aber beschlossene weiterhin bestehend, Todesstrafe für Horten von Atemschutzmasken und Vorräten ○ Italien: Infektionsschwerpunkt nach wie vor der 	INIG



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Norden, >1000 neue Fälle in der Lombardei (60% aller Fälle), umgesetzte Maßnahmen werden möglicherweise erst in 5-6 Tagen Ergebnisse zeigen, am 9.03. wurde ganz Italien zur Sperrzone erklärt, gehört mit zur Strategie um das Gesundheitssystem zu entlasten (z.B. bezüglich intensivmedizinischer Bedürfnisse)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frankreich: 4 Regionen mit Fallhäufungen, am meisten betroffen Provinz Haut Rhein in der Region Grand Est, Veranstaltungen >1000 Fällen abgesagt, RKI erhielt E-Mail von Frankreich (über Botschaft und BMG), dass keine KoNa und keine Isolation mehr stattfindet, angrenzende Gebiete in Deutschland wurden gewarnt, BW und Saarland haben Maßnahmen getroffen ○ USA: offiziell 423 Fälle insgesamt, New York Times schreibt 729 Fälle, 19 Todesfälle (NYT sagt 22), CDC hat für 3 Staaten community transmission definiert, Tests standen eine Zeitlang nicht zur Verfügung, sind jetzt wieder besser verfügbar, klarer Fallanstieg in genau diesen 3 Staaten <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sollten einerseits nicht zu kleinräumig definiert werden (zu häufiger Anpassungsbedarf), andererseits führt Definition größerer Regionen zu Umsetzungsschwierigkeiten in Deutschland ○ Neue Risikogebiete: Italien, Iran, Region Grand Est in Frankreich, 3 USA Staaten nämlich Washington, Kalifornien, Oregon! Vorab E-Mail an BMG <p>! Maßnahmen gegen Deutschland wurden durch INIG zirkuliert</p> <p>National</p> <p>! Änderungen Berichterstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahl-Aktualisierung online nur noch einmal täglich, morgens mit Zahlen des vorabendlichen Lageberichts ○ Umstellung epidemiologische Auswertung: von §12 Einzelfallmeldungen zu elektronisch übermittelten SurvNet-Daten (Meldedaten), für eine Übergangszeit werden die absoluten Fallzahlen noch täglich bei den Bundesländern erfragt ○ Außerdem einmal täglich zusätzliche Informationen aus Pressemitteilungen der Bundesländerbehörden (sollte zunehmend den Meldedaten entsprechen) <p>! Fälle: Fallzahlen und Analyse hier</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Besondere Neuigkeiten: 4 Fälle in Sachsen-Anhalt (1 davon von der Bundeswehr), 2 Todesfälle in NRW (Heinsberg, Essen), eine hiervon wohnte in Altenheim und wurde von Pfleger angesteckt ○ 9 Fälle unter Rückkehrern aus Tel Aviv: dort positiv getesteter Hotelmanager, Israel hat deutsche auf 	<p>FG32/FG36</p>
--	---	------------------

	<p>Linienflügen zurückgeschickt, diese wurden nicht informiert und es gab keine Maßnahmen oder Kohortierung an Bord (obwohl sie Kontaktpersonen der Kategorie 1 sind), auch innerhalb des Fluges weitere Kontaktpersonen, wurden von lokalem ÖGD in Frankfurt und München in Empfang genommen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sehr wichtig, vorhandene Daten zu analysieren, Epicurves für Bundesländer sind in Vorbereitung, RKI Dashboard ebenfalls in Vorbereitung, noch ein paar Fehler zu beheben bevor es verfügbar wird ○ Heute Nachmittag in AGI TK werden zu übermittelnde Parameter zur Erfassung der Krankheitsschwere besprochen, Fokus auf Fälle und deren benötigte medizinische Betreuung ○ Social distancing ist sehr wirksame bevölkerungsba-sierte Maßnahme, sollte auch in Deutschland früh begonnen werden, sie ist auch in fortgeschrittenem Stadium effektiv, je früher desto wirksamer, ○ Verfügbarkeit von Schutzmaterial hat wesentliche Auswirkungen, sollen erkrankte Masken tragen? <p>! Unterstützung Bundesländer</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ RKI Teams unterstützen in Freising, ab heute auch in Nürnberg, beide haben größere Cluster ○ Unterstützung durch RKI soll priorisiert werden <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht mehr first come first served ▪ Fokus auf größten Impact (z.B. NRW, wo Hilfe nicht so angenommen wird) ▪ Wo können durch Einsatz von epi-Expertise Erkenntnisse gewonnen werden, z.B. durch Studien vor Ort ▪ Nosokomiale Ausbrüche sind prioritär ▪ Dokumentarunterstützung keine Priorität ○ Wenn Antrag zu mobilen Teams bald erfolgreich wäre, wäre eine breitere Basis verfügbar ○ NRW vollzieht jetzt breite Testungen, Notwendigkeit/ Sinnhaftigkeit sollte auf höherer Ebene festgelegt werden, strategische Beratung hier sehr wichtig 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Neue Studie zeigt dass Infektionshäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen genau wie bei Erwachsenen ist, lediglich die Symptome sind weniger schwer, dies legt nahe, dass Schulschließungen prinzipiell sinnvoll sind</p> <p>! Veröffentlichung zu Inkubationszeit von Herrn Drosten wird durch FG36 bewertet, auch, ob sie zu Änderungen in unserer KoNa führen soll, maximale Inkubationszeit von 14 Tagen hat sich international nicht geändert</p>	FG36
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Heute keine Anpassung der RKI Risikobewertung</p> <p>! Finalisierung Dokument „Rationale Risikobewertung“ fertiggestellt und BMG zugestellt, BMI war auch interessiert</p>	alle

4	<p>Kommunikation</p> <p>RKI/Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Terminologie „internationale Risikogebiete und besonders betroffene Gebiete in Deutschland“ soll auch in FAQ angepasst werden ! Ganz wichtig, dass Themenverantwortliche kontrollieren ob bestehende, von ihnen koordinierte Dokumente angesichts der Entwicklung der Lage und Anpassung der Empfehlungen weiterhin so gültig sind oder Anpassung bedürfen ! Vorschlag klare Botschaft für morgige Pressekonferenz Schaade: keine Testung von asymptomatischen Personen ! Chatpot in Vorbereitung: Q&A um Personen herauszufischen, die sinnvollerweise getestet werden sollen ! Vulnerable Gruppen: viele Anfragen, sollen diese zu Hause bleiben? Sollen vulnerable Personen selbst sich auch sozial distanzieren? <ul style="list-style-type: none"> o Dort, wo gehäuft Fälle auftreten auf jeden Fall o Personen die erkrankt sind, sollten keinen Kontakt zu vulnerablen Gruppen haben o Niemand mit ARE sollte Altenheim besuchen o Massenveranstaltungen für vulnerable Gruppen sind nicht empfohlen o Dies alles auch hinsichtlich Influenza/anderer zirkulierender Erkrankungen und unabhängig von bestehenden Impfungen o Sollte in FAQ mit aufgenommen werden o Da dies trifft ggf. nicht die Zielgruppe erreicht, sollte es auch an BZgA vermittelt werden <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BZgA hat Material zu Hygieneverhalten (4 Kerntipps), Material für Arbeitgeber und -nehmer sowie für Schulen und Kitas befindet sich in Abstimmung ! IBBS Flussschema wird viel an nicht-Fachöffentlichkeit weitergereicht und genutzt, z.B. Sporteinrichtungen ! Frage an BZgA ob sie ein Flussschema für Bürger/Zielgruppe breitere Öffentlichkeit (z.B. Gemeinschaftseinrichtungen) entwickeln, Verhaltensmaßnahmen z.B. wie verhalten bei symptomatischen Personen, was im Krankheitsfall beachten <ul style="list-style-type: none"> ! Herr Ommen nimmt Vorschlag mit ! Empfehlungen zu social distancing bisher in Deutschland nicht gegeben, ist grafisch gut umsetzbar, grundsätzliche Information für Bürger wären hier wichtig, BZgA bei dieser Diskussion nicht mehr präsent <ul style="list-style-type: none"> ! Gesuch an BZgA morgen vor BMG bei täglicher TK (OHa) <p>Bundeswehr</p>	alle
----------	--	------

	<p>! Danke für Steckbrief</p> <p>! Bestätigung, dass RKI-Dashboard auch für Allgemeinheit zur Verfügung stehen wird, SurvStat steht bereits jetzt zur Verfügung für Abfragen zu übermittelten Fällen (Link:)</p> <p>BMG</p> <p>! Hat nun 5-6 Personen für social media im Einsatz, bei Ausbruchsbestehen sind diese auch gezielt anwendbar in betroffenen Landkreisen</p> <p>Dokumente/Empfehlungen</p> <p>! FG14 Papier zu Altenpflegeheimen, Finalisierung und Veröffentlichung auf Webseite, Empfehlungen müssen auch in das Papier zu vulnerablen Gruppen</p> <p>! FG36 hat Konzept für Falldefinitionsanpassung, muss noch abgestimmt werden, Ziel ist, die Arbeit der Ämter zu reduzieren ohne wesentlichen Informationsverlust, Priorität vulnerable Gruppen; Falldefinition grob</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontakt zu labordiagnostisch bestätigtem Fall, oder ○ Häufung von respiratorischen Fällen in Altenpflegeheim/ in vulnerabler Gruppe ○ Sollte nichts an diagnostischem Vorgehen ändern <p>! FG37 Papier zur Trennung von COVID und anderen Patienten, in Abstimmung und Finalisierung mit AGI, dann baldige Veröffentlichung, FG14 sollte auch informiert werden</p> <p>! RKI-Papier mit Empfehlungen für GA zu Quarantäne: viel Nachfrage aus breiter Öffentlichkeit, mehrere juristische Vorgänge im Rechtsreferat da dies nicht online eingestellt sondern nur erwähnt wurde, lediglich darauf verweisen gibt rechtliche Probleme, kommt auf Webseite wenn Krankenhaus und Ambulanzpapier von FG37 fertig ist und veröffentlicht wird</p> <p>! Vorgehen mit exponiertem, krisenrelevantem Personal (MA der kritischen Infrastruktur), bei dem Quarantänisierung ggf. schwierig ist, diese sollten sich besonders im social distancing üben, Bewusstsein muss in diesen Kreisen gestärkt werden, Dokument zu Massenveranstaltungen wurde auch diesbezüglich ergänzt, sollte erneut mit BMG besprochen werden</p> <p>! Ärzte arbeiten aktuell mit Masken und werden jeden zweiten Tag abgestrichen, noch keine RKI Empfehlung bzw. Veröffentlichung hierzu, wird aktuell evaluiert (RKI ist involviert), und anschließend verschriftlicht und als Empfehlung veröffentlicht; Herausforderung bleibt das Mundschutz Ressourcenproblem</p> <p>! Papier zu Strategiewechsel sollte diese Punkte beinhalten, Medizinpersonal ist eine der zwei vulnerablen Gruppen, sollte sobald Masken durch BMG verfügbar gemacht wurden offensiv kommuniziert werden, sowie klare Botschaft zum social distancing; es sollte auch Bereiche definieren in welchen Fällen Kontaktpersonen informiert werden, aber Überwachung durch GA nicht mehr geleistet wird, Priorisierung von Altenheimen, Krankenhäusern, weiter</p>	
--	---	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>informieren über Selbstisolation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! RKI Empfehlungen werden in der breiten Fachöffentlichkeit oft nicht verstanden, benötigen eventuell verständlichen Begleittext, Beispiel Sprechpunkte von Präs am Wochenende, einfach und plakativ mit Kernaussagen ! Nutzung der Pressebriefings für Vermittlung von 1-2 wichtigen Punkten jeden Tag ! Diagnostik <ul style="list-style-type: none"> o Viel Unklarheit darüber, bei wem Testung sinnvoll ist (z.B. Aussagekraft eines negativen Tests während der Inkubationszeit), Fachöffentlichkeit überrannt von Bürgern o Betriebsärztlicher Dienst könnte bei der Begleitung bei auftauchenden Fragen mehr gefordert werden o Trennung von Fragestellungen in Bevölkerung und Fachöffentlichkeit (KKH, Pflegeeinrichtungen) o Entwicklung einer Empfehlung zur Verdeutlichung des Flussschemas: in welchen Fällen ist Diagnostik wegweisend, wann ist ein Test wirklich wichtig, warum sollte man ihn/wann nicht durchführen, Priorisierung Diagnostik von erkrankten o Noch kein definitiver Beschluss hierzu <p>RKI Arbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Welche Aktivitäten sollten zukünftig depriorisiert werden? Es müssen jetzt Überlegungen stattfinden, was wie intensiv weitergeführt wird, Kraftaufwand muss priorisiert werden ! KoNa in Flugzeugen: aktuell noch international empfohlen, bisher wurde noch kein Fall von Übertragung im Flugzeug identifiziert, gestern wurde eine Diskussion hierzu in EWRS gestartet, um zu erfassen, ob Länder mit ähnlichen epidemiologischen Lagen mit einer Einstellung der Maßnahme einverstanden wären, dies muss in Abstimmung mit den anderen geschehen, nicht Deutschland im Alleingang ! Generell ist Schwerpunkt auf COVID-19-Fällen, insbesondere Schwere der Fälle ! Depriorisierung der Validierung von Informationen zu Verdachtsfällen und der KoNa ! Keine Aufgaben von GA übernehmen, z.B. was Empfehlungen angeht ! Priorität sind weitere Maßnahmen zur Verlangsamung beizubehalten, Übermittlung von Informationen und Dokumentation haben nachgestellte Priorität ! RKI interne Arbeit: Nachdenken über Möglichkeiten zum Vorgehen bei community transmission in Berlin, home office, LZ in Hörsaal umlegen zur Distanzierungsmöglichkeit, usw. <ul style="list-style-type: none"> ! Frau Engelbert leitet eine AG hierzu 	
5	Dokumente	

	! Teilweise unter Kommunikation besprochen	
6	Labordiagnostik ! AGI Sentinel läuft, noch keine Fälle hierüber identifiziert ! Viele Anfragen zur Bewertung von Schnelltestungen, FAQ zu Kernpunkten wurde entwickelt, weiter an Presse und Veröffentlichung um Einzelanfragen vorzubeugen bzw. diese darauf zu verweisen ! Auch hier alle Testungen bisher negativ	FG17 ZBS1
7	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! BMG hat Kaletra bevorratet auch wenn dies möglicherweise nicht mehr benutzt wird, aktuell hat ein Patient in München Favipiravir bekommen, Remdesivir war nicht möglich, Favipiravir-Hersteller hat Stock angeboten, wäre auch für die Behandlung von Bornavirus indiziert ! BfArM eruiert Möglichkeit Interferon für PEP (post-exposure prophylaxis) zu nutzen, Daten werden geprüft, wird noch nicht kommuniziert, dies wäre für besonders exponierte Einrichtungen ggf. sinnvoll, Empfehlung aktuell in Entwicklung ! Remdesivir: wird nicht als PEP angewandt und in laufenden Studien nicht in diesem Sinne mit untersucht, für medizinisches Personal wäre PEP wichtige Möglichkeit; in Deutschland 20 Remdesivir Behandlungen über Gilead Studie pro Zentrum verfügbar, strenge Vorgaben zu Verabreichung ! Heute werden in der AGI TK Patientenstromtrennungen finalisiert	IBBS
8	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nichts besonderes	
9	Surveillance Erhebung von Informationen zu Verlaufsformen und Kapazitäten ! Kapazitätenabfrage und Verlaufsformen wichtig zur Planung und Einschätzung der Lage, WHO Tool sehr schwerfällig, aktuell zwei Möglichkeiten ! 1. Nutzung einer Abfrage bei Intensivmedizinern (DIVI), unterstützt von zwei großen Fachgesellschaften, Anzahl von Betten, ECMO, auch Erhebung zu Anzahl und Verlauf von COVID Patienten möglich (wie viele beatmet, an ECMO, bleibende Kapazitäten), keine detaillierte Erfassung von Krankheitsverlauf <ul style="list-style-type: none"> ○ Diese Woche Entwicklung eines möglichen Tools für Webabfrage über Linus, dann Evaluierung ○ IBBS hat FF und entwickelt Fragen zsm mit Kliniken ○ FG36/FG32 bei Auswertung/Entscheidung dabei ! 2. Netzwerk für nosokomiale Infektionen, bei vergangenen Krisen Surveillancesystem über Charité aufgebaut, bei Bedarf wieder verfügbar, Hygienereferenten erfassen Informationen im Krankenhaus, COVID könnte als Zusatz aufgenommen	IBBS FG36/FG37



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Erwägungen für beide: wie flächendeckend sind sie? ! Priorität: System/Ärzte nicht überlasten (nicht mehrmals zu gleichen Informationen befragen), und dass Info an GA geht, Erfassung individueller Fälle weiter über SurvNet 	
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ECDC Stellungnahme: entry screening ist nicht zielführend 	FG32
11	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nichts zu berichten ! Information der Bundeswehr: Andreas Jansen steckt in Teheran fest, noch nicht klar wann und wie er zurückkehrt 	
12	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zukünftige Gestaltung Krisenstabssitzung Zielsetzung(en) <ul style="list-style-type: none"> ○ Fachdiskussionen, Entscheidungen, Updates? ○ Trennung Fachthemen und Entscheidungsgremium? ○ Mehr AGs für bestimmte Themen, damit diese in Krisenstab-Treffen nicht zu viel Zeit beanspruchen, bevor sie in fortgeschrittenem Stadium sind ○ Soll Krisenstabssitzung seltener stattfinden, z.B. Mo, Mi, Fr? ○ Es wird darüber nachgedacht ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 11.03.2020, 11:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	11.03.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
 - Jantina Mandelkow
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! BZGA : Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 119.335 (+5.149), davon 4.292 (3,6%) Todesfälle (+113) ○ China (inkl. Hongkong und Macau) 80.909 (+29) Fälle (67,8% der Fälle weltweit), davon 3.160 (3,9%, +22) Todesfälle, > 4.400 schwere Verläufe (mind. 5,6%) ○ International (ohne China, mit Taiwan) 103 Länder mit 38.426 (+5.120) Fällen, davon 1.132 (2,9%, +251) Todesfälle; >1.200 schwere Verläufe (mind. 3,1%) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Iran 8.042 (20,9%), 291 Todesfälle ▪ Südkorea 7.755 (20,2%), 60 Todesfälle ▪ Vereinigte Staaten 1.010 (2,6%), 31 Todesfälle ▪ Japan 581 (1,5%), 10 Todesfälle ▪ Singapur 166 (0,43%), 0 Todesfälle ○ WHO EURO Region 18.512 (+3.058) Fälle, davon 717 (3,5%, +182) Todesfälle; >1.069 schwere Verläufe (mind. 2,8%) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Italien 10.149 (54,8%), 631 Todesfälle ▪ Frankreich 1.784 (9,6%), 33 Todesfälle ▪ Spanien 1.695 (9,2%), 36 Todesfälle ▪ Deutschland 1.565 (8,5%), 2 Todesfälle ▪ Schweiz 491 (2,7%), 3 Todesfälle <p>! Trendanalyse (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Südkorea: Fallabstieg, Fälle sind jünger (als z.B. in Italien), 0,7% verstorben, Maßnahmen gleichbleibend ○ Japan: Fallabstieg, 1,3% verstorben ○ Iran: >500 neue Fälle, 3,3% aller Fälle verstorben ○ Italien: Fallanstieg, höchste Fallzahlen außerhalb von China, knapp 500 Todesfälle (5,0%), ungenügend Beatmungskapazitäten, Triagierungskriterien unbekannt ○ Spanien: auch local transmission sagt WHO, besonders betroffen Madrid, Region La Rioja, Veranstaltungen mit >1.000 Personen in manchen Regionen abgesagt ○ USA: verschiedene Fallzahlen CDC und New York Times, ähnlich der Problematik bei uns, Nutzung der CDC-Daten durch RKI ○ Ägypten: wenige Fälle aber 37 in USA exportiert ○ Türkei: sei gestern offiziell ein/erster Fall <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BMG hat für Nennung von Frankreich und USA als Risikogebiete Bedenkzeit erbeten ○ Potentielle neue Risikogebiete: Ägypten (exportierte Fälle), Österreich (Skiurlauber), beide werden geprüft 	<p>ZIG1</p> <p>ZIG</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>AA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! AA hat um schriftliche Begründung für Definition von Grand Est als Risikogebiet gebeten und von Frau Hanefeld erhalten ! Kann feststeckende Deutsche im Ausland nicht mehr repatriieren <p>Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Global Health Security Index wird bei Entscheidungen und Definitionen berücksichtigt, Beispiel Zusammenbruch des Gesundheitssystems im Libanon, Unterscheidung Gefahr im Land und Nettostrisiko ! Nicht durch Bundeswehr erwähnt: Bundeswehr nutzt jetzt GoData für KoNa, sehr wichtig, dass Fälle in Deutschland weiterhin auch über GA erfasst werden <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fälle, Inzidenzen, Epikurven nach Bundesland (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> o Alle Bundesländer, Hälfte aller Landkreise betroffen o Diskrepanz Meldedaten und Presse, z.B. NRW Fälle (Presse) >700, Meldewesen >480; Inzidenz bundesweit 1,6/100,000 Einwohner, NRW 2,7, Heinsberg 98 aus Meldedaten, Heinsberg Inzidenz (Pressedaten) 160/100,000 o LK Heinsberg, München, Freising höchste Fallzahlen o Fallexporte aus Deutschland nach Spanien und Polen o Fälle 2-82 Jahre, Median 41 (Karneval, Skirückkehrer) o >159 Cluster, in BW auch Cluster in Altenheim o Busreise von Südtirol nach Wilhelmshaven, vorab Kontakt mit RKI, bisher 11 Rückkehrer positiv getestet o Tel Aviv: Rückkehrer in Linienflügen ohne Fluggesellschaft zu informieren und ohne Kohortierung an Bord, zahlreiche (~ 12) positiv getestet o Erster Fall in virologischer AGI Sentinel Surveillance, Probe aus RP, 05.03. Abstrich, Reiseanamnese mit Aufenthalt in St. Anton, Österreich ! Amtshilfeersuchen NRW, SK München, werden diskutiert (s. auch unten) <p>Gesamteinschätzung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wenig bekannt über Heinsberg, viele Anordnungen bezüglich Quarantäne von KP Kat 1, werden aber nicht umgesetzt, KP gehen teilweise zur Arbeit, es wird beobachtet, dass mehr Fälle hospitalisiert werden ! Verzögerung von Testergebnissen (4-6d) ! Aachen und Charité erwägen KP Kat 1 weiter arbeiten zu lassen ! Krankenhaus Hygieniker sind im Austausch und entwickeln aktuell Konzepte damit Personal arbeiten kann, Grundlage ist Papier aus der Schweiz: Maske, Handhygiene, dann Arbeit, bei 	<p>FG32</p> <p>alle</p>
--	---	-------------------------

	<p>Symptomen zu Hause bleiben, Testungen an Tag 7 und Tag 14; Ziel ist zeitnahe Veröffentlichung von Empfehlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kritikpunkt: Warum Maskenanwendung erst nach Kontakt (Schutz anderer), und nicht von Anfang an (Selbstschutz), bleibt abzuwarten, ob RKI Zahlen/Informationen erhält ! Treffen von AL1, FG14, FG37 zu diesem Thema morgen vor Krisenstabssitzung ! ARE – Aktivität steigt aktuell erneut, Positivrate minimal angestiegen, kommt ggf. durch mehr Aufmerksamkeit und Awareness, mögliche Verschiebung im Patientenverhalten, erlaubt keine Schlussfolgerung zu Influenza-Saison <p><i>ToDo: Folien zu deutscher Lage auch (wie INIG-Folien) täglich an Bundeswehr/BZgA schicken</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Erregersteckbrief wurde gestern aktualisiert ! Ändert die am 10.03. erwähnte Publikation zu Kindern etwas? Bisher Einschätzung, dass Kinder eher weniger betroffen sind bzw. bei Transmission eine Rolle spielen, wir wissen es weiterhin nicht, in Strategie (s.u.) geht es auch um Schulen ! Auswirkung Temperaturen auf Erreger: nicht abzuschätzen, plötzliches Ende der Epidemie ausgeschlossen, Aussagen zur Auswirkung von Temperatur-/Luftfeuchtigkeitsveränderungen sind mit Vorsicht zu interpretieren 	alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kein Anpassungsbedarf 	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Viele Telefonanfragen wegen Fallzahlen ! Anfragen zu Barrierefreiheit, Webseite nicht für alle Menschen zugänglich! Vorschlag Live Übersetzung PK in Gebärdensprache? Zielgruppe ist eigentlich Presse ! FAQ: FG33 hat zu Impfungen ergänzt, welche sind empfohlen, welche in Vorbereitung ! Chatpot: Auftrag von BMG, externe Firma entwickelt ein interaktives Tool welches Hotlines entlasten soll, RKI soll fachlich begleiten (Überprüfung auf Korrektheit), FF Herr Schmich aus Abt. 2, Presse rät stark davon ab, Bedenken sollen verschriftlicht werden und an Präs für möglichen Vermerk an BMG gehen <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Arbeiten aktuell an Material zu social distancing nach gestrigem Appell des RKI Krisenstabs ! Ansonsten laufendes Geschäft, abarbeiten von 100-en von Bürgeranfragen ! BMG hat Papier von PHE zu social distancing erwähnt (hier) 	Presse



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frage: gibt es Überlegungen zur psychosozialen Begleitung von medizinischem Personal, falls Situation wie in Norditalien eintritt (Triagierung, usw.), wer ist hierfür richtige Stelle? <ul style="list-style-type: none"> o Gehört auch zu Arbeitgeber-Aufgabe/Verantwortung o BBK hat Referat hierfür, GA haben sozial-psychiatrischen Dienst, evtl. noch Berufsgenossenschaften? o Mögliche Ansätze: Peer-Systeme, Laien-Training o Bundeswehr Psychotraumazentrum könnte auch diesbezüglich kontaktiert werden und unterstützen o IBBS kontaktiert BBK, Lösungsvorschläge von BBK werden bis Freitag erbeten ! Info zu Vorgehen in Österreich: alle Veranstaltungen mit über 100TN indoors, alle mit über 500 TN outdoors abgesagt 	
5	<p>Dokumente</p> <p>Strategieergänzungspapier (Entwurf_COVID-Strategie-4-0)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Auch gestern in Staatssekretärsrunde redeten alle von Strategiewechsel, es ist vielen nicht klar, dass Mitigation am Ende (lediglich) Triagierung, Schutz vulnerabler Gruppen und Weiterführung von Kontaktpersonenmanagement bedeutet ! FG36 hat Papier mit folgenden Schlüsselansätzen vorbereitet: <ul style="list-style-type: none"> o Fälle und KoNa auf individuellem Niveau o Maßnahmen auf Bevölkerungsebene o Schutz vulnerabler Gruppen ! Verlangsamung ist die zentrale Komponente, die genannten Phasen stellen die Komponenten und Maßnahmenpakete dar, diese wirken zusammen, immer geltend sind <ul style="list-style-type: none"> o Reduzieren von Kontakten o Schutz vulnerabler Gruppen o Entlastung medizinischer Versorgungsstrukturen ! Kontaktpersonenmanagement ist von Beginn an wesentliche Komponente zur Verlangsamung des Gesamtgeschehens ! Bevölkerungsbasierte Maßnahmen: Großveranstaltungen grundsätzlich absagen, Schulschließungen in besonders betroffenen Gebieten, reaktive Schulschließungen in Gebieten die nicht besonders betroffen sind, sind nicht empfohlen ! Papier enthält auch Appell an Eigenengagement der Bürger ! Alle Empfehlungen sind zur sofortigen Implementierung, gute Kommunikation sehr wichtig, um einhalten der Maßnahmen zu vermeiden ! Wichtige Akteure: Arbeitgeber, öffentliche Institutionen, gesamte Gesellschaft ! FG36/LZ schickt bis 15:30 Liste mit Maßnahmen die von Staatssekretären diskutiert werden können ans BMG, am Donnerstag Ministerpräsidentenkonferenz ! Strategieergänzungspapier wird fertiggestellt und zur 	FG36

	<p>Kenntnis ans BMG geschickt</p> <p>! Spahn hat heute im Deutschlandfunk bereits alle Punkte genannt, Nachricht ist bereits angekommen/angenommen</p> <p><i>ToDo: Strategieergänzungspapier (bestehende Aufgabe?) Fertigstellung und Versandt an BMG</i></p> <p>Anpassung Falldefinitionen</p> <p>! In Vorbereitung, Abstimmung zwischen FG36/FG32, auch Austausch mit IBBS</p> <p>Umgang mit Leichen</p> <p>! NRW meldet Bedarf an Empfehlungen zum Umgang mit COVID-19 Leichen an, es gab auch bereits andere Anfragen</p> <p>! Leichenwesen ist normalerweise komplett Ländersache, muss es in dieser besonderen Lage bearbeitet werden?</p> <p>! Verallgemeinern von Empfehlungen diesbezüglich schwierig, da im Landesrecht verschiedene Ansätze bestehen</p> <p>! RKI Möglichkeiten (bereits praktiziert): Verweis auf CDC Material, fachliche Empfehlungen zu infektionshygienischen Aspekten, Verweis auf alte Papiere zu SARS-Corona</p> <p>! Umsetzung ist Ländersache</p> <p>Papier zur Trennung von Patienten</p> <p>! Gestern in der AGI abgestimmt, BMG Anmerkungen werden integriert, anschließend geht es an Presse zu Veröffentlichung</p>	<p>FG36</p> <p>FG32/alle</p> <p>FG37</p>
6	<p>Labordiagnostik</p> <p>! AGI Sentinel: 30% mehr Proben? Erster positiver Fall (s.oben)</p> <p>! Weiterhin alle Ergebnisse negativ, Interesse RNA-Probe des AGI-Falls von FG17 zu erhalten</p> <p>! Noch nicht abschließend klar, ob Kontaminationsproblem behoben wurde da es noch keine weiteren Lieferungen gab</p> <p>! Test-Kapazitäten und bisherige Testungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abt 3 Abfrage läuft, Ergebnisse Stand 10.03. <ul style="list-style-type: none"> ▪ 54 Labore haben Zahlen übermittelt (32 VOXCO, 8 RespVir und 14 ARS) ▪ Bis 10.03.2020 insgesamt 24271 Proben getestet, davon 173 positiv (nicht alle testenden Labore haben teilgenommen) ▪ 28 Labore haben Angaben zu maximalen Testkapazitäten gemacht (VOXCO): insgesamt können 7115 Tests pro Tag durchgeführt werden ○ Zahlen zu Testungen müssen validiert werden, bevor sie auf der Webseite publiziert werden können, dies ist wegen der Überschneidungen sehr wichtig ○ Wir wissen nicht, ob wir genug Testkapazitäten haben, hierzu laufen verschiedene Anfragen, zahlreiche Labore haben sich zu Ringversuchen angemeldet 	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p> <p>AL3 alle</p>
7	Klinisches Management/Entlassungsmanagement	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Nicht gesondert besprochen	IBBS/FG14/ FG37
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Unsicherheit bezüglich Schulen/Hochschulen/ÖPNV wurde gestern auch in AGI Frage besprochen; Maßnahmen für Schulen/Kitas (aber nicht spezifisch Hochschulen) sind in Strategieergänzungspapier enthalten, nicht solche, die öffentlichen Nahverkehr betreffen, diese sind jedoch indirekt im Thema social distancing enthalten (BZgA)</p> <p>! PSA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Info aus AGI gestern: Hamburg hatte Lastwagen mit PSA bestellt, dieser wurde an der Grenze gestoppt ○ Durch BMG sind 100 Mio. MNS und 40 Mio. N95 Masken bestellt, Vertrag besteht, bleibt abzuwarten, ob diese über die Grenze ins Land kommen ○ OEs sollten ggf. überprüfen, ob in erstellten Dokumenten Anpassungsbedarf (N95) besteht 	FG32
9	<p>Surveillance</p> <p>! Nicht gesondert besprochen</p>	
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Kreuzfahrtschiffe</p> <p>! MV Ministerpräsidentin wünscht Empfehlung zum Vorgehen, AkKü (Arbeitskreis der Küstenländer) bearbeitet die Aufgabe</p> <p>! Es gibt wirtschaftliche Bedenken/Konsequenzen</p> <p>! BMG will Vorgehen wissen, wenn Fall auf Kreuzfahrtschiff in Deutschland auftritt</p> <p>! US CDC hat Kreuzfahrtschiff-Reisen abgesagt, soll Deutschland auch in diese Richtung?</p> <p>! Sinnvoll wäre es, es sind Groß/Massenveranstaltungen, auch Verweis auf Kontaktpersonen-Management Papier</p>	FG32
11	<p>Internationales</p> <p>! Es gibt weitere Unterstützungsanfragen von Partnerländern, insbesondere im Bereich Diagnostik, diesen kann nicht mehr nachgekommen werden</p> <p>! Austausch mit Africa CDC, WHO EMRO und AFRO, auch Überlegungen zu Abweichungen von globaler Strategie, in wie fern sind Testungen prioritär, sollte man abstufen, viele Treffen und heiße Diskussionen</p> <p>! INIG Daten sollen nun wie die nationalen auch nachmittags geschickt werden um zu harmonisieren</p>	ZIG
	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Beschluss, dass im Lagebericht die Fallzahlen mit Datenstand</p>	FG32

	<p>15:00 Uhr berichtet werden. Diese Zahlen kommen noch am selben Tag ins Internet und werden dann am nächsten Tag für sämtliche weitere Kommunikation (Pressekonferenzen, Vorträge etc. etc. etc.) genutzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Seit heute RKI-Liaison-Person im BMG Lagezentrum, Janina Straub von IBBS, sie soll auch eine Filterfunktion haben ! Amtshilfeersuchen NRW: Muna kann unterstützen, dies war bereits mehrmals vorher im Gespräch, zunächst wird Tele-Epidemiologie betrieben da Reisen sollen weiterhin eingeschränkt bleiben, bei Bedarf ggf. Unterstützung vor Ort ! Anweisungen an MA im LZ und in Abt 3 zum Selbstschutz und Kontaktreduzierung sind erfolgt ! WHO-Delegation (Schwartzländer) kommt heute, Präs, VPräs und AL3 nicht verfügbar, Frau Hanefeld und Herr Eckmanns stehen für Austausch zur Verfügung 	
<p>12</p>	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Virtuelle Treffen: keine klare Strategie, voraussichtlich Nutzung von Vitero <ul style="list-style-type: none"> ○ Dokumente können gezeigt, von TN geliked werden ○ Freies Reden miteinander nicht mehr möglich, zwei Moderatoren, benötigt mehr Rededisziplin ○ Kopfhörer sind notwendig und wurden von IBBS an anwesende verteilt ○ Zunächst vertraut machen, einmalige Anmeldung, geht vom Arbeitsplatz und von zu Hause aus ○ ab nächstem Dienstag, Anweisungen folgen ! Alternative GotoMeeting (BLAG nutzt dies)? ! Nächste Sitzung: Donnerstag, 12.03.2020, 11:00-13:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum 	<p>IBBS</p>

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	12.03.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Josefine Negraßus
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! BZGA : Frau Lamers (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann (per Telefon)

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Intensivstation (8%) und 1.045 sind genesen. Frage, ob es Informationen über die Schwere der hospitalisierten Fälle bekannt gibt, denn in China werden bspw. alle hospitalisiert. Der Bericht ist auf Italienisch; Herr Haas wird ihn sich anschauen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frankreich: Es gibt einen Anstieg der Fallzahlen über Frankreich verteilt. Im Risikogebiet Grand-Est gibt es aktuell 578 Fälle. Es gibt viele Pendler zwischen Frankreich und Baden-Württemberg, Saarland und Nordrhein-Westfalen. ○ Spanien: Madrid hat bereits 1.024 Fälle und 31 Todesfälle. Bei 31 Todesfällen ist zu vermuten, dass die Fallzahl in Madrid wesentlich höher ist. <i>Nachtrag. In SurvNet sind bislang 9 Fälle mit wahrscheinlichem Expositionsort Spanien übermittelt (bei 7 ist der Expositionsort nicht näher spezifiziert, bei 2 Fällen sind die Kanaren angegeben)</i> ○ USA: Die Einreise für EU Bürger in die USA ist verboten; Rückreisen sind noch möglich. Für Reiserückkehrer aus den USA würde es immer noch Sinn machen, in den USA die vorgeschlagenen Staaten als Risikogebiete zu deklarieren. Die USA hat mehr Fälle mit wahrscheinlichem Expositionsort Ägypten (n=40) als Italien (n=31). Basierend auf einer mündlichen Aussage, haben die USA gestern keine Transportmedien mehr für Proben gehabt und führen Testungen ohne Reiseanamnese durch. In Atlanta gibt es angeblich auch Community Transmission. Für Atlanta (Georgia) würde eine schriftliche Information benötigt werden; demnach werden zunächst die 3 ursprünglichen Staaten als mögliche Risikogebiete betrachtet. <p><i>ToDo: BMG soll noch einmal zu dem Vorschlag, die Staaten Washington, Oregon und Kalifornien als Risikogebiete zu deklarieren, Stellung nehmen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Österreich: Betroffen sind vor allem Ischgl und zunehmend auch St. Anton. Es haben sich viele ausländische Bürgerinnen und Bürger angesteckt. Dänemark meldet, dass fast 1/3 der dänischen COVID-19 Fälle sich in Österreich angesteckt hat. In Gebieten mit hohem touristischen Aufkommen wie z. B. auch Südtirol sollte für die Definition für Community Transmission nicht nur die autochthone Bevölkerung 	
--	---	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>und validierter Fälle (Datenstand: 11.03.2020, 11:00Uhr)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Von allen bestätigten Fällen (1.089) lag für 737 (68%) bestätigte Fälle Angaben zu Symptomen vor (418 männl., 319 weibl.). Bei den Symptomen gab es auch Fälle, die nur Schnupfen als Symptom hatten. ○ Bei 159 bestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert wurden. Das sind 14,6% unter allen bisher bestätigten und validierten Fällen (n = 1.089) und 22% von allen Fällen, bei denen eine Angabe zum Hospitalisierungsstatus vorhanden war (n = 724). Angaben zum Aufenthalt auf einer Intensivstation liegen derzeit in SurvNet noch nicht vor. 75% der über 80-ig Jährigen waren hospitalisiert; 44,4% der Kinder waren hospitalisiert, dazu zählen aber u.a. auch asymptomatische (z. B. Familie in Bayern). Es wurden 12 Pneumonien berichtet. ○ Im Lagebericht werden die Symptome sowie Hinweise auf die Schwere der Verläufe (Pneumonie) angeführt. In dem nächsten Lagebericht soll nicht über die Anzahl von Pneumonien berichtet werden. ○ Zur möglichen Exposition sind in 37 Fällen medizinische Einrichtungen und in 34 Fällen medizinische Heilberufe angegeben. Bei den medizinischen Einrichtungen gibt es aber keine Unterscheidung zwischen Personal, Patienten oder Besuchern. ○ CAVE: Bei der Auswertung handelt sich um eine Momentaufnahme der eingegebenen Daten und es ist nicht klar, ob diese nach Eintragung in SurvNet aktualisiert wurden. Es kann also sein, dass Patienten nicht mehr hospitalisiert sind ohne, dass diese Informationen übermittelt wurden. <p>Amtshilfeersuchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Allgemein: Bei der BMG TK hat das RKI berichtet, dass es viele Anfragen gibt, die nicht alle bedient werden können. ○ Kreis Spree-Neiße: hier wurde die Landesebene nicht einbezogen. Amtshilfeersuchen werden aber immer über die oberste Landesbehörde an das RKI gestellt. Daher wurde das Ersuchen zunächst an die Landesebene weitergeleitet. ○ NRW befürwortet teleepidemiologische Hilfestellung via Frau Abu Sin und dem Lagezentrum <p>Fallzahlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Übermittlung von Fallzahlen an das BMG: Es ist in Ordnung, dass das RKI momentan sowohl die übermittelten als auch die 	<p>FG32</p>
--	---	-------------

	<p>von den Bundesländern gemeldeten Zahlen dem BMG übermittelt. Die Umstellung auf nur per SurvNet übermittelten Daten soll kommenden Dienstag erfolgen. Die doppelte Spalte (übermittelte Fälle sowie von den Ländern gemeldete Fälle), die im Lagebericht vorkommt, soll genauso auf die RKI Internetseite gestellt werden. Frau Degen hat hierfür bereits eine Sprachregelung vorbereitet.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Seite der John Hopkins Universität hat andere Fallzahlen. Sie haben pro Land ein Team für Pressescreening. Auf Dauer ist ein Pressescreening nicht mehr zielführend, da nicht alle Zahlen berichtet werden. 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es wurde eine Publikation zur Virusausscheidung zirkuliert, welche ggf. für das Papier zum Entlassungsmanagement genutzt werden kann (<i>siehe Dokumente</i>). Es ist allerdings schwer, die Entlassung an der Virusausscheidung fest zu machen. ○ Steckbrief: Eine aktualisierte Version wurde zirkuliert und wird zeitnah veröffentlicht. 	alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Rapid Risk Assessment des ECDC hat eine ähnliche Einteilung der Risikodifferenzierung wie das RKI. ○ Die Risikobewertung wurde durch die Information, dass die WHO eine Pandemie erklärt hat ergänzt. Die angepasste Risikobewertung wird online gestellt. Finanziell, praktisch etc. ändert sich nichts. Es gibt allerdings internationale Fonds (z.B. für pandemic preparedness) die dadurch mobilisiert werden. <p><i>ToDo: Bitte Dokumente bei Bedarf anpassen, sodass nun „pandemische Welle/Pandemie“ anstatt Ausbruch oder Epidemie steht.</i></p>	alle
4	<p>Kommunikation Pressestelle RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ! RKI Dashboard: Es wird gefragt, wann dieses online geht. Es macht Sinn zu warten, bis die Zahlen umgestellt sind, d.h. Dienstag. Bis dahin kann auf SurvStat verwiesen werden. Herr Goltz klärt mit dem BMG momentan noch, wo ein Hosting möglich wäre (z.B. ITZ Bund). Da noch kein Termin für das Dashboard feststeht, noch keine Ankündigung hierzu im Pressebreifing. ! Auf der RKI Internetseite gibt es rechts nun neben der Überschrift „aktualisierte Dokumente“ auch die Überschrift „neue Dokumente“. ! Frage nach einer Kommunikationsstrategie, warum in NRW die Zahlen nicht steigen: Antwort wäre, dass dies die an das RKI gemeldeten Zahlen sind. ! Das BMG möchte für die täglichen Pressekonferenzen einen 	Presse



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Gebärdendolmetscher. Herr Kerstens kann bei der Kontaktvermittlung helfen.</p> <p><i>ToDo: Die Pressestelle organisiert bis spätestens kommenden Montag einen Gebärdendolmetscher.</i></p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt nichts Neues zu berichten. In Herstellung/Abstimmung ist momentan ein Papier zum Thema „Abstand halten“. ! Frau Theiss von der BZgA hat in der BMG TK berichtet, dass von der BZgA ein Papier für Altenheime bzw. Pflegende sowie ein weiteres für Abreitgeber in Erstellung ist. Es ist wünschenswert, wenn das RKI vor Veröffentlichung die Papiere zur Prüfung erhält. <p>Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Keine neuen Informationen 	
5	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Entlassungsmanagement: Der Vorschlag ist, dass leicht erkrankte Personen für 14 Tage ab Symptombeginn in häusliche Isolierung gehen. Für Personen, die klinisch behandelt werden, beurteilt der Arzt zunächst, ob die Patienten aus klinischer Sicht entlassungsfähig sind. Wenn ja, erfolgt eine PCR. Wenn die PCR 2x negativ ist (in Abstand von 24 Stunden) und der Patienten 48 Stunden symptomfrei ist, wird er/sie ohne weitere Maßnahmen entlassen. Bei einer positiven PCR folgt nach Entlassung eine häusliche Isolierung für 14 Tage, sofern die häusliche Umgebung das zulässt (z. B. keine vulnerablen Kontakte in Haushaltsgemeinschaft). Bei einigen Patienten (z. B. Immunsupremierte oder Kinder) sollte eine Einzelfallprüfung erfolgen. Das Konzept wird heute mündlich der AGI vorgeschlagen. ! Hinweise für Apotheken zur Herstellung von Händedesinfektionsmitteln: Gibt Anfragen zu den rechtlichen Grundlagen für selbsthergestellte Desinfektionsmittel. Die EU Richtlinie wurde außer Kraft gesetzt und die eigene Herstellung ist nun möglich. Es ist aber z. B. nicht klar, welche der beiden Rezepturen hergestellt werden darf und ob sie als begrenzt viruzid deklariert werden dürfen. FG14 (Frau Schwebke) kümmert sich um diese Fragen. ! Ressourcenschonender Einsatz von MNS: Es gibt zwei Änderungswünsche. Das RKI hat eine kommentierte Version an den ABAS geschickt mit Bitte um Zustimmung. 	IBBS, FG14, FG36

	<p>! Neue Strategie: Die neue Strategie wurde dem BMG von FG 36 zur Kenntnis gesendet und eine Rückmeldung steht aus. Herr Wieler wird Herrn Spahn die Strategie erläutern.</p>	
6	<p>Labordiagnostik</p> <p>! AGI Sentinel Surveillance: kein neuer Fall</p> <p>! Ringversuch für SARS-CoV-2: 210 Labore haben sich angemeldet.</p> <p>! Austausch von Seren und Viren: Gesundheitsminister wünscht Austausch von Seren und Viren mit anderen Ländern. Der Austausch von Viren funktioniert gut über bestehende Labornetzwerke. Seren sind nicht vermehrbar, was den Austausch erschwert. Für Deutschland hätte das Konsiliarlabor die Aufgabe, Materialien zu sammeln.</p> <p><i>ToDo: Herr Mielke spricht mit dem Ringversuchslabor INSTAND; Frau Michel eruiert, ob in EVAg Seren geteilt werden.</i></p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Papier HCW: Auf Grundlage eines Papiers von swissnoso (https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/200311_management_of_COVID-19_positive_HCW.pdf) erstellen FG14 und FG37 eine ergänzende Empfehlung im Falle von Personalknappheit. Demnach könnten HCW, die Kontakte zu einer an COVID-19 erkrankten Person hatten, dann arbeiten, wenn sie symptomlos sind, einen MNS tragen, jeden 2. Tag einen Test auf SARS-CoV-2 durchführen etc. Das CDC hat ähnliche Empfehlungen publiziert. FG36 soll in die Erstellung noch miteinbezogen.</p> <p>! Flussschema Kriterium 3: Punkt 3 führt zu vielen Fragen im Lagezentrum. Laut Kriterium 3 könnte sich jeder testen lassen. Die rechte Spalte des Flussschemas ist als „optional“ anzusehen und die Entscheidung liegt im Ermessungsspielraum des behandelnden Arztes. Während in der linken Spalte konkrete Maßnahmen durchgeführt werden sollen, ist in der rechten Spalte eine differentialdiagnostische Abklärung nötig. Laut der KBV wird bezahlt, was nach ärztlicher Beurteilung sinnvoll ist. Die Verlinkung auf die Internetseite mit betroffenen Regionen führt zunächst nur auf die Tabelle mit den Fallzahlen der Bundesländer und nur über ein verlinktes Dokument am Ende der Seite auf die Fallzahlen weltweit. Diese Verlinkung soll zukünftig vor den deutschen Fallzahlen stehen. Das Flussschema selber wird erst wieder geändert, wenn die Falldefinition geändert wird.</p> <p><i>ToDo: Die Pressestelle verschiebt die Verlinkung zu dem Dokument mit den internationalen Fallzahlen vor die Tabelle mit den Fallzahlen für Deutschland.</i></p>	<p>IBBS/FG14/ FG36/FG37</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Entwurf für Änderung der Falldefinition: Der Entwurf muss noch durch FG32 geprüft werden.</p> <p><i>ToDo: Bis Dienstag (17.03.) sollen sowohl der Entwurf der neuen Falldefinition sowie der Entwurf für ein an die Falldefinition angepasstes Flussschema finalisiert sein.</i></p> <p>! Dokument Patientenströme: Das Dokument ist finalisiert und wird zeitnah im Internet veröffentlicht.</p>	
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Schulschließungen: Bayern und Sachsen überlegen flächendeckende Schulschließungen. Heute bespricht die Kultusministerkonferenz das Thema der Schulschließungen. Das RKI hält Schulschließungen nur in besonders betroffenen Gebieten für sinnvoll. In Bayern haben bereits erste Universitäten geschlossen.</p>	FG32
9	<p>Surveillance</p> <p>! Nicht gesondert besprochen</p>	
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Kontaktpersonennachverfolgung Flug: Es sind bislang keine Übertragungen von SARS-CoV-2 im Flugzeug bekannt. Da die Kontaktpersonennachverfolgung von Personen im Flugzeug mit einem erkrankten Passagier sehr ressourcenaufwendig ist, verzichten andere Länder (z. B. Schweden) bereits drauf.</p> <p><i>ToDo: Dem BMG soll der Vorschlag mitgeteilt werden, dass das RKI zukünftig auch auf die Kontaktpersonennachverfolgung bei Flügen verzichtet.</i></p> <p>! Kreuzfahrtschiffe: Es gab heute eine TK mit dem Arbeitskreis der Küstenländer (AkKü). Die Kreuzfahrtschiffsaision (inkl. Flussfahrten) beginnt in ca. 2 Wochen. Der AkKÜ will das Einlaufen von Kreuzfahrtschiffen verbieten und erstellt hierfür ein Dokument mit Argumenten (z.B. Passagiere vulnerable Gruppen, bei Flussfahrten werden jeweilige Gesundheitsämter vor Ort mit Arbeit belastet etc.).</p>	FG32
11	<p>Internationales</p> <p>! Herr Jansen ist zurück von seiner WHO Mission in den Iran.</p>	ZIG ZIG
	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Die Mitarbeitenden, die die internationale Kommunikation und die Kontaktpersonennachverfolgung machen sitzen nun</p>	FG32, FG36

	<p>in der Bibliothek.</p> <p>! Um Arbeitseffizienz zu steigern und parallele Arbeiten zu vermeiden, ist es wichtig, dass eine klare Federführung bei den Aufgaben festgelegt wird. Deshalb bei Aufgaben bitte einen primären Ansprechpartner festlegen, der/die sich mit anderen abspricht.</p> <p>! Es kommen viele Fachanfragen zu gleichen Themen. Bitte Textbausteine des Lagezentrums weiter ergänzen und nutzen. Bevor Anfragen weitergeleitet werden soll das Lagezentrum prüfen, ob es nicht bereits eine ähnliche Anfrage gab bzw. ob Textbausteine schon vorhanden sind.</p>	
12	<p>Nächstes Treffen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 13.03.2020, 13:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	13.03.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler (per Telefon)
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Sarah McFarland
- ! BZgA :
 - Herr Ommen (per Telefon)
- ! Bundeswehr:
 - Frau Roßmann (per Telefon)

	<p>es stehen einige Orte mit ca. 70.000 Menschen unter Quarantäne. Es wurden zudem u.a. Schulschließungen angeordnet. Jedes Mitglied des Kabinetts wird nach positivem Fall in Kabinett getestet. Nach Informationen aus der spanischen nationalen Gesundheitsbehörde, wurde in Spanien, ähnlich wie in DE sehr früh systematisch getestet und nun werden systematisch die Protektionsmaßnahmen hochgefahren. Die nationale Gesundheitsbehörde bietet einen gegenseitigen Austausch von Informationen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Österreich: Es gibt einen starken Anstieg der Fallzahlen über die letzten Tage. Die meisten Fälle sind in Tirol zu verzeichnen, aber keine Infos über Cluster. Laut dem WHO Situation Report gibt es auch in Österreich local transmission. Die Hälfte der über \$12 übermittelten Fälle und auch die Hälfte der Fälle in Dänemark haben Expositionsort Ischgl. Einige Soldaten haben sich ebenfalls in den tiroler Skigebieten infiziert. In Tirol sind ab Montag alle Seilbahnen geschlossen. ○ Frankreich: Es gibt weiterhin eine Konzentration der Fälle im Osten des Landes, die mit dem Geschehen in Haut-Rhine verbunden sind. Frankreich hat eine Testkapazität von >1200 Tests/Tag. ○ Türkei: BMG Krisenstab geht von wesentlich mehr Fällen in der Türkei aus, kann aber nicht belegt werden. <ul style="list-style-type: none"> ○ Anpassung der Risikogebiete <ul style="list-style-type: none"> ○ Spanien, Madrid: Madrid wird zum Risikogebiet erklärt. ○ Österreich, Tirol: Tirol wird zum Risikogebiet erklärt. ○ Frankreich, Region Grand-Est: Es gab Kritik an Größe des Risikogebiets, da v.a. Bas-Rhin und Haut-Rhin betroffen sind und sich Grand-Est über ein viel größeres Gebiet erstreckt. Bei Entscheidung für das Risikogebiet wurde die Situation in den beiden hauptsächlich betroffenen Gebieten bewertet, aber auch gesehen, dass es ggf. ein größeres Geschehen ist. Es wurde zusätzlich die Info mit in die Entscheidung 	
--	--	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>einbezogen, dass in den betroffenen Gebieten keine KoNa und keine Isolation mehr stattfindet. Es soll vor einer Entscheidung über eine Verkleinerung des Gebietes der weitere Verlauf beobachtet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ägypten: Montag soll über die Bewertung von Ägypten beraten werden <p><i>ToDo: Überblick über Ägypten und Niederlande vorbereiten, INIG</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ China: Es wird beobachtet, ob sich die Fallzahlen mit Lockerung der Maßnahmen verändern, dann ggf. Streichung von Hubei als Risikogebiet ○ Die anderen Risikogebiete bleiben bestehen. ○ Auf europäischer Ebene (ECDC/HSC) ist geplant, dass jedes Land selbst Risikogebiete benennt. ○ Erweiterungen der Risikogebiete werden künftig anderen Ressorts vorab zur Kenntnis gegeben (2h). <p><i>ToDo: Die Erweiterung wird beim BMG angemeldet und die anderen Ressorts durch das BMG informiert, FG32/LZ</i></p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle, Inzidenzen, Epikurven nach Bundesland (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Alle Bundesländer betroffen, 302 Landkreise haben elektronisch übermittelt (52% mehr als am Vortag) ○ Besonders betroffen sind in Baden-Württemberg SK Stuttgart und LK Esslingen, in Bayern der SK Freising, der LK Starnberg und der SK München, in Berlin der SK Mitte und in Nordrhein-Westfalen der LK Heinsberg. <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Nordrhein-Westfalen:</u> 450 Fälle, davon 265 LK Heinsberg, 73 Fälle Stadt/Region Aachen und 23 Fälle LK Coesfeld ▪ <u>Bayern:</u> 131 Fälle, davon 43 Fälle mit Expositionsort LK Freising, ▪ <u>Berlin:</u> 101 Fälle, davon 43 in Berlin-Mitte ▪ <u>Baden-Württemberg:</u> 59 Fälle, ○ Export in andere BL (12.03.2020): 	<p>FG32</p>
--	--	-------------

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Von 233 Fälle mit Expositionsort Heinsberg 17 Fälle exportiert in 4 BL ▪ Von 42 Fällen mit Expositionsort LK Freising nur einer davon aus anderem Kreis ▪ Von 11 Fällen mit Expositionsort SK München 6 Fälle exportiert in 5 BL ▪ Von 10 Fällen mit Expositionsort LK Esslingen einer exportiert in einen anderen Kreis ▪ Von 29 Fällen mit Expositionsort Berlin Mitte 2 exportiert nach NRW <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei der Trendanalyse berechnen wir einen Diagnoseverzug von ca. 5 Tagen, wenn kein Symptombeginn bekannt ist. ○ Soweit erkennbar ist in den betroffenen Städten (außer Heinsberg) keine anhaltende community transmission, was für das Containment sprechen kann. ○ Keine Veränderung der besonders betroffenen Gebiete aufgrund dieser Daten heute notwendig. Der LK Heinsberg wird als einziges besonders betroffenes Gebiet belassen. ○ Ggf. glauben jüngere Menschen aufgrund der Konzentration der Warnungen auf vulnerable Gruppen, dass sie selbst nicht betroffen sind. ○ Da in Bayern viele betroffene Rückkehrer aus Südtirol bei den verschiedenen Hotlines nicht durchkommen bzw. verwiesen werden könnte es sein, dass es dort eine Untererfassung gibt. <p><i>ToDo: In der AGI sollte die Beobachtung aus München zu der Verfügbarkeit/Erreichbarkeit der Hotline geteilt werden. FG32</i></p> <p><i>ToDo: Webseite Risikogebiete: Der Text muss etwas präzisiert werden, FG32</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Rolle der Kinder als Überträger</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die AGI hat das RKI im Rahmen der geplanten Schulschließungen um eine Stellungnahme zur Rolle von Kindern als Überträgern gebeten. ○ Es soll eine Publikation aus Italien geben nach der es eine besonders hohe Replikation im Rachenraum gibt. Der Inhalt der Publikation ist aber dem Krisenstab noch nicht bekannt. ○ In einer weiteren Publikation (zitiert von Hr. Drosten) wurde die Effektivität von Schulschließungen modelliert, 	alle

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Publikation bezieht sich aber auf Influenza.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt eine Publikation nach der Kinder und Jugendliche genauso häufig infiziert werden und häufig asymptomatisch sind; enthält aber keine Info wie Häufig Kinder und Jugendliche zu Übertragungen beitragen. ○ Es ist unklar was die Konsequenz ist wenn die Schulen jetzt für 4 Wochen schließen, ggf. kommt bei Wiedereröffnung zu einer verstärkten Aktivität (sowohl von Influenza wie auch von COVID-19, 2009 hat man das gesehen) ○ Auch im ECDC Webinar wurde gesagt, dass es derzeit keine genauen Daten zu Kindern gibt. ○ Es sollte generell zwischen Vergnügungsaktivitäten und Aktivitäten, die dem Erhalt des Gemeinwesens dienen getrennt werden und eine Abwägung geschehen zwischen antiepidemischen Maßnahmen und dem Erhalt der Kritischen Infrastruktur. ○ In Analogie zu Influenza machen die Schulschließungen Sinn. Während einer Influenzapandemie ist dies ein wichtiger Faktor zum Bremsen des Ausbruchsgeschehens. ○ Wichtig ist jedoch, dass das nicht zu vermehrtem Kontakt von Kinder und deren Eltern mit vulnerablen Gruppen führt. ○ Herr Spahn hat angeordnet, dass eine Passage zu Schulsschließungen in die Kriterien für die Risikoeinschätzung von Großveranstaltungen eingefügt wird. <p><i>To Do: Einfügen der Passage in die Risikoeinschätzung für Großveranstaltungen, FG32</i></p> <p><i>To Do: Fachliche Stellungnahme für Übertragbarkeit durch Kinder, FG36</i></p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktuelle Risikobewertung bleibt bestehen 	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>Pressestelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es erscheint heute ein Artikel im Epidemiologischen Bulletin, der auf dem Lagebericht beruht. ○ Das Strategiepapier von FG36 liegt derzeit bei Herrn Spahn. ○ Die Diskussionen zu den derzeitigen Maßnahmen (Schutz der vulnerablen Gruppen, Eigenverantwortung etc.) stehen im Einklang mit den Inhalten des Artikels 	<p>Presse</p> <p>BZgA</p>

	<p><i>ToDo: Der derzeit vorliegende Artikel wird gelayoutet und soweit möglich finalisiert, so dass er kurzfristig publiziert werden kann, Presse</i></p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Erstellung von Infos für Allgemeinbevölkerung, FAQ werden heute auf die Webseite gestellt ○ Flyer zu Schutzmaßnahmen für chronisch Kranke wird erarbeitet. ○ Information für Verhalten in Quarantäne wird zusammen mit dem BBK erstellt. ○ Es gibt damit dann 3 verschiedene Flyer zur Quarantäne: RKI, BBK und BZgA. Man sollte bedenken welche Informationslücke geschlossen werden muss. ○ Der Fokus der BZgA soll mehr auf Kindern liegen. ○ Es wird darauf hingewiesen, dass der RKI Flyer intensiv mit den Ländern abgestimmt wurde und es nicht zu widersprüchlichen Informationen kommen sollte. Um Verwirrung zu vermeiden sollten ggf. auch die Ländern eingebunden werden. ○ Nachfrage, ob das BZgA was vorbereitet zur Parole der Kanzerlin. Hinweise zur sozialen Distanzierung und grundsätzliche Regeln, z.B., dass Kranke zu Hause bleiben. <p>RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Derzeit ist eine Infobroschüre im RKI in Arbeit zu Patienten in Isolation ○ Die Informationen für Reisende sollen weiterhin ausgehängt und ausgeteilt werden, auch wenn die Empfehlungen darauf inzwischen für alle Bürger gelten und nicht mehr an Risikogebiete gekoppelt sind. 	alle
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Grundsatzfragen zu Risikogebieten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frage nach dem Trigger zum Übergang von geographischen Kriterien zu Fokus auf vulnerable Gruppen und wie weit die Labore vorbereitet sind für eine Testung ohne Bezug zu Risikogebieten. ○ Derzeit Vorteil, dass GÄ viele Informationen zu Fällen aus Risikogebieten bekommen. ○ Bei community transmission in größeren Regionen sollte 	alle

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>weniger Energie in die Diagnostik von begründeten Verdachtsfällen und mehr in die Testung von vulnerablen Gruppen fließen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grundsätzlich wird perspektivisch nur getestet werden, wenn sich daraus eine medizinische Folgerung ergibt (z.B. im Krankenhaus und Altenpflegeheimen). ○ D.h., dass Testungen bei klinisch mildereren Verläufen ggf. zurückgehen werden. Aber auch diese sind aus Gründen der Infektionskontrolle sehr wichtig. ○ Für andere Bevölkerung gilt sowieso der Grundsatz der sozialen Distanzierung ○ Grundsätzliche Strategie weiterhin: Keine Testung von asymptomat. Personen, frühzeitige Testung von vulnerablen Gruppen und von Personen die Kontakt haben zu vulnerablen Gruppen. ○ Ausbreitung wird aller Voraussicht nach geographisch unterschiedlich ablaufen. ○ Heute werden Falldefinitionen besprochen (am Dienstag Entwurf vorhanden) und im Anschluss das Flusschema angepasst. Dort soll perspektivisch der Bezug zu Risikogebieten und besonders betroffenen Gebieten entfernt werden. An dem Punkt sind wir aber jetzt noch nicht. <p><i>To Do: Herr Mielke wird Punkt in Diagnostikpapier aufnehmen.</i></p> <p><i>To Do: Topic für nächste Woche Dienstag: Wer sollte getestet werden?</i></p> <p>LZ</p> <p>VIP Testung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es wurden insgesamt 14 Personen getestet. ○ Es gibt Entscheidung des BMG/BMI Krisenstabs dazu, dass die Testungen im Bundeswehrkrankenhaus stattfinden sollen und das RKI testet erst wenn dort keine Kapazitäten mehr vorhanden sind. <p>Freischaltung des Dashboards/Datenteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt viele Anfragen zum Zugriff auf die SurvStat Daten mit automatischen Schnittstellen. ○ Wenn vom BMG gewünscht, musses dazu einen Erlass 	<p>FG32, IBBS</p> <p>FG32</p> <p>FG32</p>
--	---	---

	<p>schreiben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das RKI wird das eigene Dashboard zur Verfügung stellen. Da das Hosting beim RKI auf der DMZ SurvNet und das mobile Arbeiten gefährdet, soll das der ITZ Bund machen. Dazu soll Herr Goltz direkt angesprochen werden. Er steht im direkten Kontakt zum BMG <p>Lagebild Ressourcen und Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BBK/GMLZ erfragt Erfassung von Maßnahmen von RKI, IfSG §12 soll Grundlage sein. ○ Bestensfalls könnte das BBK im Amtshilfe für das RKI tätig werden, sollte keine eigene Rechtsgrundlage auf Innenseite vorhanden sein. ○ Die Abfrage wäre ressourcenintensiv und derzeit nicht zu leisten. Und darüber hinaus sind Maßnahmen nicht die Verantwortung des RKIs, sondern der Länder. Den Überblick über Maßnahmen (Quarantäne, Veranstaltungsverbote, Schulschließungen) sollte die Zuständigkeit des Innenressorts sein. Dieses sollte das epidemiologische Lagebild des RKIs um ein aktuelles Lagebild zu vorhandenen Ressourcen/Kapazitäten sowie ergriffenen Maßnahmen ergänzen. ○ BMI sollte über Innenbehörden der Länder besseren Überblick haben. <p><i>ToDo: Maßnahmen-Überblick in Deutschland: Verschriftlichung/Bericht ans BMG mit Umsetzungsvorschlag ans BMI, IBBS</i></p>	
6	<p>Dokumente</p> <p>Publikation der Strategie-Ergänzung im Epidemiologischen Bulletin:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ s.o. <p>Anpassung Kontaktpersonenmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ressourcen sollten gezielt eingesetzt werden, mehr Energie auf Kat.I Kontaktpersonen. ○ Das Dokument wird so angepasst, dass die Kat.I Kontaktpersonen sich selbst aktiv beim GA melden müssen (z.B. per E-Mail) ○ Prioritätensetzung wird aufgenommen. Dazu gehört eine strengere bzw. präzisere Kategorisierung als Kat. I, die 	alle

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Kontakte, die Priorisierung der Erkennung von Erkrankungen bei vulnerablen Kat.I Kontaktpersonen und bei Kat.II die Reduktion der sozialen Kontakte, aber nicht Absonderung wie bei Kat.I.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei Kat.II Maßnahmen sollten nicht nach Quarantäne klingen, grundsätzlich wird aber erstmal an Kategorisierung festgehalten. <p><i>ToDo: Anpassung der Formulierung der Maßnahmen bei Kat.II Kontaktpersonen, FG36</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Dokument zum ressourcenschonenden Einsatz ist fertig, abgestimmt mit ABAS und BMAS. Es wird noch noch auf Ausweitung der Zulassung gewartet. ○ Therapieempfehlungen Internistische Intensivmediziner ist online 	<p>FG14 IBBS</p>
<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ARS (Folien hier): <p>Ergebnisse aus ARS: Insgesamt 15.348 Testungen, davon 2,6% positiv, die meisten aus Arztpraxen – dort</p> <p>12.000 Patienten getestet, Altersdurchschnitt 42 Jahre, 48 J bei positiv getesteten Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Synlab Leverkusen und Labor Berlin kommen auch dazu, System soll systematisch ausgedehnt werden, 70% der Labore können so erfasst werden, ○ Die KBV arbeitet parallel auch an System. Dort sind bereits über 30.000 Testungen erfasst. KMB steht dazu eng im Austausch mit BMG (Korr). Wird als sinnvolle Ergänzung gesehen. Der Leiter des Labors 28 arbeitet mit Logistikunternehmen zusammen und damit haben Sie Zugang zu vielen Laboren und auch zu den Informationen über Testkapazitäten und Lieferschwierigkeiten ○ Unilabore sind aber bei der KBV Abfrage nicht dabei, aber bei ARS – daher ergänzen sich die beiden ganz gut. Es muss eine Zusammenführung erfolgen. ○ Derzeit in beiden Systemen noch eine Untererfassung. Auch wenn Positivenrate sehr interessant ist. Zur Zeit wird daher auf Veröffentlichung verzichtet. Es sollte eine abgestimmte Veröffentlichung geben, damit nicht verschiedene Zahlen vorliegen. 	<p>FG37, Abt.1, FG17, ZBS1</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ BMG hat Kontakt zu KBV <p><i>ToDo FG37 nimmt zu ARS Kontakt mit BMG (Gerit Korr) auf, FG37</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Generelle Info, dass sich 210 Labore zum Ringversuch angemeldet haben. ○ Seit Di wurden keine SARS-CoV-2 positiven Proben mehr detektiert ○ Im Laborbereich des RKI (FG17, ZBS1) große Problematik fehlender Mitarbeiter wegen der Schulschließungen ○ ZBS1 bekommt nächste Woche >100 Proben vom Labor Berlin (v.a. aus Berliner GÄ), Arbeit im Schichtsystem, diverse FGs haben sich bereit erklärt zu helfen, nun Kapazität für 170 Proben pro Tag ○ Frage nach Reinfektionen und serologischer Testung ○ ZBS1 hat Aufgabe serologische Testung vorzubereiten, aber derzeit fehlen Positivkontrollen ○ Studiendesign einer Kohortierung von Gesunden über STAKOB, Fragestellung: Finden wir hier Reinfektionen? ○ Kohorte könnte z.B. auch in Grippeweb (Selbstestung) eingebunden werden. ○ Positivseren könnten zur Evaluierung der Teste und zur Untersuchung der Grundimmunität (Blutspender z.B.) genutzt werden. <p><i>ToDo: Epidemiologisches Design einer serologischen Studie durch Hr. Wilking, Hr. Haller und Fr. Offergeld, ZBS1 soll Testung durchführen</i></p>	
<p>8</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement ARDS/DIVI-Netzwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Datenbank zur Abfrage der Kapazitäten auf ITS, Anzahl Beatmungsplätze und ECMO ○ Die Datenbank ist durch DIVI programmiert und mit DKG abgestimmt. Das Tool hat DKG, RKI und DIVI Logo. Es gibt ein Anschreiben von allen drei beteiligten Institutionen, verteilt über die DKG. Herr Spahn hat ebenfalls ein Schreiben zur Unterstützung aufgesetzt. ○ Leider ist durch das tool eine Bewertung der Belastung der Kliniken (wie viele, wie lange?) durch COVID-19 Patienten nicht möglich. ○ Bei dem Tool geht es nur um Kapazitätserfassung, es ist kein Belastungs- oder Schwereindikator. Vorgabe war: 5 Fragen, in 5 Minuten zu beantworten ○ Es gibt eigenes Tool von DGI zum klinischen Verlauf. ○ Neues Tool vom RKI kann ggf. erweitert werden. <p>Klinik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Favipiravir wird vom Bund eingelagert, Remdesivir hat 	<p>IBBS</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>strenge Auflagen für Einsatz in Studien (Beatmung ohne Einsatz von Catecholaminen)</p> <p>Masken:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Uniklinik Aachen hat kaum noch Reserven an Masken ○ Kliniken, speziell Unikliniken sollen sich an Länder wenden, NRW z.B. hat Masken bestellt. ○ Mund-Nase-Schutz (100 Mio) und Masken (40 Mio) sind vom Bund bestellt, aber es ist unklar, ob sie geliefert werden. Falls geliefert, sollen sie über ein Logistikunternehmen verteilt werden. ○ Zusätzlich sind Bestellaktivitäten der Länder auch gewünscht (kleinere Bestellung daher andere Kontraktoren möglich). 	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Schulschließungen - Regelung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grds. schon unter TOP2 besprochen. ○ Viele Mitarbeiter sind betroffen, Frage nach offiziellem Schreiben vom RKI für Arbeitgeber der Partner <p><i>ToDo: Ein entsprechendes Schreiben wird von Herrn Schaade vorbereitet</i></p>	ZBS1
10	<p>Surveillance</p> <p>Mortalitätssurveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kein neuer Stand dazu 	
10	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Entscheidung zu KoNa Flug:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Entscheidung liegt bei BMG <p>Kreuzfahrten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ AIDA und auch einige andere Kreuzfahrtanbieter setzen bis Anfang April ihre Kreuzfahrten aus. ○ HSC spricht sich für Pausierung von Kreuzfahren aus. 	FG32
11	<p>Internationales</p> <p>Nicht besprochen</p>	
12	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>Nicht besprochen</p>	
13	<p>Sonstiges</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auftrag BMG zu Brief mit Botschaft für Risikogruppen (Frau Merkel wird allen Menschen 65+ einen Brief schreiben, diese soll vorformuliert werden). <p><i>ToDo: Ein entsprechendes Schreiben wird vorbereitet, FG36</i></p>	Fr. Schaade
14	<p>Nächstes Treffen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nächste Sitzung: Montag, 16.03.2020, 13:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	16.03.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZV1
 - Silvia Schuckert
- ! INIG
 - Basel Karo

- ! BZGA : Frau Seefeld (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann (per Telefon)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 157.044 (+9.587), davon 5.839 (3,7%) Todesfälle (+257) ○ China (inkl. HK, Macau) 80.996 (+25), davon 3.203 (4,0%) Todesfälle (+10) ○ International (ohne China, mit Taiwan) 146 Länder mit 76.048 (+9.557) Fällen, davon 2.636 (3,%, +247) Todesfälle; >3.200 schwere Verläufe ○ WHO EURO Region 47.248 (+8.333) Fälle, davon 1.817 (3,8%, +223) Todesfälle; >2.000 schwere Verläufe ○ Trendanalyse (Folien hier) ○ China: Die meisten neuen Fälle in China sind importierte Fälle (z.B. aus Süd-Korea, Italien) ○ UK: hat eine neue Strategie: Bislang sind weder Schulen noch Grenzen geschlossen. Jeder, der respiratorische Symptome hat, soll zuhause bleiben und weder zum Hausarzt noch ins Krankenhaus gehen. Nur die schweren Fälle sollen ins Krankenhaus, d.h. es werden in der UK nur noch schwere Erkrankte getestet und erfasst. Für ein vollständiges Lagebild ist es aber wichtig neben den Erkrankten auch die Infizierten zu zählen. Die totalen Fallzahlen sind in der UK niedriger als in Deutschland; die Zahl der Todesfälle jedoch höher. <p><i>ToDo: INIG soll wie für China pro Land (Inzidenzen etc.) darstellen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frankreich: Bislang ist nur die Region Grand Est als Risikogebiet deklariert. Es gibt aber weitere Regionen mit hohen Inzidenzen (Bourgogne-Franche-Comté: 14,7/100.000). Der Begriff „Risikogebiet“ sollte bedacht angewendet werden. Es sollten nur Gebiete sein, die eine höhere Inzidenz haben als besonders betroffene Gebiete in Deutschland und aus denen ggf. eine hohe Anzahl an erkrankten Reiserückkehrern zu beobachten ist. ○ Spanien: 2.000 neue Fälle (insgesamt 7.753 Fälle, 	ZIG1

davon 288 Todesfälle; Anteil der Verstorbenen 3,7%). Am meisten betroffen sind Madrid (3.544 Fälle, 213 Todesfälle), País Vasco (630 Fälle, 23 Todesfälle) und Castilla La Mancha (401 Fälle, 10 Todesfälle).

ToDo: INIG wird die Inzidenzen für die einzelnen spanischen Provinzen berechnen

- **Österreich:** Ein Großteil der Fälle in Österreich kommt aus Tirol.
Nachtrag: In SurvNet gibt es 348 Fälle mit Tirol, 14 Fälle mit Vorarlberg, 7 Fälle mit Salzburg, 3 Fälle mit Oberösterreich, 1 Fall mit Niederösterreich und 1 mit Wien als wahrscheinlichen Expositionsort. Zu den restlichen 527 Fällen mit Expositionsort Österreich gibt es keine genaueren Angaben zum Ort.
- **Schweiz:** In der Schweiz gibt es mehr als 1.300 Fälle, 30% der Fälle kommen aus Tessin. Hier wurden besondere Maßnahmen beschlossen (z.B. nur noch Lebensmittelgeschäfte und Apotheken sind geöffnet; keine Gottesdienste mehr; Begräbnisse nur noch im engsten Familienkreis; Schalter der kantonalen Verwaltung geschlossen; Senioren sollen öffentliche Ort meiden und bei Spaziergängen Abstand halten). Die Schweiz testet leicht symptomatische Kontakte nicht mehr, sondern empfiehlt diesen zuhause zu bleiben.
Nachtrag: In SurvNet gibt es 15 Fälle mit einem wahrscheinlichen Expositionsort Schweiz ohne nähere Angaben zum Ort.
- **Italien:** 22.512 Fälle, davon 2.026 HCW; 1.625 Todesfälle (Anteil Verstorbenen 7,2%); 6,7% symptomatisch; 4% schwer erkrankte
- **Ägypten:** In Ägypten gibt es bislang 110 Fälle. Ägypten scheint ein Land zu sein, wo es trotz der trockenen Wärme Übertragung gibt (in Südafrika auch). Es kann auch sein, dass es Übertragungen nur bei Touristen (Schiff, Hotel) gibt.
Nachtrag: Herr Ellerbrok (ZIG) steht in Kontakt mit dem Labor in Ägypten und wird versuchen, einen Überblick über die Anzahl der Testung zu erhalten.
- **Risikogebiete: Keine Änderungen**

National

FG32

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle, Inzidenzen, Epikurven nach Bundesland (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Umstellung auf SurvNet morgen wird ohne Negativdelta funktionieren. ○ Alle Bundesländer betroffen; bald auch alle Kreise betroffen ○ Inzidenz liegt bundesweit bei 5,5/100.000 Einwohner (Vortrag: 5,0/100.000 EW) ○ BW, BY, NRW, BE und HH exponentiell ansteigende Entwicklung; noch nicht so betroffen östliche Bundesländer; Inzidenzen sind: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Nordrhein-Westfalen</u>: 8,6/100.000 EW (Heinsberg ca. 253,2/100.000 EW); Die Hälfte der Fälle kommt aus Heinsberg. ▪ <u>Bayern</u>: 7,4/100.000 EW ▪ <u>Baden-Württemberg</u>: ca. 9,6/100.000 EW ▪ <u>Berlin</u>: 8,0/100.000 EW ▪ <u>Hamburg</u>: 13,9/100.000 EW ○ Freising hat die Strategie, sofort Kontakte abzustreichen. Symptomatische Patienten kommen sofort ins Krankenhaus. ○ Österreich hat Italien als möglichen Expositionsort überholt (Österreich: 901, Italien 866). <p><i>Nachtrag: In SurvNet gibt es 348 Fälle mit Tirol, 14 Fälle mit Vorarlberg, 7 Fälle mit Salzburg, 3 Fälle mit Oberösterreich, 1 Fall mit Niederösterreich und 1 mit Wien als wahrscheinlichen Expositionsort.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt 25 Landkreise, aus denen schon mehr als 10 Fälle gestreut wurden. Am meisten Exporte gibt es aus den LK Heinsberg (n=369), dem SK Aachen (n=152) und dem LK Freising (n=59) sowie aus dem SK Berlin Mitte (n=52). <p><i>ToDo: Inzidenz und Trend für deutsche Kreise (Auswahl Top 10) aufstellen, um besonders betroffene Gebiete zu benennen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt wenige Dokumente spezifisch für Maßnahmen in besonders betroffenen Regionen (z.B. was soll Heinsberg tun). Dies soll im Flussdiagramm inkludiert werden, welches morgen in der Krisenstabssitzung diskutiert und gegen Ende der Woche online 	
--	--	--

	<p>gestellt werden soll.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Benennung von betroffenen Risikogebieten:</u> Dies ist prinzipiell wichtig für die Definition von Verdachtsfällen und die damit verbundene Wahrscheinlichkeit für eine Testung. Rationale wäre, dass es nicht darum geht, andere Kreise/Bundesländer vor Regionen zu warnen, sondern innerhalb des Gebietes zu einer vermehrten Testung anzuregen. Kriterien zur Auswahl von betroffenen Gebieten könnten die Inzidenz, die Trendanalyse, die exportierte Fälle etc. sein. Die Inzidenz in Freisingen ist z.B. zwar hoch, aber die Trendanalyse nicht. Daher wäre das kein besonders betroffenes Gebiet. <p><i>ToDo: in der morgigen Krisenstabssitzung werden die Inzidenzen, Trendanalyse und exportierte Fälle für den SK Aachen, SK Hamburg, SK München angeschaut, um zu beschließen, was davon eine betroffene Region sein könnte.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Meldung von Verdachtsfällen wird eingestellt. Diese Information wurde via Infobrief zirkuliert. ○ <u>Lage in den Gesundheitsämtern:</u> Es gibt viele (auch große) Gesundheitsämter (z.B. Düsseldorf, Frankfurt), die an die Grenzen ihrer Kapazitäten kommen. Eine Kontaktpersonennachverfolgung ist oft nicht mehr möglich und das Konzept der Quarantäne für medizinisches Personal nicht mehr aufrecht zu halten. Es gibt die Bitte, die Dokumente/Empfehlungen anzupassen. Eine Umlagerung von Ressourcen ist aber der Änderung von Empfehlungen vorzuziehen. ○ ZV hat bereits vom BVA eine positive Rückmeldung erhalten, dass diese sich für die mobilen Teams um die Rekrutierung und Verträge kümmern kann. Ein Stellenausschreibungstext wird vom RKI vorbereitet. <p>Amtshilfeersuchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es sind MA vom RKI zur fachlichen Unterstützung noch in Berlin und Nürnberg. In Berlin gibt es eine gute Unterstützung auch durch andere Behörden. Nürnberg wird durch das RKI von Berlin aus zusätzlich bei der telefonischen Befragung von Kontaktpersonen unterstützt. <p>Fallzahlen:</p>	<p>ZV</p> <p>FG32</p>
--	--	-----------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt insgesamt 12 Todesfälle; die Presse berichtet bereits von 13. Die Todesfälle kommen aus Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen ○ Da die BNO News eher einen Fokus auf den asiatischen Raum haben, werden zukünftig für die internationale Berichterstattung die Fallzahlen von der WHO bezogen. 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Nichts zu berichten</i> 	alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Am WE wurde eine neue Risikobewertung vorbereitet. Es soll diese Woche hochskaliert werden. Die Risikobewertung wird veröffentlicht, sobald Herr Schaade ein Signal dafür gibt. 	VPräs
4	<p>Kommunikation</p> <p>Pressestelle RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt FAQs für das Ärzteblatt, die zeitnah veröffentlicht werden sollen. ! Auf der RKI Internetseite gibt es noch kein Satz zu den Todesfälle in Deutschland. Ein Satz hierzu soll ergänzt werden. ! Der Auftrag, einen Dolmetscher Gebärdensprache für das tägliche Pressebriefing um 10 Uhr zu organisieren, wurde an Herrn Kersten übertragen. Es sollte ein professioneller Übersetzer sein; Kosten werden vom BMG getragen. <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe wird ein Merkblatt zu Verhaltensempfehlung abgestimmt und zeitnah herausgeben. Weitere Merkblätter sind geplant. ! Bitte an die BZgA, dass alle Merkblätter zur Durchsicht an das RKI gesendet werden ! Es gibt schon viele Empfehlungen, was fehlt sind Empfehlungen zum Präsentismus (nicht krank zur Arbeitsstelle gehen oder ÖPNV benutzen). Dies ist zwar auf den Merkblättern vermerkt, aber da es eine sehr wichtige Nachricht an die Bevölkerung handelt sollte es hierzu eine separate Kampagne geben. Es gab schon für die Grippe/Pandemie eine große Präsentismuskampagne, die angepasst werden kann. 	Presse

	<p>Bundeswehr ! Keine neuen Informationen</p> <p>Sonstiges: ! Es wird an einem Tool („Chatbot“) gearbeitet, welches eine digitale Lösung ist, um mit der Bevölkerung zu kommunizieren und niederschwellig Gefahren mitzuteilen. Die BZgA ist über das Tool informiert. Das Tool wird unabhängig vom RKI veröffentlicht. Es werden noch 2-3 Tage benötigt, bevor das Tool fertiggestellt ist. Eine inhaltliche Überprüfung durch das RKI sowie eine strukturierte Testung stehen noch aus. Der Anbieter ist eine private Firma, die auch Daten der Nutzer speichert. Sowohl das RKI als auch die BZgA haben dies datenschutzrechtlich geprüft. Das BMG soll eine schriftliche Übernahme der Verantwortung formulieren, da die Firma ohne Ausschreibung für das Projekt gewählt wurde. Darüber hinaus gibt es noch weitere Projekte über die Herr Schmich zukünftig im Krisenstab berichten kann.</p> <p>! Der Begriff „Social Distancing“ führte zur Verwirrung. Es soll daher besser „Abstand halten und Kontakte reduzieren“ gesagt werden.</p>	<p>FG21</p> <p>FG32</p>
<p>5</p>	<p>RKI-Strategie Fragen ! <u>Schließung von Schulen und Kitas – Organisation am RKI:</u> Es gab zunächst durch ZV1 einen Appell an die Selbstorganisation der MA des RKI, da nicht alle Bedarfe abzudecken sind. Kindergärten und Schulen bieten für besondere Personengruppen Notbetreuung an. Von ZV1 können MA eine Bestätigung erhalten, dass sie zu einer besonderen Personengruppe zählen. Darüber hinaus kann es für krisenrelevantes Personal Unterstützung durch das RKI geben (Taxikosten, Kinderbetreuung, Shuttles falls kein ÖPNV mehr, Versorgung). ZV1 wird ein Gesamtpaket planen. Ebenso gibt es Vorlagen von der Druckerei, für die Personen, die keinen Dienstaussweis haben und sich im Falle einer Ausgangssperre ausweisen müssen. Mobiles Arbeiten ist auch möglich, allerdings gibt es hierzu nur eine begrenzte Anzahl von Plätzen, die jetzt schon knapp sind.</p> <p><i>ToDo: ZV1 bildet eine Arbeitsgruppe mit Vertretern aus den Abteilungen, um „kirschenrelevantes Personal“ zu identifizieren.</i></p> <p>! <u>Unterstützung:</u> Herr Bergholz hat eine Liste mit bereits ausgeschiedene MA, die zur Unterstützung kontaktiert werden. Die 43 MA der GERN Studie sollen die Kontaktpersonennachverfolgung (mobile Teams) unterstützen. Herr Eckmanns wird dieses mit dem Herrn Lampert besprechen</p>	<p>ZV1</p>

	<p>medizinischem Personal wurde von FG37 an FG14 geschickt. Die Kommentierung wird heute abgeschlossen. IBBS wird aufgrund des Dokuments die Infografik anpassen.</p> <p>! Das Papier zu den Entlasskriterien wurden an die AGI geschickt. Es gab nur eine Rückmeldung aus Bayern. Die alte Version wurde durch die neue auf der Internetseite ersetzt.</p> <p>! Eine Rationale zu den Schulschließungen wurde an die Länder geschickt. Ein Artikel hierzu soll im EpiBull folgen.</p>	
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Es gibt ein Angebot von Berliner Wissenschaftseinrichtungen zur Unterstützung bei der Diagnostik. RKI unterstützt die Kontaktaufnahme zur Charité. Es gibt außerhalb von Berlin wahrscheinlich noch mehr Wissenschaftseinrichtungen, die bei der Testung eingebunden werden könnten. Es gibt auch Kapazitäten auf der Veterinärseite (Landesuntersuchungsämter)</p> <p><i>ToDo: Herr Schaade bespricht mit Herrn Mielke, wie die Einbindung, weiterer Wissenschaftseinrichtungen sowie die Abrechnung der Test etc. gelingen kann.</i></p> <p>! ZBS1: Am WE kamen von den Gesundheitsämtern Berlin erste Proben. Insgesamt gab es Sonntag 56 Patientenproben (1-3 Proben pro Patienten), von denen bislang 5 Personen positiv getestet wurden. Das Gesundheitsamt nutzte bislang den Probenbegleitschein vom Labor Berlin; ein RKI Probenbegleitschein wurde online gestellt und geteilt.</p> <p><i>ToDo: FG36 setzt sich mit ZBS1 zusammen, um zu schauen, wie die Daten vom Probenbegleitschein (z.B. Symptome, Kontaktpersonen) genutzt werden können.</i></p> <p>! ZBS1 hat Rückmeldungen aus verschiedenen OEs zur Unterstützung, damit die Kapazitäten ausgebaut werden können. Darüber hinaus wurde Material bestellt. Ziel ist es, dass bis zu 1.000 Proben am Tag untersucht werden können.</p>	<p>VPräs</p> <p>ZBS1</p>
7	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Das Tool zur Erfassung der Kapazitäten von Intensivstationen der DIVI starte morgen.</p>	IBBS
8	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Die Wichtigkeit der Kontaktpersonenverfolgung wurde noch einmal im Pressebreifing betont. Das Webinar diesen Mittwoch soll genutzt werde, um einerseits die mobilen Teams vorzustellen und um andererseits auf die Wichtigkeit der Kontaktpersonenverfolgung hinzuweisen. Es soll weniger rückwärts geschaut werden, um Transmissionsketten nachzuvollziehen, sondern insbesondere vorwärts, um Personen gezielt zu informieren. Frau Teichert hat angeboten,</p>	FG32, IBBS, Präs, VPräs



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>dass das RKI regelmäßige Webinare mit ÖGD veranstalten kann (immer mittwochs 14-15 Uhr)</p> <p>! Es gibt zahlreiche Anfragen aus den Bundesländern zu Modellierung. Herr Wieler hat bereits die Ergebnisse von Herrn an der Heiden im Kanzleramt vorgestellt. Die Ministerien sind über die Dimensionen informiert. Das BMI erstellt eigene Modellierungen. Herr an der Heiden wird sich morgen mit den Personen, die sich damit im BMI beschäftigen, zum Austausch treffen. Herr Wieler hat den Auftrag zu den Ergebnissen der Modellierung etwas im morgigen Pressebriefing zu sagen. Danach wird dieses zum Publizieren verschriftlicht und mit den Ländern geteilt. Den Bedarf an mehr Intensiv- und Beatmungsbetten wurde den Ländern bereits letzte Woche bei der Ministerkonferenz mitgeteilt.</p> <p><i>ToDo: FG37 und Herrn an der Heiden finden für die morgige Pressekonferenz heraus, wie viel mehr Betten benötigt werden.</i></p> <p>! Es gibt 2 Ansätze für Krisenmanagement: 1) Planung mit Zahlen und Szenarien; 2) Kapazitäten soweit wie möglich aufzustocken. Für den zweiten Ansatz („Folgenmanagementabsatz“) wird bei Maximalversorgern angefragt, auf was sie personell aufstocken können. Der Bund unterstützt mit Materialien und Schulungen. Dem BMG soll vorgeschlagen werden, mit 5 Maximalversorger (große Kliniken, die jetzt schon ECMO Plätze haben) anzufangen.</p> <p>! Der Vorschlag, keine Kontaktpersonennachverfolgung bei Flügen mehr zu machen, liegt seit letzter Woche beim BMG. Es gab bislang keine Rückmeldung hierzu. Zur Entlastung der Gesundheitsämter wird nun entschieden, keine Kontaktpersonennachverfolgung bei Flügen mehr zu machen.</p> <p>! FFP 2 Masken: Im Veterinärbereich soll es einen großen Vorrat an FFP2 Masken geben. Das BMG wurde bereits in einer TK darüber informiert.</p> <p><i>ToDo: Eine E-Mail soll an das LZ BMG (in cc: Herrn Rottmann und Herrn Holtmann) geschickt werden, mit Bitte BMEL diesbezüglich zu kontaktieren</i></p> <p>! Nach Rücksprache mit den Ländern, soll SORMAS als Tool für die Kontaktpersonennachverfolgung in der jetzigen Lage depriorisiert werden, da es eher die Eingabe in SurvNet vermindern würde.</p> <p>! Seit 3 Wochen entwickeln 25 Personen von u.a. dem RKI, dem</p>	
--	---	--

	BMI, dem Heinrich-Herz Institut, 3 weitere Fraunhofer Instituten etc. ein Tool (CGA – Corona Gesundheitsapp), um nachzuverfolgen, mit wem eine Person in den letzten Wochen mind. 15 Minuten geredet wurde. Sobald die Finanzierung geklärt ist, kann dies auch genutzt werden	
9	Surveillance ! Nicht gesondert besprochen	
10	Transport und Grenzübergangsstellen ! Die Gesundheitsfragen für Reiserückkehrer aus China sind noch nicht abgeschafft. Im BMI-BMG Krisenstab wurde schon besprochen, dass das nicht mehr gemacht werden soll. Bei ansteigenden Fallzahlen in Deutschland, soll sich weniger auf Reiserückkehrer konzentriert werden. Deutschland schließt nun viele Grenzen. Es gibt bislang aber keine Empfehlung, private Urlaubsreisen abzusagen.	FG32
11	Internationales ! <i>Nicht besprochen</i>	ZIG
	Information aus dem Lagezentrum ! Das Lagezentrum wird räumlich mehr entzeert. Ab morgen gibt es 4 weitere Arbeitsplätze im LZ Besprechungsraum. ! Für die Krisenstabssitzungen soll sich jedes FG überlegen, wer an 1., 2., 3 . etc. Position bzgl. der Teilnahme an den Sitzungen steht. ! Ab morgen finden die Sitzungen des Krisenstabs via Vitero statt. Der Konferenzraum steht ab 10:30 Uhr zur Verfügung.	FG32, IBBS
12	Nächstes Treffen ! Nächste Sitzung: Dienstag, 17.03.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	18.03.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
- ! FG34
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Rühle
 - Claudia Schulz-Weidhaas
 - [Zvonimir](#) Kolobaric
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! INIG

- Andreas Jansen
- Basel Karo
- ! BZGA : Frau Thaiss, Frau Münstermann
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fälle <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit 181.408 (+13.741), davon 7.120 (3,9%) Todesfälle (+678) ○ China (inkl. HK, Macau) 81.033 (+30), davon 3.217 (4,0%) Todesfälle (+14) ! Trendanalyse (Folien hier) ! Frankreich: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Bourgogne-Franche-Comté</u>: Die Inzidenz beträgt 19,5; die Region wird in Hongkong bereits zu den Risikogebieten gezählt. Da in Frankreich generelle Maßnahmen getroffen wurden und die Fallzahlen eher gering sind, wird die Entscheidung, ob die Region zum Risikogebiet erklärt wird, noch verschoben. ○ <u>Ile-de-France</u> mit Paris; hier gibt es viele Fälle, durch die vielen dort lebenden Einwohner jedoch keine besonders hohe Inzidenz; deshalb wird zunächst abgewartet. Es ist nicht sinnvoll nur die Inzidenz zu betrachten, da diese auch vom Testverhalten abhängt. ! Spanien: es gibt viele Gebiete mit hoher Inzidenz. Vom AA kam bisher nur die Rückmeldung, dass mit der Definition von Ägypten als Risikogebiet noch gewartet werden soll; es gab noch keine Rückmeldung zu Spanien. Kanaren: gibt es keine Angaben oder keine berichteten Fälle? Es gibt Fälle, aber keine hohe Inzidenz. <p><i>ToDo: Beim AA erfragen, ob den vorgeschlagenen Risikogebieten (außer Ägypten) zugestimmt wird.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Schweiz: Inzidenz in Basel ist hoch, soll morgen nochmal betrachtet werden. ! Belgien: Brüssel soll weiter beobachtet werden; nur symptomatische Patienten werden getestet. ! Ägypten: 150 Fälle, jedoch viele Importfälle aus Ägypten. Rückmeldung vom AA: noch keine Einordnung als Risikogebiet, das das zu einer großen Rückreisewelle von deutschen Staatsbürgern aus Ägypten führen könnte; wird erstmal verschoben. <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fälle, Inzidenzen, Epikurven nach Bundesland (Folien hier) 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ! Inzidenz von Hamburg liegt fast bei 20. Falls weiterhin betroffene Gebiete definiert werden, müsste evtl. Hamburg hinzugefügt werden. Der Vorschlag ist ein bisschen zu warten. Es könnte sich auch um einen einmaligen Ausbruch handeln, der kontrolliert werden kann. Konzept besonders betroffene Gebiete wurde noch nicht aufgegeben. Nachtrag: bei Rücksprache mit den Kollegen vor Ort wurde deutlich, dass der Großteil der Fälle importiert wurde. ! Weiterhin steigende Fallzahlen in BW, BY, NRW, BE, HH, HE, RP; die meisten Fälle sind in Heinsberg, Hamburg, Köln, Aachen, Borken. ! Österreich wird am häufigsten als internationaler Expositionsorort genannt. ! Top 15 Inzidenz mit verschiedenen Kriterien: Inzidenz, Fälle, Exponentieller Trend, Expositionsorort (Expositionsorort, wenn nicht Meldeort) ! Nach Abwägen der verschiedenen Kriterien sticht immer noch Heinsberg aus allen LK heraus. ! Evtl. käme Aachen als betroffenes Gebiet in Frage, dort ist aber kein exponentieller Trend zu sehen. ! Der Trend in Freising ist sehr flach. ! Beim Trend spielen Expositionsorort, Startniveau und Testkapazitäten eine Rolle. ! Vorschlag beim exponentiellen Trend nur Angabe ja-nein, dann ist aber kein Ranking möglich. ! Wie sollen Kriterien priorisiert werden? Inzidenz, exponentieller Trend als wichtigste Kriterien. ! Viele Deutsche kommen im Moment aus Ägypten zurück. ! Amtshilfeersuchen aus Tirschenreuth, Bayern: 40 Fälle nach Starkbierfest; Michael Brandl und Sybille Rehmet wurden entsendet. 	FG32
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 1. klinische Studien für Impfstoff mit 45 Personen ist angelaufen (dose finding, Phase 1); über 70 Studien sind angemeldet, jedoch noch in Planung. ! Bei klinischen Studien bitte IBBS beteiligen. ! Der Einfluss von Ibuprofen ist eine interessante Hypothese: gibt es eine Einschätzung von klinischer Seite? Wurde in der STAKOB angesprochen; es gibt Einzelfallberichte über eine geringe Verschlechterung des Befindens; diese sind mit Vorsicht zu genießen. ! Es gibt eine Studie, dass Hochaltrige, die verstorben sind, an Myokarditis oder Endokarditis verstorben sind. <p><i>ToDo: nach Literatur hierzu suchen</i></p>	alle

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Wie Fälle werden beatmet? Morgen sollte ein gutes Bild dazu vorliegen. ! Es wird demnächst Angaben aus ICOSARI dazu geben, wann Patienten mit der Diagnose im KH erstmalig auftauchten, wann sie intensivpflichtig wurden und wie lange sie beatmet wurden. Die Angaben müssen zunächst noch verifiziert werden. ! FG37 + Charite planen eine Erfassung der beatmeten Fälle: zurzeit wird das Tool programmiert, nächste Woche soll es ausgerollt werden. ! Es gibt ein Paper zur Inkubationszeit, das für eine Beibehaltung der 14 Tage spricht. 	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! <i>nicht besprochen</i> 	VPräs
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! TV und Rundfunk soll bespielt werden. Bisher wurde sehr zielgruppenorientiert kommuniziert, jetzt soll viel breiter, auch an die Allgemeinbevölkerung gerichtet, kommuniziert werden. Am kommenden Wochenende werden wieder Anzeigen in regionalen Zeitungen geschaltet. <p>RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Presse: nichts zu berichten ! Die DGI erfasst klinische Verläufe. Es wird das Tool von Charite + RKI geben, bei dem Verlaufsdaten zur Aufnahme, Verlegung auf die Intensivstation, Beatmung, ECMO erfasst werden. Dieses Tool können alle Kliniken, die mitmachen möchten, erhalten. ! Es gibt immer mehr Studien, an denen RKI beteiligt ist. <p><i>ToDo: Sammeln aller Studien, an denen das RKI beteiligt ist, bei FO, diese Studienübersicht soll über die Leitung auch der BZGA zur Verfügung gestellt werden; Auftrag vom Lagezentrum</i></p>	<p>BZgA</p> <p>Presse, FG37</p>
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Auf die Definition von Risikogebieten als epidemiologisches Instrument, um Fälle zu finden, soll verzichtet werden. Das Flusschema Falldefinition muss geändert werden. Wenn es umgesetzt wurde, soll auf die Definition von Risikogebieten verzichtet werden. Dies muss mit dem BMG besprochen werden, danach muss Dokument für Dokument durchgegangen werden, um zu sehen, wo Änderungsbedarf 	

	<p>besteht.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es stellt sich die Frage, ob auf besonders betroffene Gebiete und Risikogebiete gleichzeitig verzichtet werden soll, da dies unterschiedliche Konsequenzen hat. ! Es wurde diskutiert, ob Ausgangssperren das Infektionsrisiko tatsächlich reduzieren. Es gibt eher die Befürchtung neg. Konsequenzen. ! Allerdings sind Ausgangssperren relevant, um Gruppenbildung außerhalb des Haushalts zu vermeiden. Übertragungen finden dann nur noch in der Familie statt. ! Jedes andere Mittel ist besser, eine sinnvolle Maßnahme sind Apelle Abstand zu halten. Bei schlechter Compliance sind Ausgangssperren jedoch ein letztes Mittel der Politik. Das RKI soll sich nicht aktiv dagegen positionieren. ! Es gibt psycho-soziale Gegenargumente, jedoch keine epidemiologischen. ! Wäre eine gewisse Ausbreitung des Virus nicht besser, als zunächst ein totaler Stopp und dann bei Lockerung eine starke Ausbreitung. Evtl. könnten irgendwann Risikogruppen streng isoliert werden und das öffentliche Leben wieder aufgenommen werden. ! Konzept für Exitstrategie (wann sollen Maßnahmen nachlassen) <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn Infektionen zurückgehen und Maßnahmen Wirkung zeigen, muss überlegt werden, wann das gesellschaftliche, wirtschaftliche Leben wieder aufgenommen werden soll. ○ Die Modellierung eines sinnvollen Zeitpunkts ist sinnvoll. ○ 4 Wochen bis nach Ostern wäre eine gute Perspektive. ○ Begriff gesteuerter Durchseuchung wird abgelehnt, Ausbreitung kann nicht gestoppt werden. ○ Der Zeitpunkt sollte an der Immunitätslage der Bevölkerung festgemacht werden, Informations-eckpunkte sollen definiert werden. ○ Im Moment ist Deutschland noch nicht im Stadium der Community transmission. Die Frage ist, wie wirken 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>sich die Maßnahmen auf andere respiratorische Erkrankungen aus. Exitstrategie sollte nicht nur an Covid 19 festgemacht werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Maßnahmen in KH könnten deutlich länger beibehalten werden als in Bevölkerung. <p><i>ToDo: Bis 25.03. müssen Grundüberlegungen aufgeschrieben werden: Federführung ZIG Fr. Hanefeld in Zusammenarbeit mit FG36, FG37</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einfließen müssen neben sozialwissenschaftlichen Aspekten, medizinische und epidemiologische Einflüsse; der Krisenstab könnte das Thema immer wieder aufrufen und die Teile zusammenbringen. ○ Externe Experten sollen genannt werden, ZIG spricht Frau Rehfuß WHO an, um Leute zu benennen, Hr. Drosten soll angesprochen werden. ○ Es soll zunächst zeitnah ein interner Termin stattfinden, bei dem Überlegungen skizziert werden, erst danach sollen externe Experten miteingebunden werden. ○ Angelina Taylor (FG37) arbeitet an einem paper, das in der Gruppe verwendet werden könnte. ○ Wann werden Daten zur Seroprävalenz verfügbar sein? Hierzu werden verschiedene Studien durchgeführt, am HZI, hier im Haus über Blutproben von Blutspendediensten. Im Haus wird ein spezifischer Test entwickelt, bisher jedoch noch nicht ausreichend spezifisch. ○ Zur sozialen Akzeptanz von Maßnahmen und deren Lockerung hat die WHO rapid systematic reviews beauftragt, die deadline ist jedoch erst in 2 Wochen. ZIG ist an der Evidenzfindung beteiligt. 	
6	<p>Dokumente</p> <p>! Falldefinition:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufenthalt in einem Risikogebiet spielt keine Rolle mehr. ○ Verdachtsfall: Unspezifisches klinisches Bild soll 	FG32, FG36, FG37

	<p>herausgenommen werden, epidemiologische Bestätigung durch Kontakt mit bestätigtem Fall soll bleiben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Häufung von Fällen in KH, Krankenpflegeeinrichtungen soll bereits als Verdachtsfall definiert werden, damit die GA früh aktiv werden können. ○ Deshalb sollen Ausbrüchen von Pneumonien in medizinischen oder Pflegeeinrichtungen zu der Definition des epidemiologischen Zusammenhangs für den begründeten Verdachtsfall aufgenommen werden. <p>! Flusschema:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wäre jedes Alten-/Pflegeheim mit respiratorischen Erkrankungen Verdachtsfall, wäre das für den begründeten Verdachtsfall zu sensitiv. (Dies hängt aber auch vom Zeitpunkt ab. Wenn community transmission hoch ist, ist die Wahrscheinlichkeit nicht so gering, dass auch respiratorische Erkrankungen COVID-19 Fälle sind.) ○ Es geht aber gar nicht um alle respiratorischen Erkrankungen, sondern nur um Ausbrüche in Pflege-/Altenheimen mit schweren Erkrankungen (Pneumonien) oder einer Beteiligung von Angestellten. Der Fokus soll nicht mehr auf der Ermittlung jedes Einzelfalls liegen sondern auf einer raschen Reaktion auf Ausbrüche. ○ Prüfung klinisch-epidemiologischer Kriterien: ○ Punkt 1: bleibt; Begründeter Verdachtsfall wird ergänzt durch Häufung von Pneumonien in KH oder Pflegeeinrichtungen ○ Punkt 2: bleibt ○ Punkt 3: unspezifische Allgemeinsymptome werden gestrichen. Respiratorische Symptome + Tätigkeit in KH oder Pflege oder Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe oder im Einzelfall ohne bekannte Risikofaktoren nur bei hinreichender Testkapazität, bleibt. ○ Was ist mit Einzelfällen, die nicht den Kriterien entsprechen? Sollen sie weiter in Abhängigkeit von der Testkapazität getestet werden? Diesen Punkt ganz zu streichen, würde eine Abkehr der Erkennung von Covid19-Fällen in einem frühen Stadium in der Bevölkerung bedeuten. Deshalb soll bei genügender Testkapazität, auch getestet werden. Ob Testkapazität vorhanden ist, kann der niedergelassene Arzt mit seinem Labor klären. 	<p>IBBS</p>
--	--	-------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aufenthalt in Regionen mit Covid-19-Fällen wird gestrichen. ○ 2. Seite: Benutzung von mind. FFP2-Masken ist mit KBV und Minister abgestimmt, so freigegeben und wird nicht geändert. ○ Das Bild auf Seite 1 bei Hygiene kann geändert werden. ○ Meldung des Verdachts ist noch nötig, ist im Moment noch gesetzlich geregelt. <p><i>ToDo: Falldefinition und Flusschema sollen morgen in der AGI beraten werden.</i></p> <p>! Kontaktpersonennachverfolgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ist fertig: Änderungen: Flugreisen werden rausgenommen, Ziel ist Unterbrechung von Kontaktketten; Nennung von Allgemeinen Prinzipien, Kontaktpersonen Kat. 1 haben Priorität, Priorität haben außerdem vulnerable Gruppen und med. Personal. ○ Kategorie 1: müssen täglich Gesundheitsamt über Gesundheitszustand und Quarantäne informieren, ist Bringschuld der Kontaktpersonen. ○ Kategorie 3: Med. Personal wird nur in Kat. 1 oder 3 eingeteilt, je nachdem ob Kontakt mit Aerosolen bestand. Bestand kein Kontakt mit Aerosolen werden sie in Kat. 3 eingeteilt. ○ Entschlackung bei Kat. 2, Fokus stark auf Kat. 1 ○ Wichtig für Auftrag von KBV Aerosolbildung aufnehmen, für bessere Differenzierung von Risiken, Papier zum Vorgehen bei Personalmangel beachten. <p><i>ToDo: Papier ist so verabschiedet und soll schnell online gestellt werden.</i></p> <p>! Flusschema zur KoNa</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 3 Varianten: ○ Für nicht med. Personal: Einteilung in Kat. 1 und 2 ○ Med. Personal bei regulärer Personalverfügbarkeit: Einteilung in Kat. 1 und Kat. 3 ○ Bei relevantem Personalmangel: Einteilung in Kat. 1 und 3; Kat. 1 ist weiter unterteilt in 1a mit hohem Expositionsrisiko und 1b mit geringem Expositionsrisiko, Aerosol soll eingefügt werden. 	
<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Die Erfassung wie viele Tests durchgeführt werden, soll</p>	

	hauptsächlich über ARS laufen, jedoch sind nur kleiner Teil der abgefragten Labore bei ARS, außerdem gibt es die VOXCO-Abfrage	
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Zur Projektion was in Zukunft benötigt werden wird, gibt es das neue Tool für die benötigte Anzahl Intensivbetten. Das wurde gestern in der AGI bereits angesprochen; es gibt Interesse aus den Ländern aber auch den Wunsch, die Ausgangsdaten selbst eintragen können.</p> <p>! Es muss noch geklärt werden, was an Daten hinterlegt ist; das Tool ist für die Landesebene gedacht, nicht für institutionelle Ebene (einzelne KH).</p> <p><i>ToDo: Zugang zum Planungstool begrenzen und den Ländern zugänglich machen</i></p>	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
10	<p>Surveillance</p> <p>! Erste Kits für GrippeWeb+ wurden verschickt.</p>	
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
12	<p>Internationales</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
13	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
14	<p>Nächstes Treffen</p> <p>! Nächste Sitzung: Donnerstag, 19.03.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	19.03.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende: (diverse Teilnehmende konnten sich aus technischen Gründen nicht einwählen)

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - *Osamah Hamouda*
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - *Tim Eckmanns*
- ! IBBS
 - *Christian Herzog*
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
 - Susanne Glasmacher
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! INIG
 - Sarah Esquevin
 - *Andreas Jansen*

- ! BZGA : Frau Thaiss
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fälle, Schwere, Risikofaktoren <ul style="list-style-type: none"> o Weltweit 196.109 (+14.679), davon 7.893 (4,0%) Todesfälle (+777) o China (inkl. HK, Macau) 81.058, davon 3.230 (4,0%) Todesfälle o Europa (einschl. Deutschland) 76.325, davon 3.380 (4,4%) Todesfälle ! Trendanalyse (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> o Frankreich: Trend weitgehend gleich, vor allem Osten betroffen, wo es starken Pendelverkehr aus/nach Deutschland gibt, in anderen betroffenen Gebieten gibt es keine direkte Grenze; Grenzen nach Deutschland sind bis auf Pendler- und Güterverkehr geschlossen, Frankreich hat seit 17.03. Ausgangssperre, Bewegung sehr reduziert <ul style="list-style-type: none"> o Schweiz: weiterhin Fallanstieg, Hotspot Tessin, Grenzen zu Nachbarländern sind geschlossen, Inzidenz mit 35/100,000 eine der höchsten auf Landesebene, Einschränkungen aber noch keine Ausgangssperre, Notstand in Tessin seit 11.03. o Ägypten: jeden Tag ein paar mehr Fälle, Fälle vor allem ägyptische Staatsangehörige, zwei Kreuzfahrtschiff-Cluster, viele exportierte Fälle o Schweden: vor allem importierte Fälle, Trend abnehmend (wie n anderen skandinavischen Ländern) o Südafrika: enger Kontakt zu ZIG wegen Bitte um Unterstützung, bis gestern 2.405 Testungen, 64 davon positiv, hohe Anzahl importierter Fälle (auch aus Europa), Beobachtung von Infektionsketten; starkes privates Gesundheitssystem, Erwägung diese private Institutionen dem öffentlichen Dienst zu verpflichten o Katar: keine Informationen, soweit Fokus primär auf Länder mit starkem Anstieg o Norwegen: Fallzahl rückläufig, Inzidenz war hoch, genaue Maßnahmen noch nicht bekannt <p><i>ToDo: INIG informiert sich über Maßnahmen in Skandinavien, um mögliche dort etablierte zusätzliche Ansätze, die erfolgsversprechend sind, zu identifizieren</i></p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fälle, Inzidenzen, Epikurven (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> o SurvNet übermittelt: 10.999 (+2.801), davon 	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	<p>20 (0,2%) Todesfälle (+8)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Höchste Inzidenz in HH mit 23,46/100.000, dort sehr viele Reiserückkehrer (und nicht primär community transmission), Testkapazitäten wurden ausgebaut, gestern starker Widerspruch dagegen, sie als besonders betroffene Gebiete auszuweisen ○ Inzidenztrend steigend, am höchsten LK Hohenlohekreis, LK Heinsberg, LK Tirschenreuth (an tschechischer Grenze, Zusammenhang mit Starkbierfest), SK Münster, LZ Alzey-Worms, LK Mayen-Koblenz, LK Borken, LK Rottal-Inn ○ Teilweise (z.B. Aachen) keine Differenzierung des Expositionsortes in übermittelten Daten ○ Entwicklung Altersverteilung der Fälle in den Bundesländern, kein klarer (nationaler) Trend <p>! Testkapazitäten sind vielerorts erschöpft, Drang in Richtung klinischer Falldefinitionen</p> <p>! Bundesländer Trendanalyse soll auch in Lagebericht aufgenommen werden</p> <p>Surveillance-Ergebnisse (ab Folie 15 hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! AGI Syndromische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ○ Positivenrate primär Influenza, sowie einige andere respiratorische Viren ○ Aus diesen Daten ist (noch) keine Korrelation zwischen COVID-19 und ARE zu erkennen, COVID-19 Positivenrate ist aktuell zu niedrig, Daten der syndromischen Surveillance müssen im Zusammenhang mit NRZ-Daten der virologischen interpretiert werden ! AGI Virologische Surveillance: 3 positive Befunde in Sentinel, 1 in einem Berliner Krankenhaus <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt noch keinen epidemiologisch bewertbaren repräsentativen Überblick, dies kommt wenn virologische und syndromische Daten sich kombiniert analysieren lassen ! ICOSARI: neueste Fälle sind noch nicht in Berichterstattung enthalten, die Fälle sind darin nach Diagnose aufgeschlüsselt, System wurde erweitert, ab heute gibt es auch Daten von im Krankenhaus liegenden, intensivpflichtigen und zu beatmen-den Patienten (inkl. Beatmungsdauer, Vorerkrankungen) ! EURO Momo: System möglicherweise nicht sensitiv genug und größerer Meldeverzug sind zu berücksichtigen, deswegen ist hier wahrscheinlich noch nichts sichtbar; ICD 10 Codes werden evaluiert, zeitnah werden mehr Informationen hierzu erwartet <p>Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Risikogebiete und „besonders betroffene Gebiete“ werden voraussichtlich morgen abgeschafft, wird heute sprachlich vorbereitet, Falldefinitionen und andere Dokumente/ Empfehlungen müssen diesbezüglich angepasst 	<p>FG32/alle</p> <p>VPräs/alle</p>
--	--	------------------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>werden, Änderung wird in der RKI-PK morgen und über Webseite kommuniziert</p> <p>! Grob: dadurch, dass immer mehr Staaten innerhalb Europas und Deutschland betroffen sind, wird der Fokus verändert, nun ist Fallfindung Priorität</p> <p>! Weiterer Aspekt: Fallzahlen in Europa und weltweit nehmen zu, besser proaktives als reaktives Vorgehen, mit Augenmerk auf notwendigen Maßnahmen (Kapitel 4 Pandemieplan), Beobachtung und ggf. Anpassung/Erweiterung</p> <p>! Fallzahlen, Karte, und Trend in LK werden in Lagebericht aufgenommen, Dashboard folgt auch noch, Information wird also verfügbar, aber Benennung ist nicht mehr zielführend (und stellt keine Unterstützung mehr da)</p> <p><i>ToDo: FG32 bereitet bereits Formulierung vor</i></p> <p>Lagebericht</p> <p>! Lagebericht wird nun täglich früher verschickt, Fokus auf nationalen Zahlen und der Situation in Deutschland, internationale Zahlen ggf. auch anders erreichbar, für externe Partner sind Informationen zu deutscher Lage wichtig</p> <p>! Generell ist es wichtig, dass auch strategische Erwägungen in der externen Kommunikation bedacht werden, Beispiel Antwort auf Holtherm Anfrage zu unterschiedlichen Zahlen: Rückmeldung war, dass Meldeverzug primär durch Diagnose bedingt ist, es wäre wichtig, Meldeverzug auch durch unterschiedliche Software zu begründen, um Einführung einheitlicher Software voran zu treiben, auch wenn diese innerhalb der Krise nicht umgestellt werden kann</p> <p>! Mit dem DIVI-Tool soll gelenkt werden, auch Steuerung ambulanter Praxen ist erwünscht, um diese eventuell als COVID-Praxen zu definieren, dafür wird Information auf LK-Ebene benötigt; hoffentlich auch bald Informationen vom Dashboard</p>	FG32/Präs/ alle
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Preprint berichtet von ACE-2-Rezeptor ISG (interferon stimuliertes Gen), ggf. reguliert Virus eigenen Rezeptor hoch, diese Hypothese könnte im Labor getestet werden</p> <p>! Studie über Tenazität in NEJM Letter: bestätigt Ergebnisse des früheren SARS Virus</p>	FG17
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Anpassungsbedarf</p>	VPräs

4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! In gemeinsamer Lage TK wurden Materialien angekündigt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vertonung einzelner Dokumente ○ Finalisierung von Verhaltensempfehlungen für Pflegepersonal und Patient/Innen in Krankenhäusern, und für Arbeitgeber und -nehmerInnen ○ In Vorbereitung: „Quarantäneblatt“ ○ „Soziales Miteinander“ für alle Audiokanäle in Vorbereitung, , ○ In Pipeline: Aufkleber für öffentlichen Raum für noch geöffnete Geschäfte, Erinnerung an Verhaltensweisen <p>! BBK hat bereits Dokumente zu Quarantäne, ggf. besteht noch Anpassungsbedarf an COVID-19, Absprache mit BZgA</p> <p>! Bevölkerungsdurchdringung mit zentralen Botschaften: Bei europäischen Nachbarn wurden >90% der Botschaften verinnerlicht, dies ist auf Deutschland übertragbar, aber es gibt sehr große regionale Unterschiede, auch abhängig von medialer Verbreitung, und hohe Bevölkerungsheterogenität, Großteil der Bevölkerung akzeptiert und setzt um, Randgruppen sind sehr resistent</p> <p>ChatBot</p> <p>! Entscheidung hierzu steht noch aus, Minister erwartet heute bis 15 Uhr Entscheidung, ob RKI unterstützt und ob Expertise von Abt 3 einfließt</p> <p>! Viel Zeit und Personalkapazität wurde bereits investiert</p> <p>! Es gibt Angebote von anderen Anbietern, die ggf. nicht gleiche Qualität bieten können, Präs erachtet Potential als sehr hoch, und mögliche Alternativen schlechterer Qualität als gefährlich</p> <p>! BZgA hat keine vertragliche Grundlage, Cut zwischen sachlich-fachlicher Information und Arzt-Entscheidung muss klar sein</p> <p>! Erwerbliches/finanzielles Interesse ist deutlich erkennbar und birgt Risiko, dass Seriosität unterminiert wird, wichtig, dass erwerbliches Interesse nicht im Vordergrund ist</p> <p>Präs</p> <p>! Über BKAmT wird Präs Interviews mit 3 Influenzern führen, um den Ernst der Situation an diese Zielgruppe heranzutragen</p> <p>Presse</p> <p>! Nichts neues zu berichten</p> <p>! Ein Dankeschön an die zahlreiche RKI-interne Unterstützung zu Fachanfragen per E-Mail</p>	<p>BZgA</p> <p>Präs/BZgA</p> <p>Präs</p> <p>Presse</p>
---	---	--

<p>5</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>! Sprachregelung „keine Risikogebiete mehr“, s.o. Lage National</p> <p>! Wie kann Strategie noch erweitert werden, zwei Ansätze:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Selbstisolierung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stärker propagieren: wenn nicht gesund, besser nach Hause, ab wann muss man zum Arzt ▪ Frage auch von AGI (BW), mild erkrankte ggf. nicht zu Hause sondern woanders unterbringen ○ Maskenbenutzung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn es mehr infizierte gibt laufen auch mehr Ausscheider rum, Thema wird relevanter und muss erneut bedacht werden ▪ Spätestens wenn Masken wieder besser verfügbar sind, sollte das Tragen stärker propagiert werden ▪ Frage kommt ebenfalls von AGI, Masken für vulnerable Gruppen ▪ Deutlich sichtbarer Unterschied zwischen asiatischen betroffenen Ländern (z.B. Taiwan, China, Süd-Korea, Singapur) und Europa ist, dass Leute dort vermehrt Masken getragen werden ▪ Einfache Tröpfchen-Übertragung könnte wenn verhindert wichtigen zusätzlichen Impact haben, RKI sollte eine Haltung hierzu zu entwickeln ▪ Abstandsgebot und Fremdschutz-Strategie stehen im Vordergrund, es sollten keine zusätzlichen Engpässe kreiert werden ▪ Textile Masken sind auch mögliche Alternative, abhängig von Rückhaltevermögen von Textilien für Tröpfchen, Textilhersteller machen Angebote in dieser Richtung, abgestuftes Vorgehen als weitere Maßnahme unter bestimmten Bedingungen, online-Anleitungen zur Herstellung existieren (e.g. Trigema) ▪ RKI hat von Anfang an gesagt, dass Masken zum Fremdschutz sinnvoll sein können, es sollte keine Empfehlung für die Gesamtbevölkerung werden ▪ Kommunikation sehr wichtig, um falschem Sicherheitsgefühl und Vernachlässigung anderer Maßnahmen vorzubeugen ▪ Problem CE-Kennzeichnung: Masken können ggf. aufgrund mangelnder CE-Kennzeichnung nicht in Verkehr gebracht werden, BAUA bzw. BfArM verantwortlich für Zertifizierung, BMG 	<p>VPräs/FG14/ FG36/alle</p>

	<p>sollte Regelung auflockern damit diese unter den aktuellen Umständen keine Hürde darstellt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erste Lieferung von PSA ist eingetroffen <p><i>ToDo: FG14 soll Konzeptvorschlag zu Maskenverwendung mit Ziel Fremdschutz vorbereiten, später auch Abstimmung mit BZgA, und bezüglich regulatorischer Hürden entsprechende Behörden involvieren</i></p> <p><i>ToDo: IBBS soll Konzept für Selbstisolierung erstellen/erweitern aus Perspektive des Patienten, ich bin krank, fühle mich schlecht, was muss ich tun, Selbstisolation mit hineinbringen; einbinden in RKI-Konzept</i></p>	
6	<p>Dokumente</p> <p>Zielgruppenspezifische Empfehlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Sollen weitere Dokumente für bestimmte Zielgruppen erstellt werden (Zahnärzte, Physiotherapeuten, Psychiater, Zahnärzte)? ! Es gibt bereits eine Flut von RKI-Dokumenten, die gepflegt und aktualisiert werden müssen, die zentralen Hygiene-empfehlungen sollten von den jeweiligen Fachgruppe/-verbänden übersetzt bzw. angepasst werden ! Zahnärzte: sehr naher Patienten-Kontakt, Bundeszahnärzte-kammer hat Problematik und Verantwortung angenommen und Empfehlungen gegeben, sind optimistisch, dass Schutz mit Anamnese und Basishygiene genügend gesichert ist, symptomatische Patienten sollen nur mit FFP2 Maske behandelt werden, elektive zahnärztliche Eingriffe sollen verzögert werden, usw. ! RKI muss auf Verantwortung der Fachgruppen verweisen <p>Info Präs</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wenn RKI schöne Visualisierungen benötigt, steht kostenlose unproblematisch Hilfe zur Verfügung, sollte im Hinterkopf behalten werden ! Neuer Präs der Leopoldina gab Kompliment zu RKI-Unterlagen, auch aus anderen Ländern kommt Lob, da jedoch alles nur auf Deutsch ist, hat ein Leopoldina-Team RKI-Dokumente übersetzt, werden auf Leopoldina-Webseite mit Verlinkung zu RKI-Webseite eingestellt 	<p>FG32/AL1/al le</p> <p>Präs</p>
7	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! AGI Sentinel-Ergebnisse bereits oben erwähnt (Lage National) ! 1 AGI Probe hatte zusätzlich schwaches Influenza Signal, Ko-Infektion demnach auch möglich ! Grippeweb Plus Studie ist gestartet, Päckchen wurden an Teilnehmende versandt und erste Rückläufe werden bald erwartet, dies sollte auch nach außen kommuniziert werden ! Es gibt Lieferschwierigkeiten bei Diagnostik-Material, Roche wurde wiederholt genannt 	<p>FG17</p> <p>VPräs</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Nachtrag: BE hat Testungs-Engpass, ZBS1 (auch Landeslabor) testet jetzt auch für Berlin und übernimmt Proben der GA, auch andere Wissenschaftseinrichtungen können ggf. mit einbezogen werden und unterstützen, dies ggf. bei AGI einspeisen, damit auch diese mit wissenschaftlichen Einrichtungen Kontakt aufnehmen und diese ggf. als Ressourcen nutzen können</p> <p><i>ToDo: FG36 externe Kommunikation, dass Grippeweb Plus gestartet ist</i></p>	
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Flussschema und neue Falldefinitionen werden heute in AGI besprochen</p>	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Selbstisolierung oben unter Strategie: Entwicklung eines Algorithmus, den IBBS erstellt und der dann diskutiert wird</p> <p>! Zahl der genesenen Fälle, Aufgabe bis heute DS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In Allgemeinbevölkerung besteht große Angst vor Mortalität, wichtig darzustellen, dass die meisten Fälle überleben, selbst wenn Daten unscharf sind, um Verzweiflung vorzubeugen ○ Modellierung der geschätzten Anzahl von genesenen anhand von Daten in der Literatur und Fallzahlen, Schwere und Genesungsperioden ! Schweregrad und Zeitfristen müssen klar definiert werden ○ Zeitfaktor ist kein Problem bei ambulanten Patienten, für diese ist Berechnung relativ einfach, dies ist bei aktueller Datenlage für hospitalisierte nicht möglich ○ SurvNet-Daten zu Outcome/ Schwere werden nicht übermittelt und kurzfristig nicht umsetzbar, Hospitalisierung wird unterschätzt (DIVI suggeriert mehr als verzeichnet), weswegen Daten aus SurvNet nicht schlüssig sind ○ GA weiter ermutigen, Daten gut ein- und nachzutragen, auch ÄrztInnen ermutigen detailliertere Daten (Hospitalisierung, Intensivstation, Beatmung) an GA zu schicken ○ Bericht WHO-Mission China: dort wurden für leichte Verläufe/milde Verläufe zwei Wochen berechnet um genesene Fälle zu kalkulieren, bei kritischen Verläufen plus 3-6 Wochen bevor sie automatisiert als genesen betrachtet wurden ○ Johns Hopkins berichtet genesenen Zahlen, die wohl auf Crawler-Daten beruhen (Zusammentragung 	<p>VPräs</p> <p>FG32/Präs/ alle</p>

	<p>diverser unbestätigter Daten)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Messbare Aktivität in ICOSARI wird bald Angaben liefern, die zur Korrektur der Modellierung genutzt werden können um sie der Realität anzunähern ○ DIVI läuft erst seit 2 Tagen, zu früh um diese Zahlen einzuspeisen, betrifft primär Auslastung der Stationen ○ Entscheidung: Mindestangabe basierend auf Literatur, Zeitfristen und Zahlen, Rundung und Erklärung der ungefähren Angabe ist akzeptabel, „durch mangelnde Nacherfassung liegen Zahlen nicht vor, Abschätzung aufgrund von ...“ 	
10	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! S. oben unter Lage National ! IfSG Änderungen im Gespräch: §5 der dem Bund Kompetenzen einräumt, Zugriff der Ärzte, §56 Erstattung, Vorsicht: Umsetzung vor Ort im Auge halten, sowie Sinnhaftigkeit der Änderungen insbesondere wenn/wo Verhältnisse vor Ort nicht bekannt sind, Herr Wieler spricht noch einmal mit Herrn Mehlitz hierüber ! Dokumente werden wie oben besprochen geändert und angepasst ! Heute AGI TK: Abstimmung Flussdiagramm und Falldefinitionen, Abfrage zu Testkapazitäten und Priorisierung von Testungen 	FG32
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Flugpassagiernachverfolgungen ab heute eingestellt 	FG32
12	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
13	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
14	<p>Nächstes Treffen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Alle beteiligten sollten ihre Punkte für die Agenda einbringen, diese wird unter dem jeweiligen Datum in diesem Ordner vorbereitet (hier: ..\2020-01-14 Lage AG), entweder direkt selber eintragen oder E-Mail an das LZ (nCoV-Lage@rki.de) ! Nächste Sitzung: Freitag, 20.03.2020, 13:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	20.03.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - Sebastian Haller
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel

- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! INIG
 - Basel Karo
 - Andreas Jansen
- ! BZGA : Frau Thaiss
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Iran</u>: Bericht von Andreas Jansen/WHO Einsatz <ul style="list-style-type: none"> ▪ 18.407 Fälle (+1.046), davon 1.284 (7,0%) Todesfälle (+149) ▪ Nur schwere Fälle werden gemeldet, bei milden Fällen beginnt jetzt erst Testung, von Faktor 10 ist bei der berichteten Fallzahl auszugehen, exponentieller Anstieg jetzt etwas abgeflacht, die meisten Fälle sind noch nicht erfasst ▪ Infektionsgeschehen primär im Norden, Teheran und Ghom, im Süden weniger Fälle (auch deutlicher Temperaturunterschied) ▪ Modellierungen (s. Folie 2) ausgehend von Anteil der Bevölkerung (%), der aus dem Infektionsgeschehen entfernt wird, und verschiedener Isolierungs-Arten, z.B. <ul style="list-style-type: none"> - Wenn 10% entfernt, Mitte Mai, 2,5 Mio. Fälle - Bei 40% (Optimum), Mitte Mai ca. 800.000 Fälle (unterste Kurve) - Realität zwischen 25-32% ▪ Umfangreiche Maßnahmen umgesetzt, Land hat gutes Primary Healthcare System (PHC), Einrichtung von spezialisierten COVID-Krankenhäusern, 8 davon in Teheran (Auslastung von 80%), Laborkapazitäten von 200 auf 5000 Tests/Tag hochgefahren ▪ Mobile Kliniken und „recreation homes“ (Kohortenisolation), um Fälle vorzeitig 48h nach Fieberende ohne weitere Tests (Kapazitätsproblem) aus Krankenhäusern zu entlassen, dient der Entlastung und hat gut funktioniert, kaum Leute kamen von dort zurück ins Krankenhaus ▪ Ausgeweitete social distancing Strategie, Freitagsgebet-Verbot, usw. ▪ Umfangreiche Risikokommunikation, konstante COVID Thematisierung mit Empfehlungen, viel Mobilisierung ▪ Einsatz künstlicher Intelligenz: Screening App etabliert, Personen geben Symptome, Ort und Vorerkrankungen an, Algorithmus berechnet 	ZIG1

	<p>Wahrscheinlichkeit von COVID, so werden 4 Mio. Menschen erreicht, stellt eine Vorsortierung dar, anscheinend wenig Leute die von App als „negativ“ klassifiziert waren wurden positiv getestet Tracking-System: GPS, Bluetooth, QR Codes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viele Fälle wurden aus anderen Ländern importiert, aktuell keine Importe, aber es werden ggf. weiterhin Fälle exportiert wenn Epidemie nicht besser in Griff bekommen wird ▪ Seit letzter Woche wieder Direktflüge aus Teheran nach Frankfurt und Hamburg <p>! An deutschen Flughäfen: Aussteigerkarten und Meldepflicht, spezielle Vigilanz bei Reisenden aus Risikogebieten; gibt es ein Landeverbot bzw. wird dies kohärent umgesetzt, eigentlich sind jetzt EU-Grenzen vor allem für nicht EU-Staatsbürger geschlossen, Frau Singer (INIG) ist gestern mit Qatar Air aus Manila eingereist</p> <p><i>ToDo: LZ (zsm. mit FG32?) soll klären, wie Linienflügen aus (noch) Risikogebieten an den Flughäfen gehandhabt wird</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Katar</u>: 460 Fälle, kein Todesfall, Epikurve rücklaufend, Verdachtsfälle und Kontakte für 14 Tage in „guest houses“ in Quarantäne, ab 14.03. Einreise nur noch für Staatsangehörige, die dann 14 Tage in Quarantäne kommen ○ <u>Norwegen</u>: >800 Fälle im Ausland und >600 im Inland infiziert, Grenze geschlossen, diverse Maßnahmen u.a. seit 14.03. Hausquarantäne (rückwirkend bis 27.02.) für alle die aus dem Ausland kommen (Ausnahme: Schweden, Finnland) <p>! Risikogebiete: entfallen ab nächstem Montag auf Wunsch des BMG, sollten wir angesichts der Abschaffung 14 Tage Quarantäne nach Einreise nach Deutschland empfehlen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Norwegens Entscheidung wurde stark kritisiert und wird nicht von allen getragen ○ Pro <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risikogebiete werden abgeschafft weil klare Differenzierung der Hochrisikogebiete nicht mehr möglich ist ▪ Erfassungssysteme der Ländern sind sehr verschieden, wir wissen zunehmend weniger, welche wirklich die Situation ist ▪ Wenn Maßnahmen intern verstärkt werden, können sie auch extern verschärft werden, RKI wird Maßnahmen rechtfertigen müssen, z.B. auch Wegfallenlassen der Risikogebiete ▪ Freiwillige Absonderung von Einreisenden möglicherweise sinnvoll ▪ Wir eskalieren aufgrund von Modellierungen hoch, müssen zunehmend Kompromisse machen, 	<p>VPräs/alle</p>
--	---	-------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>es existieren Reisewarnungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Contra <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutschland ist Hochinzidenzland ▪ Risiko ist nicht in allen Ländern gleich hoch, Maßnahme wäre ggf. irritierend und irreführend ▪ Nicht jede Person, die aus dem Ausland kommt, kommt aus Gebiet mit Infektionsrisiko/möglicher Exposition, bei Einreise aus Ländern mit geringer Inzidenz ist 2-wöchige Quarantäne nicht angemessen, Einreisende haben möglicherweise hier höheres Risiko hier in Deutschland ▪ Mögliche internationale Folgen bei solcherart Maßnahmen ○ Weitere zu bedenkende Punkte <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berufspendler-Problematik ▪ Überlastung GA, aber Quarantäne sollte freiwillig sein, ohne Anordnung/Kontrolle, Testungen in Deutschland sind recht sensitiv, bei anderen Ländern ist dies deutlich anders ▪ Nur für Rückkehrer aus außereuropäischem Ausland ○ Abstimmung Krisenstab dagegen (9 gegen 2) ○ Vorschlag ans BMG einer Empfehlung zur freiwilligen Quarantäne für außereuropäisch Einreisende, ggf. jetzt vor möglicher Ausgangssperre <p><i>ToDo: Frage an BMG zu freiwilliger häuslicher Quarantäne nach Einreise aus dem außereuropäischen Ausland (wer?)</i></p> <p>! Durch baldiges Wegfallen der Risikogebiete hat sich geändert, was von ZIG gebraucht wird, jetzt Fokus auf Maßnahmen</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 13.957 (+2.958), davon 31 (0,2%) Todesfälle (+11) ○ Exponentieller Inzidenz-Anstieg immer deutlicher ○ Inzidenzen Bundesländer: alle > 5/100.000 Einwohner, BW (25) hat HH (32/100.000 Einw.) noch nicht eingeholt ○ Geografische Verteilung (s. Folien): Karten mit kumulativen Inzidenzen (auch in Lagebericht) und Tagesinzidenzen (3-, 5-Tage, und 7-Tage) ○ LK Hohenlohekreis höchste Tages-Inzidenzen gefolgt von Heinsberg, Tirschenreuth ○ Expositionsorte <ul style="list-style-type: none"> ▪ National: oben Heinsberg gefolgt von Aachen 	<p>ZIG</p> <p>FG32</p>
--	---	------------------------

	<p>(hier Übermittlung von Expositionsort nicht differenziert),</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ International: fast 3.000 Fälle aus Österreich gefolgt von Italien, daher Resistenz gegen Aufhebung Risikogebiete <ul style="list-style-type: none"> ○ Indikatoren zur Definition besonders betroffener Gebiete (Folie 11): Heinsberg, Hohenlohekreis (kaum Exporte), Tirschenreuth, Freiburg auf Rang 7 (Inzidenz), dort und in ganz Bayern Ausgangssperre <p>! Sehr viele Cluster werden über internationale Kommunikation nachverfolgt, Flugbezogene Nachverfolgung jetzt eingestellt, aktuelle AA-Rückholaktionen, Kreuzfahrtschiff und abgehaltene Kongresse sorgen für viel Arbeit</p> <p>! Amtshilfersuchen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sehr viele, RKI kommt nicht hinterher, Nürnberg, Berlin, NRW, Tirschenreuth, Saarland (nosokomialer Ausbruch), Konsultation von der Ferne aus durchgeführt, aber wenig Kapazitäten zu weiterer Unterstützung ○ Priorisierung derer, bei denen Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen betroffen sind <p>Meldedaten/Now-Casting</p> <p>! Es ist (noch) unklar, wann Maßnahmen in Fallzahlen sichtbar werden, und wie lang der Beobachtungszeitraum sein soll</p> <p>! Druck vom Minister zugunsten pragmatischer Lösungen steigt, z.B. Wunsch die Zahlen von Johns Hopkins zu verwenden</p> <p>! Im deutschen infektionsepidemiologischen Meldewesen werden valide und zuverlässige Daten sowie die relevanten Informationen erhoben, diese sind schnell verfügbar und werden frühzeitige Abbildung der Maßnahmen erlauben; wir müssen (mehr) in das Meldewesen und dessen Methoden investieren</p> <p>! Daten, von denen wir nicht wissen, woher sie kommen und wie sie erhoben werden sind nicht sinnvoll und nicht interpretierbar</p> <p>! Möglichkeit des Now-Casting auf Basis der Meldezahlen: wie viele Fälle haben wir wirklich?</p> <p>! Bericht aus Italien zeigt mit Now-Casting eine Verlangsamung der Entwicklung, ggf. sind Verringerungen so gut/früh sichtbar</p> <p><i>ToDo: Matthias an der Heiden soll federführend Now-Casting vornehmen mit Unterstützung von Udo Buchholz</i></p> <p>BZgA</p> <p>! Zahl der wahrscheinlich genesenen Fälle könnte Akzeptanz der Maßnahmen erhöhen (Erfolg/Hoffnung)</p> <p>! Genesung ist nicht meldepflichtig, GA könnte dies mit genügend Ressourcen sofort übermitteln, wenn genug Ressourcen wäre es sofort verfügbar</p> <p>! Gestrige Schätzung basierend auf groben Zahlen weist jetzt ca. 1000 genesene Fälle auf (wenn keine Hospitalisierung bzw. Pneumonie)</p>	<p>Alle</p>
--	--	-------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Systematik zur Abschätzung der genesenen soll etabliert und modelliert werden</p> <p><i>ToDo: Matthias an der Heiden soll auch Modellierung zur Anzahl der genesenen durchführen</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Blutgruppe A: höheres Risiko schwer zu erkranken?</p> <p>! Publikation weist nichts handfestes und nur einen Trend vor</p> <p>! Wie könnte dies in Studien mit aufgenommen werden?</p> <p>! FG37 Unterfangen mit Charité ist ein Surveillancesystem für kontinuierliche Datenerfassung, hier können Blutgruppen nicht mit untergebracht werden</p> <p>! Es ist ein Ansatz mit Vergleichsgruppe notwendig, z.B. Ausbrüche mit erkrankten und nichterkrankten, dies könnte mit Bayern, IBBS, STAKOB besprochen werden, allerdings müsste auch Blutgruppe nicht-erkrankter erfasst werden</p>	FG17/alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Anpassungsbedarf</p>	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Heute in endlosschleifen Empfehlungen für ArbeitgeberInnen und -nehmerInnen, gepaart mit generellen Hygieneregeln</p> <p>! Blatt zu Quarantäne in Pipeline, auch hinsichtlich potentieller Ausgangssperre relevant</p> <p>! Neue strategische Aufstellung inklusive Audiokanäle</p> <p>Nationale Kampagne: soziale Distanzierung</p> <p>! Papier zu Kampagne zu sozialer Distanzierung in Arbeit um Sichtbarkeit zu erhöhen, Vorschlag ging an RKI-Krisenstab, Tim Eckmanns schickt es auch an BZgA Leitung</p> <p>! Auch seitens BZgA Bereitschaft zu bundesweiter Plakatierung, dies ist (zsm. mit einer Agentur) in Vorbereitung, inkl. Kanäle für spezielle Zielgruppen, ggf. elektronische Tafeln, soziale Medien für junge Zielgruppen, Überlegung was ankommt, wenn Leute zu Hause sind, z.B. Wurfsendungen und andere Möglichkeiten, was kann öffentlich-rechtlichen Medien zugespielt werden, auch Ausräumen anderer Barrieren (z.B. Drehteam = größere Gruppen im Falle einer Ausgangssperre)</p> <p>COSMO-Studie</p> <p>! Science Media Centre (Frau Betsch) erhebt Daten über Gefühlslage in der Bevölkerung, wie denken Leute über die Situation, wie informiert fühlen sie sich</p> <p>! BZgA war auch eingebunden, hatten anfangs Bedenken, da Ansatz sehr auf China fokussiert war, Botschaftenbedarfe haben</p>	<p>BZgA</p> <p>FG37</p> <p>Präs</p>

	<p>sich geändert, Studie vermittelt es sind Blitzaufnahmen und es sollte möglichst strukturiert vorgegangen werden</p> <p>RKI-Modellierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ist fertig und soll heute online gehen, Entscheidung zu übergeordneter Rubrik und Titel steht aus: Modellierung der Ausbreitung (und Schwere)? ! Präs und VPräs treffen nach der Sitzung eine Entscheidung, Originaltitel von FG36 bevorzugt, da es widerspiegelt, dass es um (verschiedene) Szenarien geht <p>FAQ Masken</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anpassung in Arbeit: FAQ werden um Tragen textiler Masken erweitert, ist als Ergänzung zu Maßnahmen der Distanzierung zu sehen ! Bitte Rückmeldung der angeschriebenen Kollegen mit Zustimmung bzw. Verbesserungsvorschlägen ! FG14 hat auch Gesamtübersicht über Äußerungen zu Fragen zu Maskenqualität, Herr Thanheiser steht in engem Austausch mit BMG und BfArM ! Zu Selbstbaumasken wird RKI nichts sagen (keine Nähgruppen bei Ausgangssperre), dazu gibt es Beiträge von Textilherstellern, BMG Koordinierung wünschenswert <p>Dashboard</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ist nach kleinen Anlaufschwierigkeiten jetzt online und läuft (Link) ! Für webmaster@rki.de wurde Autoreply Nachricht eingestellt, eingehende E-Mails werden dennoch bearbeitet 	<p>Presse</p> <p>AL1/FG14</p> <p>Presse</p>
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Exit-Strategie</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wird mit 3 Bereichen vorbereitet: soziale Akzeptanz der Maßnahmen, Risikokommunikation, klinisch-epidemiologische Zeitpunkte, auch Abt 2 und FG37 sind involviert ! Externe Abfrage hat begonnen mit Ländern in Asien die sich in der De-Eskalationsphase befinden, Fachexperten wurden auch befragt (Drosten, Rehfuss) ! Aktuell interne Besprechung, Montag Fertigstellung, Dienstag BMG-Deadline <p>Netzwerke</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gestern STAG-ICH TK, Gespräch zu Informationsbedarf/ Indikatoren in 4 Bereichen: burden of disease, Testungen, Planung von Phasen, internationale Dimension ! Auch Initiative von BMI Staatssekretär Kerber, zsm. mit Ökonomen und anderen Disziplinen (bestehender Kontakt zu Matthias an der Heiden) ! RKI ist in diesen Gruppen durch Präs vertreten, es ist wichtig, gut informiert zu bleiben und RKI Input sicherzustellen 	<p>ZIG</p> <p>Präs</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Kommunikation „ARE/Personen mit Erkältungskrankheiten sollen zu Hause bleiben“ hat begonnen, und muss verstärkt und überall mitbeachtet werden</p> <p>Andere Ressorts</p> <p>! BMI-Lagebild zu Übersicht zu Maßnahmen und Ressourcen, IBBS hat Kontakt zu BMI aufgenommen und wird nachfragen, s. auch unter 9 (Maßnahmen zum Infektionsschutz)</p> <p>! BMG-Runde zu Testkapazitäten & Maskenverfügbarkeit: aktuell laufen viele Diskussionen ins Leere weil dieses Problem nicht behoben wird, dies ist ein zentral zu lösender Aspekt und muss auch auf EU-Ebene thematisiert werden, Krankenhauspersonal kann bald nicht mehr arbeiten, BMG sollte mit Herstellern Elefantenrunde führen um Test- und Produktionskapazitäten zu sichern, Anfrage von höchster Ebene an das BMG, VPräs bereitet Zweizeiler vor und Präs schickt diesen an Holtherm und Minister</p>	<p>alle</p>
<p>6</p>	<p>Dokumente</p> <p>Flussschema und Faldefinitionen</p> <p>! Wurden gestern der AGI vorgestellt und besprochen, zunächst Zustimmung, dann Verwirrung, keine Einigkeit bei den Ländern, weniger betroffene wünschen noch Risikogebiete, andere wollen sofortige Abschaffung</p> <p>! AGI wünscht ein Papier, das mehr Guidance gibt, dies ist schwierig, da Klinik vor Ort entschieden werden muss</p> <p>! KBV möchte frühzeitig in Überlegungen einbezogen werden und ist mit RKI Ansatz einverstanden, Hinweise aus Flussdiagramm sollten jetzt an KBV weitergegeben werden, damit diese in ihrer Stellungnahme mit RKI übereinstimmen</p> <p>! AGI-Sentinel-Testungen (Durchführung läuft sowieso) werden hier nicht erwähnt um keine Verwirrung zu stiften</p> <p>! Entscheidung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nummern aus Flussschema werden gelöscht um Missverständnis einer Priorisierung der Testung vorzubeugen ○ Länderwünsche zum Teil berücksichtigt, Anpassung gewisser Formulierungen (s. E-Mail Ute 20.30.2020, 12:17) ○ AL1 informiert KBV 	<p>FG32/alle</p>
<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>! AGI Sentinel suggeriert nach wie vor keine breite Zirkulation, keine positiven Proben in den letzten zwei Tagen</p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Haben seit letzter Woche 700 Proben getestet, davon waren insgesamt 111 positiv, aus DRK Studie (Selbstabnehmer) waren es 112 Proben mit 9 positiven Ergebnissen 	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Seit gestern laufen auch Selbstabnehmerproben von der Charité, die Initialdiagnostik wird von Labor Berlin gemacht die in Verzug sind, Nachttestung nur der positiven vorgesehen ○ Tägliche Bearbeitung von Proben, läuft ganz gut ! Testevaluierung <ul style="list-style-type: none"> ○ Wünschenswert: a) tatsächliche Erfassung Dunkelziffer, b) Testungen von HCW aus Krankenversorgung ○ Serologie zur Unterstützung wäre wichtig um festzustellen, wann Infektion vorbei ist und ob Antikörper vorhanden sind ○ Frau Niebank steht mit Charité zu COVID-Studie zu Pneumonien in Kontakt, Charité kann ggf. auch Serum abgeben zur Testvalidation mit den Seren in ZBS1 ○ Studienprotokoll zu Testungen bei Blutspendediensten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird von FG37 vorbereitet, ZBS1-Einbeziehung ▪ Sammlung der Seren im Wochenrhythmus an 5 Standorten deutschlandweit ▪ Später größere Querschnittspopulation und mehr Blutspendedienste vorgesehen zur Untersuchung, in wie weit Population durchseucht ist ▪ Protokoll wird kommendes Wochenende fertiggestellt ▪ Ab Montag Sammlung von Blutproben ▪ Testvalidation mit Proben von Charité ▪ Kontakt mit EuroImmun, weitere Testvalidierung, ob er für SARS-CoV-2 spezifisch ist ○ IgM Schnelltest für Erregertest nicht geeignet, aber gut für Serologie, hierzu FG17 und ZBS1 Austausch bilateral ○ HZI Gérard Krause hat gefragt, ob mini-KIGGS-Studie mit serologischer Fragestellung möglich ist, es wird aktuell geprüft unter welchen Voraussetzungen dies möglich wäre und ob schnell ein Konzept erstellbar ist ○ Komplementäres Studiendesign wäre ideal: einerseits Blutbankdaten mit immer verschiedenen Patienten und gleichzeitig NAKO Ansatz serieller Testung der gleichen Patienten ○ Aber: NAKO Studienzentren aktuell geschlossen ! RKI Empfehlung zur Diagnostik in Landes-Veterinärlaboratorien, diese sind gerne dazu bereit, es fehlt jedoch die Erlaubnis, diese Tests durchzuführen, wurde an BMG weitergeleitet; in manchen Ländern ist dies bereits aktiviert ! Möglichkeit der Unterstützung durch Veterinärlaboratorien oder Labore anderer Forschungseinrichtungen wurde auch mit AGI besprochen und kommt in das AGI Protokoll 	VPräs/alle
8	Klinisches Management/Entlassungsmanagement	

	! Nichts besprochen	IBBS
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Ausgangssperren</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zusehends verhängt, in unterschiedlicher Art und Umsetzung ! Hinweis BMG: RKI soll nichts zu Ausgangssperren sagen ! Ist (dennoch) Positionierung des RKI bezüglich des Vorgehens in Gebieten mit Ausgangssperre notwendig? Wie muss dort mit häuslicher Quarantäne umgegangen werden, z.B. wurden in China mild erkrankte auch institutionell behandelt, muss dies für vulnerable Menschen speziell betrachtet werden, Hilfeleistung ist wichtig und vulnerable Gruppen müssen rechtzeitig Hilfe in Anspruch nehmen können und Kontaktmöglichkeit (Telefon-Unterstützung) haben ! GMLZ sollte umfangreicheres Lagebild zur Gestaltung der Ausgangssperren erstellen, hier ist ggf. der Dienstweg zu beachten, Christian Herzog ist nicht sicher, ob er dies bei GMLZ/BMI erbitten kann/soll ! BMI/Krisenstab <ul style="list-style-type: none"> o Ärztliche Versorgung muss gesichert sein o Fachaustausch und gegenseitiges Unterrichten sehr wichtig <p><i>ToDo: Information von BMG-BMI Krisenstab/BMI/GMLZ wie Ausgangssperren gestaltet sind, bei Bedarf anschließend Kontakt zu Seuchenreferenten in BL wo Probleme vorhergesehen werden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zeitnahe Änderung §5 IfSG: Kompetenzen des Bundes nicht nur hinsichtlich Reisemaßnahmen sondern auch Beschlagnahmung von Ressourcen und Personal, Ausweitung/Aushebelung der Landesrechte, sehr weitreichende Maßnahmen, die nächste Woche verabschiedet werden sollen; RKI ist hier nicht erwähnt, Bedenken, da auch Individuen-Maßnahmen möglich werden ! Exit Strategie Papier befasst sich auch mit diesen Maßnahmen, und können ggf. Evidenz liefern <p><i>ToDo: IBBS Kontakt mit BMI, bitte auch Lagebild zu diesen Maßnahmen, wo sind sie etabliert und wie sind sie gestaltet</i></p>	<p>FG32/VPräs/ IBBS/alle</p> <p>FG32</p>
10	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Grippeweb plus ist geklärt ! Jetzt richtiger Zeitpunkt um Grippeweb auszurollen, dies wird vorbereitet und 1. Teil des Textes zu Grippeweb plus als Aufruf auf COVID-Seiten formuliert, organisatorische Abläufe werden angepasst, Server kann auch größere Anzahl von Teilnehmenden verkraften, FG36 stellt sicher, dass FG31 dies mit ZV4 klärt 	FG36

<p>11</p>	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Aussteigerkarten: wird schwierig, wenn Flugzeug-KoNa wegfällt, werden dennoch wahrscheinlich zunächst beibehalten, muss nächste Woche beobachtet werden</p>	<p>FG32</p>
<p>12</p>	<p>Internationales</p> <p>! Emergency Medical Teams (EMT) Italien: es gibt beim BMI eine Anfrage aus Italien zu EMT, NFP (ZIG) wird dies aufnehmen und an EMT weiterleiten; gute Gelegenheit zur Solidarität in Europa</p>	<p>ZIG/FG32</p>
<p>13</p>	<p>Studien</p> <p>! New technologies</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Projekt ChatBot aufgrund zu großer Bedenken eingestellt, stattdessen wird Charité ChatBot durch RKI erweitert ○ Datenspende Wearables: Temperaturmessung via Smartwatch, Patrick Schmich schickt noch Informationen, ist bereits in rechtlicher Prüfung (Freihandvergabe, Letter of intent), Firma ist bereit, Kommunikation nach außen sehr wichtig und Strategie zsm. mit Frau Glasmacher in Vorbereitung ○ Corona-App über Bluetooth (ähnlich wie im Iran, s.o.), Puls-Messung, Datenübermittlung auf freiwilliger Basis, kann auf halben Meter Daten erfassen, verschlüsselte Daten können an GA gehen, Kollaboration mit Oxfordgruppe die an gleichem System arbeitet, Kanzleramt und BMG unterstützen dies, Spende einer Schweizer Firma ○ Letzter Punkt riesiges Konsortium zu App wire woanders auch in Deutschland umzusetzen, BFDI alles bereits in Progress zu Danteschutzkonformen Lösungen, sehr umfangreich, RKI beteiligt, datenspende Ausweis, Richtung Ende März, in 5 Tagen App die erprobt ist und in Einsatz gehen kann, Puls Messung und Dunkelziffer besser in den Griff kriegen ○ Herr Brockmann nutzt Telekom und Telefonica/O2 Daten <p>! Stellenausschreibung für Studenten raus und Bewerbungen kommen bereits, FG37 bereitet Sprechpunkte in Abstimmung Presse für Präs für PK vor</p> <p>! Herr Wieler klärt Zeitpunkt der Kommunikation dieser Punkte mit Minister (Risikogebiete sind bereits entschieden)</p>	<p>FG21/Präs</p>
<p>14</p>	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Versuche weiterer räumlichen Entzerrung, virtueller Übergabe</p> <p>! Schließen von Schichtplan-Lücken symptomatischen MA</p> <p>! Mehr und mehr interessierte RKI-MA, Konsistenz/Kohärenz ist bei großem Pool eine Herausforderung</p>	<p>FG32</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Bei der Telefonhotline schwierig die Qualität der Beratung hochzuhalten, Fokus verweisen auf Informationen im Internet ! AL2: großes Interesse der Unterstützung bei MA, bei manchen Kompetenzen noch nicht klar wie sie am besten eingebracht werden können, FGL machen noch Vorschläge hierzu Anfang nächster Woche 	
15	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Präs möchte gerne Montag gerne erneute Nachricht ans Haus schicken, hierzu sollen sich Ute Rexroth und Barbara Buchberger absprechen damit alle RKI-MA erneut und gleich informiert sind ! Nächste Sitzung: Montag, 23.03.2020, 13:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	23.03.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! L1
 - Helmut Fouquet
 - Joachim Mehlitz
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG

- Johanna Hanefeld
- ! INIG
 - Basel Karo
 - Andreas Jansen
- ! BZGA : Frau Thaiss

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse (Folien hier) ! Nach Rücksprache mit dem BMG werden die Risikogebiete erst ab morgen abgeschafft. Es muss zunächst noch geklärt werden, wie mit den Quarantäneregelungen für bereits aus Risikogebieten zurückgekehrte Personen umgegangen wird. In NRW haben Personen, die aus Risikogebieten zurückgekehrt sind, keinen Zutritt zu bestimmten Räumen. Heute findet noch eine TK mit Amtschefs der Staatskanzlei, um bzgl. Umgang mit Risikogebiete zu besprechen. ! Die INIG wird sich zukünftig auf 3 Bereiche fokussieren: <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Analyse der Krankheitsverläufe weltweit:</u> <ul style="list-style-type: none"> ! Weiterhin Beobachtung des Trends ! Auch wenn die Risikogebiete abgeschafft werden, kann es sein, dass dies Konzept wiederbelebt werden muss, wenn z.B. die Zahlen abflachen. 2. <u>Maßnahmenanalyse:</u> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt einzelne Länder (China und Südkorea), bei denen gesagt werden kann, dass die Epidemie unter Kontrolle ist. Iran und Estland haben ebenfalls abflachende Zahlen; müssen aber noch weiter beobachtet werden. ! Es gibt 4 Gruppen von unterschiedlichen Kurvenverläufen und es wird geschaut, in wie weit diese mit den Maßnahmen zusammen hängen. ! Die Maßnahmenanalyse fokussiert sich auf 4 Bereiche: soziale Distanzierung, Bewegungseinschränkungen, Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung sowie soziale und wirtschaftliche Maßnahmen. Jeder Bereich hat mehrere Unterpunkte. Bis Ende der Woche soll ein Kriterienkatalog erstellt werden, der auf die Länder angewandt werden kann. ! Andere Länder haben aus der Vergangenheit schon Erfahrungen gehabt (China mit SARS, Südkorea mit MERS). Dort durchgeführte Maßnahmen sind bspw. eine frühe Isolierung von Fällen, einen weit verbreitete gute Risikokommunikation (Public Shaming) sowie die Trennung der Gesundheitseinrichtungen (Krankenhaus für COVID-19 Patienten) und eine staatliche Quarantäne (nicht zuhause) für milde 	ZIG1

	<p>Fälle. Es gibt Strafen für die Nichteinhaltung.</p> <p>3. <u>Bestimmungen von Key Performance Indikatoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt Indikatoren wie z.B. die Fallzahlen oder die Anzahl von Todesfällen, die genutzt werden können, um von einem Erfolg zu sprechen. Weitere Indikatoren sind die Testkapazität (z.B. Anzahl positive Tests zu Anzahl Tests insgesamt) sowie die Auslastung der Intensivstationen. Laut WHO sollten max. 8 Indikatoren benannt werden. Weitere Ideen gerne per E-Mail an die INIG senden. ! Testkapazitäten: In Korea sind ca. 3% der durchgeführten Tests positiv, was für eine große Ausweitung der Tests spricht. In den USA sind ca. 35% der durchgeführten Tests positiv, was darauf deutet, dass der Test noch sehr ausgewählt durchgeführt wird. ! Zusätzlich zu dem Laborbefund sollten möglichst auch noch klinische Verläufe mit berücksichtigt werden. Allgemein sollte die Teststrategie (z.B. auch Tests mit/ohne Bezug zu einem Risikogebiet) berücksichtigt werden. <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ! Es wird viel von den Gesundheitsämtern nachgetragen (z.B. Erkrankungsbeginn) ! Die höchste Inzidenz gibt es in Hamburg (51/100.000 Ew); die niedrigste in Sachsen-Anhalt (10/100.000 Ew). Hier gibt es aber auch nur 212 Fälle. ! Sowohl bei der 3- als auch bei der 5-Tage Inzidenz sind Heinsberg, Tirschenreuth, Hohenlohekreis, aber auch der SK München auffällig. ! Es gibt zunehmend mehr Exposition im Inland als im Ausland. Dies wird durch die Reisbeschränkungen ins Ausland steigen. ! Basierend auf den klinischen Angaben von 22.672 bestätigten COVID-19-Fällen, die in SurvNet an das RKI übermittelt wurden, wird geschätzt, dass bis 23.03.2020 ca. 2.500 Fälle inzwischen genesen sind. ! Wenn zukünftig nicht mehr von Risikogebieten bzw. betroffenen Gebieten gesprochen wird, kann die Öffentlichkeit selbstständig beim Dashboard nachschauen, wo es Hotspots gibt und wo gewisse Maßnahmen daher gerechtfertigt wären. Es ist geplant, im Dashboard auch die 3- bzw. 5 Tage Inzidenz darzustellen. Auf das Dashboard gab es am Wochenende bereits 2,5 Millionen Zugriffe. <p>Amtshilfeersuchen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt sehr viele Anfragen. Das RKI versucht primär telefonische Unterstützung zu leisten (z.B. Frau Abu Sin 	<p>FG32</p> <p>FG32</p>
--	---	-------------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>unterstützt NRW, Herr Eckmanns das Saarland).</p> <p>! Konzentriert sollte sich auf Ausbrüche in Altenheimen, Krankenhäusern, Arztpraxen etc.</p> <p>Sonstiges:</p> <p>! <u>Mortalitätssurveillance:</u> Es kam im Internet die Anfrage auf, warum man bei EuroMOMO keinen durch COVID-19 ausgelösten Ausschlag sieht. Inzwischen gibt es einen Disclaimer auf Seite, der sagt, dass eine erhöhte Mortalität, die vor allem auf subnationaler Ebene oder in kleineren Schwerpunktbereichen und/oder konzentriert in kleineren Altersgruppen auftreten kann, auf der nationalen Gesamtebene möglicherweise nicht festgestellt werden kann. Dies gilt umso mehr in der gebündelten europaweiten Analyse, wenn man den großen Gesamtnenner der Bevölkerung betrachtet. Darüber hinaus gibt es immer einige Wochen Verzögerung bei der Registrierung und Meldung von Todesfällen. EuroMOMO plant aber auch eine detaillierte Abfrage bei den Ländern.</p> <p>! <u>Testkapazitäten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baden-Württemberg berichtet von vielen Proben, die noch nicht untersucht wurden. Sie stehen im Kontakt mit ZBS1. ▪ In Berlin ist eine Testung auch am RKI möglich. Es wurden bislang ca. 1.100 Proben vom RKI getestet; davon waren 7% positiv. Das Landeslabor Berlin möchte unterstützen, benötigt aber noch fachlichen Rat von ZBS1. ▪ In der AGI TK wurde gesagt, dass Testkapazitäten an den Grenzen sind und es gibt den Wunsch, nach der neuen Version des Flusschemas, um somit die Testung priorisieren zu können. ▪ Ebenso erhält das Lagezentrum Anfragen zur Testung vom Inland als auch vom Ausland. ▪ Es werden können derzeit nicht alle Menschen mit akuten respiratorischen Erkrankungen bzw. Testwunsch getestet werden. Auch symptomatische Kontaktpersonen warten lange auf Testung. ▪ Es gibt auch immer mehr Unterstützungsangebote von Universitäten, Firmen und weiteren Laboren. Frage, wer das bündeln kann und einen Überblick über freien Kapazitäten 	<p>FG32</p> <p>Alle</p>
--	---	-------------------------

	<p>(„Ampelsystem“) behält (z.B. KBV oder BMG).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es gibt schon die VOXCO Abfrage, die jedoch nur nach durchgeführten Tests sowie generellen Testkapazitäten fragt, aber keine aktuelle Bedarfsabfrage ist. ▪ Bei der VOXCO Abfrage wird zusätzlich nach fehlenden Ressourcen bei der Probenabnahme, dem Transport und der Probenbearbeitung gefragt (z.B. Schutzkleidung, Vorräte, Abstrichsets). <p><i>ToDo Herr Mielke wird heute besprechen, wie ein Übersicht der freien Kapazitäten aussehen könnte und dies dann ggf. dem BMG vorstellen.</i></p> <p><i>ToDo Frau Buda wird sich bezüglich der Positivrate mit dem RKI Ansprechpartner für clinical virology (Frau Böttcher) austauschen.</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In New England Journal wurde berichtet, dass SARS-CoV-2 in Form von Aerosolen in der Luft bleibe. Herr Drosten hatte dazu bereits Stellung bezogen und darauf verweisen, dass das Virus in der Luft nur für eine kurze Zeit ist und der Fokus bei der Transmission weiterhin auf Tröpfchen von Mensch zu Mensch und ggf. Schmierinfektionen liegen sollte. Es handelt sich über einen Übertragungsweg, der nicht die normale Situation darstellt, aber was ggf. für Zahnärzte, Ärzte, die Bronchoskopien durchführen, relevant sein kann. Daher wäre es sinnvoll das in den Steckbrief mitauszunehmen. ! Zu immunologischer Fragen (z.B. Grundimmunität, Verwandtschaft mit humanen Coronaviren) ist bislang wenig bekannt. Zur Kreuzimmunität gibt es kein belastbaren Daten ! T-Zell Immunität: Es gibt einige therapeutische Ansätze, die sich auf T-Zell Immunität richten zur Vermeidung von ARDS. T-Cell bei humanen Coronaviren liegt bei 2-3 Jahre. ! Für das Monitoring der Drifts müssen zunächst gute serologische Testes etabliert werden, was Zeit in Anspruch nimmt. Ggf. können die beiden humanen Betacoronaviren –betrachte werden, wie lange diese schonin Bevölkerung zirkulieren und ob sie mit einer bestimmter Geschwindigkeit driften. <p><i>ToDo: Herr Wolff findet RKI-intern(ggf. auch RKI-extern) einen Adressaten für Themen der Immunologie, Drifting etc.</i></p> <p>! ACE als Risiko: Arbeitet IBBS dran.</p>	FG17/FG36/ alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kein Anpassungsbedarf 	



4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt viele Parallelprozesse innerhalb des Ressorts des BMG. ! Auf Infektionsschutz.de gibt es nun ein Video „Abstand halten und Zusammenhalten“ ! Bislang wurde die kognitive Ebene (was passiert) verbunden mit konativen Element (Verhalten) bedient. Nun wird auch die affektive Ebene (Vertrauen in Maßnahmen) bedient. ! Es gibt eine Kampagne, die nicht auf soziale Distanzierung, sondern auf Awareness (Schutzverhalten einhalten) zielt. Als Kanäle wurden erst Freiwerbeflächen angedacht, aber durch die eingeschränkte Bewegung von Personen, wird dies weniger wahrgenommen. Daher auf Internet fokussieren. <p>Pressestelle RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das Pressebreifing findet nur noch 3x pro Woche statt. Heute wurden das erste Mal von Journalisten eingesandte Fragen bedient. Es wird momentan an einer technischen Möglichkeit für Anrufe von Journalisten gearbeitet. Umsetzung, ob Anrufe von Journalisten möglich? ! Letzte Woche wurde die Modellierung auf der RKI Internetseite veröffentlicht. ! In Absprache mit FG 36 (Frau Buda) wird es ggf. einen übersetzten Auszug eines Eurosurveillance Artikels im Epibull geben. ! Empfehlung von Masken für die Bevölkerung: Es gibt die Tendenz dazu, dass eine Empfehlung als zusätzlicher Fremdschutz (insbesondere wenn kein Abstand möglich ist wie z.B. im Einzelhandel) ausgesprochen werden muss. Dies wäre eine Abweichung von den bisherigen Empfehlungen und es muss berücksichtigt werden, ob es genug Masken gibt. Es kann sein, dass eine Maske als Schutzobjekt, die Träger dazu bring, andere Maßnahmen wie Abstand halten, zu vernachlässigen. Es gibt Studien, dass Personen, die einen MNS tragen, sich häufiger ins Gesicht fassen und ihre Händehygiene vernachlässigen. Gerade mit Videos zum Selbstnähen von Masken, dem Erfolg in China, wo viele Leute Masken tragen etc. wird es schwer sein, die Position, keine Masken zu empfehlen, zu vertreten. Man könnte es in die FAQs aufnehmen mit dem Hinweis des Fremdschutzes – insbesondere vor dem Hintergrund des Anstieges an kranken Personen. Aber Vorsicht vor Stigmatisierungen, daher ist eine gute Begründung notwendig. Keine offensive Empfehlung. 	<p>BZgA</p> <p>Presse, VPräs</p>
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Exit-Strategie</p>	

	<p>! Der Teil zur sozialen Akzeptanz ist fertig gestellt und ZIG befindet sich im Austausch mit FG36. Ein erster interner Entwurf soll morgen besprochen und Mittwoch für den Krisenstab fertig sein. Externe Expertise wurde u.a. von Herrn Drost, Frau Rehfuss (München), andere klinischen Epidemiologen aus dem Ausland etc. eingeholt. Das CDC in China teilte bzgl. ihrer Eskalationspolitik mit, dass die Regionen selber ihr Risiko (low-middl-high) definieren und dass die schrittweise Lockerung der Maßnahmen auf diesen Einstufungen beruht.</p> <p>Gesetzgebung verfahren:</p> <p>! In der neuen Rechtsgrundlage sind das individuelle Handytracking sowie die Zwangsrekrutierung von medizinischem Personal wohl nicht enthalten; dafür jedoch auf Betreiben des ABAS die Entschädigung für Eltern. Die Rechtsvorlage soll Freitag in den Bundesrat. Das BMG geht davon aus, dass sie Freitag verabschiedet wird und der Zustand einer „epidemischen Lage“ erklärt wird. Das RKI sollte vorbereitend einen Entwurf von Begründungen vorbereiten.</p>	<p>ZIG</p> <p>L1, FG32</p>
<p>6</p>	<p>Dokumente</p> <p>! KRITIS Dokument: Ähnlich wie bei HCW soll es ein Papier mit den Optionen für den Umgang mit Personal der kritischen Infrastruktur in Situationen mit relevantem Personalmangel im Rahmen der COVID-19 Pandemie geben. In diesem Dokument soll enthalten sein, dass dieses Personal trotz Kontakt (Kat. 1) zu einem COVID-19 Patienten unter bestimmten Umständen (Schutzmaßnahmen)weiterarbeiten darf. Sobald ein Mitarbeiter jedoch symptomatisch ist, soll er/sie zuhause bleiben. Nur unter absoluten Ausnahmebedingungen, wenn alles zusammenbricht, dürfte ein symptomatischer Mitarbeiter arbeiten.</p> <p>! Optionen für HCW: Im stationären Bereich ist es sehr wichtig, dass es eine getrennte Versorgung von Patienten gibt, aber auch das Personal getrennt ist! Das Paper ist bereits verabschiedet und in der AGI wurde es auch schon besprochen. Es kann noch mal einen Brief schreiben! Wo eine solche Trennung noch nicht etabliert ist, müssen die Länder dies entsprechend anpassen.</p> <p><i>ToDo: Ggf. Ärzteblattartikel schreiben (FG37)</i></p> <p><i>ToDo: Wichtigkeit der Trennung von HCW morgen in der AGI besprechen. Danach wird Herr Herzog hierzu einen Brief an die DKG (Unterschrift Präs) nachrichtlich DIVI verfassen. Anlage Papier HCW.</i></p>	<p>FG37/alle</p>
<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Südkorea hat ein innovatives Testverfahren: Die Probeentnahme erfolgt innerhalb von 10 Minuten und am nächsten Tag gibt es das Testergebnis per SMS. ! Diebstahl: ZBS1 berichtet, dass Materialien wie z.B. Sterillium abhandengekommen sind. Zukünftig sollen alle Materialien (Masken etc.) verschlossen an einer Stelle gelagert werden. IBBS berichtet, dass es bei ZV auch bereits einen Diebstahl gab und IBBS bereits vor 2 Wochen alle PSA in einen abgeschlossenen Raum umgelagert hat. ! AGI Sentinel: Keine SARS-CoV-2 positiven Proben im Sentinel. ! Report ARS Daten: Es wurden 95.416 Tests durchgeführt. 6% (5.706) waren positiv für SARS-CoV-2. Die Positivrate ist für Bundesländer sehr unterschiedlich. Das Alter steigt an (Median 49 Jahre, oberstes Quartil 58 Jahre). Es sind mehr Männer betroffen. Es ist eine reine Labor Surveillance und es gibt keine klinischen Informationen. 	FG17, ZBS1, FG37
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frage, wie viele Intensivbetten routinemäßig belegt sind. Ca. 80% Belegung unter Normalbedingungen. Kann auf 50% durch Verschiebung elektiver Eingriffe erhöht werden. Allerdings gibt es verschiedene Daten und es sollte das DIVI Register abgewartet werden. Die DIVI gibt an, wie viele Betten sie in 24 Stunden frei machen können. 	IBBS
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Umgang mit Masken: Es gibt ein Schreiben von Frau Gastmeier (Charité) zum Umgang mit Masken, welches auch Konsequenzen für das Flussschema hat. Während das RKI FFP2 Masken empfiehlt, stellt sie das in Frage. Die Diskussion gibt es schon länger, da auch weder die WHO noch das CDC FFP2 Masken bei der Diagnostik von COVID-19 empfehlen. Ein Vorschlag, das Flussschema kann anzupassen, wäre statt FFP 2 Masken nur von „Atemschutz“ zu sprechen. <p><i>ToDo: FG14 prüft Dokument und gibt Frau Gastmeier Rückmeldung.</i></p>	FG37/FG14
10	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Grippeweb Aufruf soll erfolgen, sobald FG36 letzte Fragen (z.B. Datenschutz, ITZ) geklärt hat. 	FG36
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! <i>Nicht besprochen</i> 	
12	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ! <i>Nicht gesondert besprochen</i> 	
13	<p>Information aus dem Lagezentrum</p>	

	<p>! Software virtuelle Meetings: Virtuelle Meetings werden zunehmend im RKI genutzt. Seit Freitag findet die Schichtübergabe auch per Telefon statt. Das ganze Haus muss umstellen. Ideen zu Konzepte/Anbietern gerne mit dem Krisenstab teilen.</p>	FG32
14	<p>Andere Themen</p> <p>! Unterstützung MFS: MFS bietet Unterstützung bei Interventionen und Epidemiologie (z.B. auch für Gruppen wie Wohnungslose, die besonderen Bedarf haben). MFS haben exzellente Logistiker, die gute Strukturen aufbauen können und es wäre sinnvoll, Angebot anzunehmen; es bleibt die Frage, wie das RKI das steuert.</p> <p><i>ToDo: Da die Umsetzung auf Länderebene wäre, sollte das Unterstützungsangebot in der nächsten AGI TK angesprochen werden.</i></p> <p>! IBBS baut 2 Netzwerke zu COVID-19 auf: 1. zu Intensivmedizin (mit DIVI) und 2. zur Infektiologie (mit DGI und STAKOK); Fachgesellschaften/Expertenkreise sind in DGI und DIVI inkludiert (z.B. Pneumologie)</p>	<p>FG32</p> <p>IBBS</p>
	<p>! Nächste Sitzung: Dienstag, 24.03.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	24.03.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! BZGA : Frau Thaiss
- ! Bundeswehr: -

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fälle, Inzidenzen(Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Stark betroffene Länder (>7.000 Fälle/letzte 7 Tage): Frankreich, Deutschland, Iran, Italien, Spanien, USA ○ Weniger stark betroffene Länder (1.400-7.000 Fälle/ letzte 7 Tage): Österreich, Belgien, Brasilien, Kanada, Niederlande, Portugal, Schweiz, UK und neu Türkei ○ Tageweise Entwicklung kumulativer Fallzahlen in Ländern seit dem 100. Fall (ECDC Daten), Südkorea anfangs sehr stark dann Abflachung; Italien und Spanien stark ansteigende Entwicklung; Singapur, Japan sehr früh starke Maßnahmen mit Impact ! Einzelne Länder <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Spanien:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Madrid als Risikogebiet definiert ▪ 3 andere Regionen haben auch Inzidenzen >100/100.000 Einwohner ▪ Ausgangssperre geltend ▪ Fall-Verstorbenen-Anteil sehr hoch (6,6%) ○ <u>Schweiz:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tessin als Risikogebiet definiert ▪ 2 weitere Gebiete sehr betroffen ○ <u>Österreich und Frankreich:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktuell Bundesland Tirol und Region Grand Est als Risikogebiete definiert ▪ Ggf. Anpassung, INIG bereitet dies für morgen vor ○ <u>Türkei:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stark ansteigende Entwicklung, lediglich Information zu gesamt-Inzidenz und Regionen mit bestätigten oder Verdachtsfällen verfügbar, mögliche besonders betroffene Regionen unklar ! LSHTM Modellierung (hier): Anteil gemeldeter symptomatischer Fälle basierend auf Fall-Verstorbenen-Anteil und Zeit zwischen Hospitalisierung und Tod; Deutschland steht nach Südkorea am besten da (Erfassung zwischen 50-95% aller Fälle); Italien, Spanien und UK erfassen geschätzt nur ca. 10%; schwierig, wenn Risikogebiets-Definition von möglichen Testkapazitäten abhängt ! Risikogebiete <ul style="list-style-type: none"> ○ Entscheidung Minister: Risikogebiete und besonders betroffene Gebiete (national) werden nicht vor 5. April abgeschafft, alle aktuellen Verordnungen beziehen sich auf diese und sollen nicht ins Leere laufen ○ Vorschlag an BMG, folgende zusätzliche 	ZIG1

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Risikogebiete zu definieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spanien: La Rioja, Pais Vasco, Navarra ▪ Schweiz: Waadt, Genf ○ Morgen Bewertung möglicher Erweiterung der Risikogebiete in Österreich und Frankreich <p><i>ToDo: Vorschlag an BMG zusätzliche Gebiete in Spanien und Schweiz als Risikogebiete zu definieren</i></p> <p><i>ToDo: INIG bereitet Bewertung möglicher Risikogebietsenerweiterung für Österreich und Frankreich vor</i></p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 27.436 (+4.764), davon 114 (0,4%) Todesfälle (+28), national 33/100.000 Einw. ○ Epikurve aufgrund des bestehenden Meldeverzugs nicht gut zu interpretieren ○ Höchste Inzidenzen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bundesland-Ebene: HH, BW, BY ▪ SK oder LK (3- bzw. 5-Tages): Tirschenreuth, Miesbach, Rosenheim, Hohenlohekreis ○ Trendanalyse der Bundesländer: hauptsächlich durch betroffene SK/LK, Heinsberg absteigend, generell gute und recht komplette Übermittlung ○ 5-Tages-Inzidenzen sind aktuell auch im Dashboard und im Lagebericht, von mehr Bedeutung spätestens wenn Risikogebiete abgeschafft werden, demnächst werden /-Tages-Inzidenzen genutzt ○ Genesene Fälle: geschätzt ca. 3.200, auch in EpiLag besprochen, Bundesländer bestätigen Wichtigkeit/ Notwendigkeit dieser Schätzung ○ Fälle werden in den meisten Bundesländern langsam älter (Entwicklung Altersverteilung) ! Expositionsorte gemeldeter Fälle, besonders betroffene Gebiete <ul style="list-style-type: none"> ○ National: Heinsberg, Aachen (Artefakt?), Rosenheim, Essen, Borken, Freising, Tirschenreuth sind besonders häufig genannte Expositionsorte ○ Freising: viele Expositionsorte und hohe Inzidenz ○ International: Österreich, Italien, Spanien ○ Urban vs. Rural <ul style="list-style-type: none"> ▪ Andere Dynamik in Großstädten, Menschen sind näher beieinander, dies könnte ein zusätzlicher Indikator sein; z.B. Hamburg: hohe Fallzahl, niedrige Inzidenz 	<p>FG32</p> <p>FG36 VPräs Alle</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definition „besonders betroffener Gebiete“ kann eventuell Fallanstieg in diesen reduzieren ▪ Ziel der Definition ist die Entscheidung, Gebiete mit community transmission auszuzeichnen; HH geht nicht von einer solchen aus, es waren primär Reiserückkehrer ▪ Bei Einrichtung besonders betroffener Gebiete muss Überlegung mit aufgenommen werden „glauben wir, dass dort community transmission stattfindet?“ ○ Erweiterung besonders betroffener Gebiete <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorherige Abstimmung mit den jeweiligen SK/LK ▪ LKs Freising, Tirschenreuth, Hohenlohekreis <p><i>ToDo: Kontakt zu Freising, Tirschenreuth, Hohenlohekreis um Definition als besonders betroffene Gebiete abzustimmen (AGI?, FG32)</i></p> <p>! Berichterstattung: weiter nur laborbestätigte Fälle, oder bald auch klinisch-epidemiologische Fälle?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Primäres Ziel jetzt ist weiterer Ausbau von Testkapazitäten, es ist wichtig zu wissen, ob Fälle positiv waren, z.B. Personen die in Altenheimen arbeiten ○ Laborbestätigung auch wichtig wegen Konsequenzen auf Bestimmung von Kontaktpersonen, Laborkapazitäten lassen dies aktuell zu ○ Validierung der auf Antikörper-Testung beruhenden Labor-Methoden läuft noch ○ Gibt es ein Kriterium, um zu entscheiden wann der Zeitpunkt einer Anpassung erreicht ist? Nein, vor allem nicht auf bundesweiter Ebene ○ Eine Erweiterung der Berichterstattung von nicht laborbestätigten Fällen mag irgendwann notwendig werden, aktuell ist es noch zu früh, dazu überzugehen <p>! Internationale Kommunikation/KoNa</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 421 Aktivitäten ○ Sehr viele Reisecluster, dies wird abnehmen, aktuell auch im Zusammenhang mit Rückführung von im Ausland gestrandeten Deutschen ○ Zunehmend Gesundheitseinrichtungen betroffen (Krankenhäuser, Pflegeheime, Reha-Klinik) <p>! BMI: hat verstanden, dass GA-Entlastung notwendig ist, Plan ist, dass für Flughäfen zuständige GA Generalverfügung kriegen, dass Heimkehrer in Heimquarantäne ohne Monitoring geschickt werden können, wird aktuell noch durch BMI geprüft</p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Nichts neues seit gestern, zu Thesen bezüglich Imprinting sind mehr Information und Forschung notwendig</p>	FG17/FG36

	<p>! Wird zunächst laiengerecht auf unserer Homepage in den FAQ erklärt, woher kommen die jeweiligen Daten, warum unterscheiden sie sich, Qualität der Daten des Meldesystems</p> <p>! Wird erneut auf RKI-PK Sprechzettel aufgenommen (Presse)</p> <p>! Könnte anschließend auch im DÄB erklärt werden, ggf. Entwicklung eines Statements von IANPHI executive board Mitgliedern?</p> <p>! Referenz von Sylvie Briand und Neil M Ferguson, acute numeritis(?) ggf. auch nützlich hierbei</p> <p><i>ToDo: FG32 entwirft Text der allgemeinverständlich ist und auf RKI-Webseite platziert wird, anschließend ggf. Abstimmung mit IANPHI</i></p>	
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Now-Casting (Entwurf hier)</p> <p>! Basierend auf Meldedaten von Matthias an der Heiden erstellt</p> <p>! Gewisse Datumswerte werden noch geprüft, z.B. wie lange dauert es, bis Arzt an GA, und GA an RKI übermittelt</p> <p>! Abbildung Nr. 6 zeigt wie Now-Casting sich im Laufe der Tage verändert, verschiedene Linienarten zeigen das Datum des Castings und Veränderungen gegenüber der zuvor kalkulierten Schätzungen</p> <p>! Die geschätzten Fallzahlen liegen nun höher und sind wahrscheinlich realistischer, möglicherweise sind schon erste Konsequenzen der Maßnahmen sichtbar</p> <p>! Abbildung verschiedener BL legt ähnliche Tendenz überall nahe</p> <p>! Now-Casting kann aufgrund der vergangenen Meldungen nachträglich Fallzahlen, vergangenes Meldeverhalten und -verzögerungen auf heute/nähere Zukunft projizieren, gilt nur, wenn sich die Parameter nicht grundlegend ändern</p> <p>! Kurven steigen nicht (mehr) steil an, dennoch ist dies aufgrund des Meldeverzugs (der zunehmend ist) noch mit Vorsicht zu interpretieren</p> <p>! Vorerst noch keine externe Verwendung</p>	FG32/FG34/ FG36/alle
6	<p>Dokumente</p> <p>Umgang mit Leichen</p> <p>! IBBS hat in Abstimmung mit FG14 ein Dokument hierzu erstellt, es wird heute mit der AGI besprochen</p> <p>! Behandelt auch Mindestschutz bei aerosol-produzierenden Maßnahmen, bei Autopsien volle PSA anzulegen</p> <p>! Nach AGI Zustimmung wird es geteilt und veröffentlicht</p> <p>Flussdiagramm, Meldungen, Erklärungen zu Meldungen</p> <p>! Neue Versionen sind online</p>	FG14/alle
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>AGI Sentinel</p> <p>! Gestern 1 positive Probe von 40</p>	FG17

	<p>nicht(s viel) entgeht</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Möglicherweise kommende staatliche Maßnahmen und Beschlagnahmungen sind noch nicht beschlossen ! AL3 und Janna Seifried bereiten Einseiter-Kommunikation vor, Testungen in Deutschland (Anzahl, Positivenrate) und wie sie sich im internationalen Kontext einordnen <p><i>ToDo: Auftrag Janna und AL3 Einseiter zur Kommunikation der Testungen in Deutschland zu entwerfen</i></p> <p>Minister Gespräch zu Zusammenführen von Testkapazitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Telefonat zwischen Müller, Holtherm, AL1 mit Minister ! Grund Tenor <ul style="list-style-type: none"> ○ Testanzahl auch im internationalen Kontext sehr gut ○ Kapazitäten insbesondere in Großlabors gut angelegt ○ Nicht viele Labore mit nur wenig Testungen die Testreagenzien blockieren ! Nur wenige Anbieter bieten in großer Dimension und international zum gleichen Preis an, z.B. Roche, Großabnehmer sind eventuell besser platziert, Laborlogistik Kollaboration sinnvoll ! Stellschrauben von KBV um Engpässe zu vermeiden: sorgsamer Umgang mit Testindikation, deswegen großes Interesse an RKI- Flussdiagramm, Testkapazität ist hoch aber dennoch begrenzt, Priorisierung von Fällen, die medizinisch von Testergebnis profitieren können (Quarantäne depriorisiert); Schärfung der Testindikation, optimale Nutzung der Labore und Netzwerke, auf optimale Auslastung zuarbeiten ! Testkapazitäten insgesamt gut, bei einzelnen Reagenzien gibt es Engpässen, Erhebung der Vorräte in den Labors wäre sinnvoll ! Umorientierung von aufgestauten Proben an Labore mit freien Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> ○ Könnte vielleicht in DIVI Plattform eingegliedert werden, jedes Labor gibt freie Testkapazitäten an ○ Vielleicht handelt es sich um Vertragskapazitäten, die nicht abgegeben werden können ○ AL1 erkundigt sich, Vertragskapazitäten eher kein zentraler Faktor, es besteht gute Kommunikation zwischen Laboratorien, und wenn sie voneinander wissen können sie sich gegenseitig helfen ! Weitere Treffen auch mit BMG vorgesehen zur zentralen Ansiedelung des Themas, eventuell besprechen ob kleinere Labore Test Kapazitäten/Reagenzien binden sollten ! Es gibt hohe Kapazitäten trotz der Engpässe, ggf. muss Überlegung der Priorisierung stattfinden: wer soll am besten getestet werden, wo ist Ergebnis am aussagekräftigsten? ! Testkapazität sollte weiter ausgedehnt werden, vor allem wenn mehr Viruszirkulation in der Allgemeinbevölkerung, 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Strategie der Ausbreitung der Testkapazitäten notwendig</p> <p>! Einbindung von Veterinärlaboratorien</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soll stattfinden, haben oft enorm hohe Kapazitäten ○ Klärung der rechtlichen Grundlagen für Einbindung ○ Soll anschließend auch mit AGI besprochen werden <p><i>ToDo: LZ soll Aufgabe für Frau Kleymann-Hilmes erstellen, dass sie die rechtlichen Grundlagen der Einbindung von Veterinärlaboratorien untersucht</i></p>	
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Abschätzung Bettenbedarf der kommenden Woche</p> <p>! Krankenhäuser bereiten sich vor, z.B. setzt Schwabing elektive Maßnahmen aus, schließen ganze Stationen, stellen sich nur auf COVID-19 ein, aber es fehlt ein Lückenschluss für die kommenden 2-3 Wochen</p> <p>! Wie ist der Umfang des zu erwartenden intensivmedizinischen Bedarfs, dies würde helfen, möglich zusätzliche Kapazitäten abzuschätzen (z.B. zur Aufnahme internationaler Patienten, die wohl stattfinden und nicht von RKI zu entscheiden sind)</p> <p>! Betrifft ganzes Bundesgebiet, welche Auslastung ist grob zu erwarten um Kapazitätenbedarf der kommenden Wochen abzuschätzen und auf regionaler Ebene zu planen</p> <p>! Dies ist nicht auf Krankenhaus-Ebene möglich sondern für ein Einzugsgebiet abschätzbar, bzw. Städteweise auf Einwohner bezogen</p> <p>! Es tauchen zusehends Modelle von Drittanbietern auf, die ggf. nicht belastbar und nicht seriös sind</p> <p>! FG37 Planungstool</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ist aktuell inaktiv und wurde nicht weiterentwickelt um Dopplungen zu vermeiden ○ Ursprünglich wurden Daten zur Schwereinteilung aus der Literatur genommen und in Modell gesteckt ○ Eventuell reaktivierbar, vl. im Zusammenhang mit Now-Casting, um Modellierung region-spezifisch zu erreichen und konkretere Zahlen zu erhalten ○ Tim übernimmt Aktivität und führt Leute zusammen, Rücksprache mit IBBS, Matthias an der Heiden <p>! Vielleicht ist Schätzung auch durch das DIVI Intensivregister erhältlich, über das regionale Koordinatorennetzwerke entstehen werden</p> <p>! Generell: Wunsch ist, getrennte COVID-19 und nicht-COVID</p>	<p>IBBS/FG37</p> <p>IBBS</p> <p>VPräs/IBBS/ FG17</p>

	<p>Institutionen zu haben</p> <p>IBBS Netzwerke</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gemeinsam mit Fachgesellschaften wurden zwei Netzwerke angeregt: (1) Intensivmediziner und (2) Infektiologen, es werden Kerngruppen ab nächster Woche gebildet, über die anschließend Abstimmungen laufen können ! Es besteht Informationsbedarf von Krankenhäusern zu spezifischen Behandlungsfragen, diese sollen über Netzwerke abgedeckt werden ! Weitere Fragen werden auch über ÖGD angetragen, Wunsch nach einem Webinar für Kliniken, indem das, was in den Netzwerken nicht adressiert wird behandelt werden kann, z.B. ressourcenschonender Einsatz PSA, Kohortierung, Kontakt bei medizinischem Personal, Kontaktpersonen Management, usw. ! Bei FG14, FG36, FG37 besteht Bereitschaft, diese Themen zu übernehmen Bereitschaft und 1h lang Fragen zu beantworten, IBBS organisiert dies <p>Studie Marseille</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wunsch nach Einschätzung der Didier Studie aus Marseille zur Therapienutzung von Hydroxychloroquin in Kombination mit anderem Medikament ! Viele laufende klinische Studien, IBBS ist in Kontakt mit STAKOB und auch BfArM bezüglich Übersicht zu öffentlich einsehbaren Studien auch um Bewertungen abzugeben, Anfragen zu experimentellen Therapeutika nehmen zu, Erstbewertung von STAKOB wird im Laufe der Woche öffentlich gemacht ! Chloroquin Studie wurde stark kritisiert, da Kontrollgruppe nicht angemessen schien (Treatmentgruppe mit Todesfällen, keine Todesfälle in Kontrollgruppe), diese Studie alleine befähigt keine Empfehlungen/Entscheidungen ! Es bleibt eine Einzelfallentscheidung und verfügbare Evidenz noch nicht richtungsweisend <p>Entlasskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Häufiger Rückmeldung von PCR positiven, mild verlaufenden Fällen auch nach 14 Tagen, in der Charité gibt es mehrere Fälle dieser Art, die aus sozialen Gründen hospitalisiert waren obwohl es medizinisch nicht notwendig war ! Proben mit sehr hohem CT, RNA ist noch drin, aber in der Zellkultur ist es nicht mehr infektiös ! Zur Bestätigung, dass bei diesen CT-Werten kein infektiöses Virus mehr ausgeschieden wird wäre es sinnvoll, dass das RKI (ZBS1) diese Proben zur Anzucht erhält ! Antikörperteste <ul style="list-style-type: none"> ○ Werden demnächst, wenn die Seren kommen, evaluiert ○ sollte Antikörpertest auch in Entlasskriterien eine Rolle spielen? ○ Wäre hilfreich, da Frage des Einsatzes von Krankenhauspersonal zunehmend von Bedeutung sein 	<p>IBBS</p>
--	--	-------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>wird</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seren werden jetzt gesammelt, nicht nur Abstrich-Anzuchtung sondern auch Serum-Sammlung ! IBBS spricht mit ZBS1, IBBS unterstützt gerne Probenbeschaffung, jedoch Laborexpertise notwendig ! Vorerst keine Änderung der Entlasskriterien, nach Drogen-Studie geht keine Infektiösität mehr von dieserart Proben aus 	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Thema</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
10	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anpassung Darstellung Lagebericht und Dashboard, s. oben ! Morgen werden DIVI Ergebnisse mit in die Darstellung der nationalen Lage aufgenommen, auch wenn noch nicht vollständig/ interpretierbar <p><i>ToDo: Anpassung Dashboard und Lagebericht, Erklärung der benutzten Daten, Balken für ungewissen Teil der Kurve, gleich Kurve in Dashboard und in Lagebericht</i></p>	FG32/FG36
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG32
12	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	ZIG
13	<p>Studien</p> <p>Update digitale Tools</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vertagt 	FG21
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>Thinktank</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorschlag eines zusätzlichen Verteilers für kreativen Austausch ! Wir laufen auf eine Phase zu, wo schwer abzusehen ist, was auf uns zu kommt ! Für Leute, die nicht durch das Tagesgeschäft überlaufen aber doch fachlich involviert sind, müssen dicht genug an der Lage sein um alles mitbekommen zu haben, aber nicht so intensiv eingebunden sein, wird angestoßen ! Als gute Idee erachtet, 4 Leute, die sich zusammensetzen 	FG32/IBBS

	<p>Externe Berater</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wurde in der Vergangenheit mal von AL3 genutzt ! Außenstehende Experten, die als Berater zur Verfügung stehen, fachliche Beratung auch von international ! Müsste vorab mit Präs besprochen werden, dieser hat täglichen Austausch mit IANPHI, STAG-IH usw., nicht sicher, ob mehr externe Beratung erwünscht/notwendig ist <p>Anfragen zu Lagedaten-Auszügen an LZ-Position Lagebericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bombardierung mit Kleinanfragen aus LZ zu Lagedaten, würden sich gerne eindenken und einbringen aber Kapazitäten sind (zu) begrenzt und diese Anfragen nicht immer Priorität ! Position Lagebericht im LZ gibt diverse Meldedaten an anfragende heraus, dies sollte jedoch durch FG36/FG32 bewertet und getan werden, Position Lagebericht sollte nicht eigenständig Lagedaten herausgeben 	FG36
15	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 25.03.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	25.03.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Abt. 1
- Martin Mielke
- ! Abt. 2
- Thomas Lampert
- ! Abt. 3
- Osamah Hamouda
- ! ZIG
- Johanna Hanefeld
- ! FG14
- Melanie Brunke
- ! FG17
- Thorsten Wolff
- ! FG21
- Patrick Schmich
- ! FG 32
- Ute Rexroth
- Maria an der Heiden
- Linus Grabenhenrich
- Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG36
- Walter Haas
- Silke Buda
- ! FG37
- Tim Eckmanns
- ! IBBS
- Christian Herzog
- Julia Sasse
- ! Presse
- Ronja Wenchel
- ! ZIG1
- Andreas Jansen

- ! INIG
- Basel Karo
- ! BZGA
- Frau Thaiss
- ! Bundeswehr
- Fr. Roßmann

Schweiz (Kantone Tessin, Genf, Waadt) und in Spanien (La Rioja, Navarra, Pais Vasco), sowie dem Wegfall von Hubei als Risikogebiet zugestimmt.

National

- ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](#))
 - SurvNet übermittelt: 31.554 (+4118), davon 149 (0,5 %) Todesfälle (+35), national 38/100.000 Einw.
 - Die Epicurve mit Darstellung von Meldedatum- und Erkrankungsbeginn soll in den Lagebericht aufgenommen werden und auf das Dashboard
 - Man sieht, dass die die Epicurve sich langsam abflacht, das sollte aber in der Außenkommunikation wegen der Compliance zu den Maßnahmen noch nicht so kommuniziert werden
 - Höchste Inzidenzen
 - Bundesland-Ebene: Hamburg, Baden-Württemberg, Bayern
 - SK oder LK:
 - ! 3-/5-Tages-Inzidenz mit autochthonen Fällen: Tirschenreuth, Miesbach, Hohenlohekreis
 - ! 7-Tages-Inzidenz mit autochthonen Fällen: Tirschenreuth, Hohenlohekreis, Miesbach, Rosenheim
 - 7-Tages-Inzidenz informativer und stabiler z.B. bzgl. Wochenendsymptomatik
 - Freising nicht mehr so auffällig, dafür Hohenlohekreis höhere Inzidenz
 - Trendanalyse der Bundesländer: NRW geringere Fallzahlen, BY zeigt starken Anstieg, BW und B Kurve abgeflacht
 - Trendanalyse der Kreise: Düsseldorf und Köln haben viele Fälle, diese werden aber nicht gut übermittelt, SK München und LK Rosenheim zeigen sehr hohen Anstieg, Heinsberg abfallend
- ! Expositionsorte gemeldeter Fälle, besonders betroffene Gebiete
 - National:



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NRW: Heinsberg, Aachen (geben sich selbst als Expositionsort an), Essen, Borken ▪ BY: Rosenheim ▪ RP: Koblenz ○ International: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Österreich: Tirol ○ Es gab Nachfrage an BL zu Hohenlohekreis, Tischenreuth danach wie viele Fälle ohne Epilink sind und was für Maßnahmen ergriffen wurden – noch keine Rückmeldung ○ Hohenlohekreis und Tischenreuth sollten in engere Auswahl kommen. ○ Problem wenn es lange benötigt, um besonders betroffenes Gebiet zu definieren, dann oft zu spät. ! Genesene: in Absprache mit allen BL geschätzt nach angegebenen Kriterien und auf 100er gerundet ! Alters- und Geschlechtsverteilung: Die Altersverteilung verändert sich zu älteren Infizierten ! Todesfälle: Derzeit 68% der Todesfälle über 80 Jahre alt, aber nur 3% der Fälle sind 80+, der jüngste Verstorbene war 42J. alt. ! Boxplot: In BL mit vielen Fällen sieht man, dass die betroffene Population von Woche zu Woche immer älter wird. ! Das Durchschnittsalter der Todesfälle könnte proaktiver kommuniziert werden. Das könnte zur Compliance bei der Kontaktreduktion beitragen. ! Herr Wieler hat im Pressebriefing darauf hingewiesen, es sollte auch im Steckbrief angepasst werden. ! Zudem wäre der Verlauf über die Zeit in den Altersgruppen interessant. Eine Zunahme kann als Warnparameter dienen. ! Es ist geplant, dass die Altersgruppen und vorbestehende Grunderkrankungen bei Todesfällen im Lagebericht ausgewiesen werden. Der Verlauf nach Altersgruppe könnte auch gezeigt werden: Zu Beginn waren es v.a. jüngere Reiserückkehrer, jetzt ändert sich das. <p><i>ToDo: Fr. Buda wird Vorschlag für Darstellung morgen im Krisenstab vorstellen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nachfrage, ob es Daten zur Exposition bei jüngeren gibt – 	FG36
--	--	------

	<p>handelt es sich v.a. um nosokomiale Infektionen?</p> <p>! Die Prozenrate der Genesenen dem Anteil Verstorbenen gegen überzustellen wird als schwierig erachtet, da die Daten der Genesenen sehr verzögert vorliegen.</p> <p>! Es ist bekannt, dass der Bedarf besteht: Es hat sich eine AG zu dem Thema gebildet: Udo Buchholz, Matthias an der Heiden und weitere, z.B. könnten die Zahlen der aus dem ECOSARI (?) System entlassen verwendet werden</p> <p>! Frage nach Geschlechtsabhängigkeit: grds. zeigen Männer eine frühere Immunsensesenz. Aber die Frage der Geschlechtsabhängigkeit ist anfällig für Confounding durch andere Risikofaktoren.</p> <p><u>Bewegungsmuster:</u></p> <p>! Laut Daten von Hr. Brockmann (Telekom, Telefonica) geht die Mobilität um bis zu 40% zurück</p> <p>! Großes Interesse des Krisenstabs an den Analysen von Hr. Brockmann</p> <p><i>ToDo: Fr. Rexroth schickt die weiteren Daten der Analyse von Hr. Brockmann an den Verteiler</i></p> <p><i>ToDo: Hr. Schmich stellt Ende der Woche noch ein weiteres System vor.</i></p> <p>! Grundsätzlich sind zunehmend Gesundheitseinrichtungen betroffen, z.B. in Jena. In Jena war der COVID-19 Patient lange im Krankenhaus und wurde nicht als COVID-19 identifiziert – Als Maßnahme wurde das Tragen der PSA im KH verstärkt.</p> <p>! Wichtig, dass die Zeit jetzt genutzt wird, um alle PSA-Produktionskapazitäten hochzufahren.</p> <p>! Es gibt eine Empfehlung des ABAS und des BfArm zur Aufbereitung von MNS in trockener Hitze</p> <p>! Hinweis dazu im Webinar aus Italien: PSA-Aufarbeitung ist für KH keine Option, da stundenlang getragen und durchnässt – für Bevölkerung aber möglich</p> <p>! Alle Repatriierten bekommen einen Handzettel, der vom BMG auf Empfehlung des RKI erstellt wurde, mit der Empfehlung sich selbst abzusondern.</p> <p>! Auf der RKI Internetseite fehlt eine klare Botschaft zu den Repatriierten, daher soll der BMG-Handzettel auf unsere Webseite</p> <p><u>AGI – Syndromische Surveillance</u> (Influenza Wochenbericht hier):</p> <p>! AGI - Syndromische Surveillance: Der Praxisindex ist weiter angestiegen, ist derzeit im Bereich stark erhöhter Aktivität. Es</p>	<p>FG32, FG37, IBBS</p>
--	---	-----------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>zeigt sich jedoch ein verfälschtes Bild, da die Bezugsgröße, die Zahl der Praxiskontakte zurückgeht.</p> <p>! Der Konsultationsinzidenz bei Kindern ist zwei Wochen nacheinander abgefallen – hier machen sich die Schulschließungen bemerkbar. Bei 35-59-jährigen steigt die Konsultationsinzidenz an. Insgesamt steigt sie leicht an, aber nicht auf Niveau des Praxisindexes.</p> <p>! Bei Grippeweb gehen die Raten von ARE und ILI runter. Grippeweb ist häufig eine Woche vor AGI.</p> <p>! Krankenhaussentinel: es gibt weniger Fälle bei Jüngeren (trotz Zirkulation von H1N1) – Positivenrate ist auch deutlich nach unten gegangen</p> <p>! Bevölkerungsbezogene Maßnahmen zeigen Effekt bei ARE.</p> <p>! Die Ergebnisse zu ARE sollten in den Lagebericht und auch an Herrn Wieler für das nächste Pressebriefing gegeben werden: Man sieht für COVID-Daten keinen Rückgang, aber ARE-Daten geben Hinweise, dass die Strategien in die richtige Richtung gehen. Aber vorsichtig formulieren!</p> <p>! EUROMomo: Bei Italien kann man eine Veränderung nach oben sehen.</p> <p><u>DIVI-Notaufnahmeregister: (Folien hier)</u></p> <p>! Tagesaktuelle Erfassung der realen Kapazitäten von Intensivbetten und der intensivpflichtigen Fälle</p> <p>! 1 Woche aktiv, 634 Kliniken nehmen derzeit schon teil (2/3 aller Betten), manche Länder komplett. Jeden Tag kommen ca. 80 Kliniken dazu.</p> <p>! 3 disjunkte Kategorien: low care, high care (invasive Beatmung), ECMO</p> <p>! Derzeit liegen 769 COVID-Patienten in den teilnehmenden Kliniken. Die Hälfte der Patienten ist beatmet.</p> <p>! Derzeit die Anzahl freie Betten/belegte Betten etwa gleich groß, d.h. viele Betten sind schon frei gemacht worden (normalerweise Anteil freier Betten <10%)</p> <p>! Zusätzlich Info wieviel Betten in den nächsten 24 Stunden neu belegbar sind/mobilisiert werden können</p> <p>! Ggf. könnten auch andere Erkrankungen mit erfasst werden.</p> <p>! Ist die Altersgruppe der derzeit Beatmeten bekannt, das könnte eine interessante Botschaft an die Bevölkerung bzgl. Der</p>	
--	---	--

	<p>Betroffenheit der jüngeren Generation sein</p> <p>! Das derzeitige Tool erfasst nur Struktur- und Aggregatdaten – keine Einzelfälle wg. Datenschutz. In der 2. Projektphase sollen zusätzlich in der gleichen IT-Infrastruktur auch weitere Daten erfasst werden – das hängt aber daran, ob die Mediziner die Kap. haben die Daten bereitzustellen</p> <p>! Es soll gemeinsam mit der DGI ein System für einzelne klinische Fälle entwickelt werden, LEOS (?) Tool für klinischen Verlauf der Pat.; Abschätzung anhand der Modellierung für zukünftigen Bedarf – Systeme sollen zusammengeführt werden</p> <p>! Modellierung laut Matthias an der Heiden schwierig</p> <p>! Es gibt zudem eine Surveillance mit Webcas (?) – Es geht um nosokomiale Infektionen, inkl. Erfassung personenbezogener Daten, soll zur Entlastung der Ärzte durch Hygienefachkräfte geschehen</p> <p><i>ToDo: Austausch zu den verschiedenen Systemen durch Hr. Eckmanns, Hr. Grabenhenrich, Hr. Herzog</i></p> <p>! Frage ob man den Anstieg der ICU Betten über die Zeit darstellen kann – um zu sehen wie der Verlauf ist</p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Paper zu Viral Shedding (Folien hier):</p> <p>! Vorstellung eines Papers mit einer Modellierung zu viral shedding im Hinblick auf Inkubationszeit und Übertragbarkeit vom WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Epidemiology and Control, University of Hong Kong</p> <p>! Bei Paaren von Infizierten und Sekundärinfizierten wurde die Inkubationszeit mit dem seriellen Intervall verglichen.</p> <p>! Ergebnis der Untersuchungen –gab es bei 44% gehen die Autoren 2 Tage vor Symptomen von Übertragbarkeit aus</p> <p>! Daher rechtzeitige Isolierung der Kontaktpersonen wichtig</p> <p>! Es sollen sich in China 10% der KPI infiziert haben, auch bei Webasto wurden 10% der KPI positiv getestet. Im Mission Report war die Anzahl etwas geringer: ca. 5%</p> <p>! Es könnte sein, dass erst Fieber als Symptom gewertet wurde, aber nicht leichte erste Symptome (Schnupfen, Halskratzen). Das würde großen Unterschied in der Modellierung machen.</p> <p>! Das Paper wurde im Anschluss von Hr. Jansen nochmal an den Verteiler Corona gesendet und das Thema sollte ggf. nochmal in der Runde diskutiert werden.</p> <p>! Die Strategie (Soziale Distanzierung) sollte nicht verändert werden.</p>	ZIG1, alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Handlungsbedarf</p>	
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p>	BZgA



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Die Trends sollten besser erstmal nicht formuliert werden, da es sonst schwierig sein kann weitere Maßnahmen zu begründen. ! Der Infektionsbeginn vor Symptombeginn ist eine wichtige Info für das Dokument zum Abstandhalten: Dieses Dokument ist bald in 7 Sprachen verfügbar. Die Information wird auch in die anderen Dokumente aufgenommen. ! Es gibt eine Telefonaktion der BZgA, die bis Ostern weitergeführt werden soll. Damit werden ältere, vulnerable Personen erreicht, die z.B. das Internet nicht nutzen (können). ! Daten zu Obdachlosen wären gut, da sie zu einer Hochrisikogruppe gehören. Eine Weiterverbreitung von good practices wäre hilfreich. Aber grundsätzlich schwierig das Klientel zu erreichen. ! Grundsätzliche Infos zum Ablauf der Kampagne: zunächst Hygieneregeln kommuniziert. In der 2. Phase wird nun auf die Emotionalität (sozialer Frieden – Bedarfe) eingegangen. Multiplikatoren sind nah an den unterschiedlichen Zielgruppen dran – Versuch des Anschlusses unter BMG-Kampagne „Zusammen gegen Corona“ ! BBK ist bzgl. Krisenkommunikation schon eingebunden ! Anfrage, ob die BZgA Übersetzungen der Dokumente zum Patientenmanagement übernehmen könnte – es ist ein Pool von Übersetzern vorhanden und die Dokumente können übersetzt werden. ! Es gibt auch auf der Seite der Bundesintegrationsbeauftragten viele Infos zu COVID-19 in verschiedenen Sprachen. <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Strategie ist gerade sehr reaktiv, aber derzeit so viele Anfragen, dass es nicht anders bewältigt werden kann. ! Twitter-Account wurde heute früh gehackt, Tweet mit richtigem Inhalt abgesetzt, 7:15 Uhr ist der Vorfall aufgefallen. Es wurde eine Erklärung getwittert und das Passwort geändert. ! Es gab auch eine Drohung am WE, dass die Webseite würde gehackt, wenn die Fallzahlen nicht niedriger dargestellt würden. ! Bitte, dass alle Dinge, die entwickelt werden (Dok., Ergebnisse) auch in Verteiler Krisenstab kommuniziert werden. 	Presse
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Nicht-Abschaffung der Risikogebiete bis 5.4. (BMG), RKI-</p>	FG32/FG34/

	<p>Sprachentwurf liegt vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BL haben darauf gedrängt, dass Risikogebiete bestehen bleiben – Es gibt Frist bis 05.04., dann wird Konzept der Risikogebiete verlassen. <p>Nowcast:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Ergebnisse sollten vorsichtig kommuniziert bzw. noch nicht kommunizieren werden. Das könnte den derzeitigen Maßnahmen widersprechen. <p>Echtzeiterfassung der Laborergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ARS ist ein Tool, das mittlerweile 40 Labore beinhaltet. Es umfasst auf täglicher Basis Informationen zu pos/neg Testergebnis, und ob der Patient ambulant, auf einer normalen Station oder auf einer Intensivstation behandelt wird. ! Es können auch gerne Daten für den Lagebericht geliefert werden. ! Die Labore der VOXCO-Umfrage sollen langfristig auf ARS umsteigen, aber derzeit noch nicht alle Labore eingebunden. ! Die VOXCO Umfrage erfasst zusätzlich auch Kapazitäten. Das kann man in ARS nicht abbilden. ! Es gibt eine Idee ein Tool zu entwickeln, ähnlich wie die DIVI-Intensivbettenabfrage, welches genutzt werden könnte, um die Kapazitäten der Labore zu erfassen und ggf. Proben an andere Labore zu verteilen. ! Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wird regelmäßig von der Presse nach diesen Zahlen gefragt und wäre froh, wenn das RKI solch ein Tool entwickeln würde. ! Eine solche Abfrage wäre hilfreich, aber ist wahrscheinlich schwer aktuell zu halten. ! Die Abstimmung, ob wir ein Instrument benötigen, um die Kapazitäten der Labore zu ermitteln und die Proben zu verteilen, gab kein klares Ergebnis. <p>Grundsätzliches zu Entscheidungskompetenzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Verschoben auf nächsten Termin <p>Weiteres - Gesamtstrategie für Öffentlichkeitsarbeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine Gesamtstrategie zur Kommunikation mit der Öffentlichkeit wäre, gerade bei Projekten im Bereich Digitalisierung, wichtig – hier sollte nachgesteuert werden. 	FG36/alle
6	Dokumente	

	<p>Sachstand Patienten-Flussschema</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ein Patientenflussschema wird von IBBS entwickelt, es hat eine Überlappung mit der Charité App und wendet sich an die Bevölkerung (für den Zeitpunkt wenn auf Risikogebiete verzichtet wird) ! FG21 arbeitet mit Charité und BZgA zusammen, BMG macht großen Druck bezüglich der App ! Bei Patientenflussschema sollten sich IBBS und FG21 mit Hr. Benzler abstimmen. <p>Kontaktpersonen-Management-Flyer</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine finale Infografik zum Kontaktpersonenmanagement heute Nachmittag erstellt und geteilt – bitte nochmal anschauen. <p>Videodarstellung zu PSA-An/Ablegen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! IBBS bereitet kleine Filme vor zur Verwendung und auch zur Wiederverwendung von PSA <p>Weiteres</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt einen Brief an DIVI und DKG bezüglich der getrennten Unterbringung von infizierten/nicht infizierten Patienten. Der Brief soll breiter gestreut werden, u.a. Bundesärztekammer und weitere Fachgesellschaften. ! Es gab von der KBV eine Rückmeldung zum Flussschema Verdachtsabklärung/Maßnahmen – Es gibt Probleme bezüglich Diagnostik von ARE – da Testindikation an Testkapazitäten gekoppelt ist – Daten zu Testkapazitäten sollten daher zur Verfügung gestellt werden (s.o. Echtzeiterfassung der Laborergebnisse). 	<p>IBBS/FG37/ AL1/alle</p>
<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>Thema Selbstabstriche</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ergebnisse der Studie zum Selbstabstreichen von 9 Testungen aus den DRK Kliniken: Das Ergebnis des Nasenabstrichs korreliert gut mit ärztlichen Abstrichen und auch der Rachenabstrich zeigt eine gute Korrelation, der Gaumenabstrich scheint weniger sensitiv zu sein. Vermutlich ist der Nasenabstrich leichter durchzuführen. Es kommen aber noch Ergebnisse von 30 Testungen aus der Charité dazu. Die Proben werden gerade herausgesucht, die Ergebnisse liegen nächste Woche vor, ggf. auch früher. Es gibt eine gute Zusammenarbeit von FG36 (Hr. Buchholz), FG37 (Fr. Abu Sin) und ZBS1 (Hr. Nitsche). 	<p>FG36</p>

8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Bericht vom ABAS</p> <p>! Der ABAS hat eine ad hoc Arbeitsgruppe gebildet (mit vielen Vertretern aus versch. Bereichen). Sie halten 2 TK jede Woche und arbeiten dafür, dass die Mitglieder noch viele andere Aufgaben haben, sehr schnell. Generell müssen viele Abstriche beim Arbeitsschutz gemacht werden, was nicht immer leicht ist. Anfragen vom RKI werden immer vorgezogen.</p> <p>! Der ressourcenschonende Einsatz von Masken war hoch diskutiert – inzw. Hat sich der ABAS darauf geeinigt, dass die Masken nicht mehr patientenbezogen, sondern krankheitsbezogen eingesetzt werden sollen. Außerdem ist das Dokument zum Umgang mit Verstorbenen mit dem ABAS abgestimmt worden.</p>	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Es gab eine Anfrage von Herrn Wieler zu der von der WHO empfohlenen Anzahl an Infektionsepidemiologen: 0,5 Epidemiologen/100.000 Einwohner</p> <p>! Hintergrund dazu ist eine TK des Bundeskanzleramts mit den Staatskanzleien. Jedes GA soll demnach Unterstützung bekommen. Zunächst waren Teams à 5 Personen geplant, das soll jetzt ggf. nach Einwohnerzahl bemessen werden.</p> <p>! Angesichts der derzeitigen Situation wurden 5 Personen/100.000 empfohlen.</p> <p>! Im Iran waren es sogar pro 500 – 1000 Personen zwei Personen als Unterstützung</p> <p>! Da die GÄ immer weiter abgebaut wurden, sollte die Unterstützung nicht zu knapp bemessen werden und die GÄ haben auch noch viele andere Aufgaben haben.</p> <p>! Ggf. sollte man auch Südkorea als Bsp heranziehen</p> <p>! Diese Information wurde zunächst schnell benötigt, aber eine fundiertere Analyse wird nachgeliefert</p>	AL3
10	<p>Surveillance</p> <p>! s.o.</p>	
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! nicht besprochen</p>	
12	<p>Internationales</p> <p>! nicht besprochen</p>	
13	<p>Studien</p> <p>Update zu digitalen tools:</p> <p>! 1. Tool mit Charité (Abstimmung mit Hr. Benzler), sehr starker Druck vom BMG, 2. Datenspende App, die über Fitnesstracker die Ausbreitung besser vorhersagen kann. 3. CGA (Corona contact tracing Gesundheitsapp) Projekt mit</p>	FG21



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Heinrich-Hertz-Institut zur Verfolgung von Kontaktpersonen</p> <p>! Es gibt auch weitere Apps: GoData (WHO) und SORMAS (Hr. Benzler kennt alle Diskussionen und sollte dazu kontaktiert werden)</p> <p>! Es gibt eine große Eigendynamik: 15 internat. Player in Europa, und es ist dringend ein Überblick nötig.</p> <p><i>ToDo: Es sollte möglichst bald mit Hr. Brockmann ein Termin für den Krisenstab ausgemacht werden, um zu klären wo der Stand ist und was die nächsten Schritte sind. – Hr. Schmich.</i></p>	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Donnerstag, 26.03.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	26.03.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! ZBS1
 - Eva Krause
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
- Maria an der Heiden
- ! FG 34
 - Matthias an der Heiden
- Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG35
 - Hendrik Wilking
- ! FG36
 - Walter Haas

- Silke Buda
- ! FG37
- Tim Eckmanns
- ! IBBS
- Christian Herzog

- ! Presse
- Ronja Wenchel
- ! ZIG1
- Andreas Jansen
- ! INIG
- Basel Karo
- ! BZGA
- Frau Thaiss

ToDo: BMG vorschlagen, Iles de France als Risikogebiet zu deklarieren

- Paper zu Auswirkung der Einschränkungen in China auf Fälle: starker Unterschied vor und nach Maßnahmen, nach Einführung werden Wachstumsraten negativ; vorsichtig zu interpretieren, da keine zeitliche Latenz zwischen Maßnahmen und Rückgang Fallzahlen

National

- ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](#))
 - SurvNet übermittelt: 36.508 (+4.954), davon 198 Todesfälle (+49)
 - 2 Kurven: eine mit Erkrankungsbeginn/alternativ Meldedatum und eine mit Meldedatum.
 - Im Vergleich mit den Daten der Johns Hopkins Universität scheinen die Zahlen vom RKI nicht aktuell zu sein, außerdem hat die Kurve im Gegensatz zum RKI keinen Abbruch, wird heute in Ministerkonferenz diskutiert; Verzögerung entsteht durch Bundesländer. Die Differenz wird jedoch geringer.
 - Fürs Dashboard ist auch die kumulative Kurve vorgesehen, ist jedoch technisch nicht so einfach umzusetzen.
 - Zur Kommunikation: es ist epidemiologisch richtig kumulative Fälle zu berichten, in der Bevölkerung ist jedoch nicht immer klar, dass die Anzahl kumulativer Fälle nicht die Anzahl akut Erkrankter bedeutet, evtl. sollte eine 2. Kurve für Genesene mitgeführt werden. Hier sind nur vorsichtige Schätzungen möglich.
 - Die Schätzung der Genesenen bezieht sich auf Meldedaten, ein Vorschlag wäre, die Kurve 2 Wochen vor dem aktuellen Datum zu stoppen.

ToDo: Gedanken zur Darstellung der Genesenen machen

ToDo: Hr. Wieler benötigt die geschätzte Zahl der Genesenen jeden Wochentag.

- Inzidenzen steigen weiter an.
- Höchste Inzidenzen
 - Bundesland-Ebene: BW hat HH fast eingeholt,

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>höchster Anstieg der Inzidenz in BY, NRW wegen Meldeverzug vorsichtig zu betrachten; München und Hamburg haben gestern nichts gemeldet, gehen jedoch in erster Linie von Infektionen durch Reiserückkehrer aus.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Heinsberg: Entwicklung eher positiv ▪ SK oder LK: <ul style="list-style-type: none"> ! 3-/5-Tages-Inzidenz mit autochthonen Fällen: Tirschenreuth, Tübingen und Miesbach, Heinsberg ist nicht mehr unter den TOP 15 ! 7-Tages-Inzidenz mit autochthonen Fällen: hier ist Heinsberg noch dabei, Tirschenreuth an oberster Stelle ○ <u>Trendanalyse der Kreise</u>: München, Hamburg haben die meisten Fälle, die Inzidenz ist in Heinsberg, Tirschenreuth und Hohenlohekreis am höchsten, die 7 Tages Inzidenz ist am höchsten in Tirschenreuth, Miesbach und Rosenheim. ○ Hohenlohekreis, Tirschenreuth, Freising sollten als besonders betroffene Gebiete definiert werden: die Bundesländer + BMG haben hierzu noch nicht Stellung bezogen. ○ Die Frage ist, nach welchem/n Kriterie(n) soll entschieden werden, welche Gebiete als besonders betroffen definiert werden? Das Konzept der besonders betroffenen Gebiete soll zwar nur noch bis 05.04. weiterverfolgt werden, jedoch sind diese Gebiete auch für die Exit-Strategie relevant. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorschlag alle Gebiete mit 7 Tages Inzidenz >100 sind besonders betroffene Gebiete <ul style="list-style-type: none"> ! Vorteil: einfaches System, klarer Cut-Off für Begründung sinnvoll, Inzidenz ist im Lagebericht enthalten ! Nachteil: häufiger Wechsel der betroffenen Gebiete, da diese wieder rausfallen, wenn die Inzidenz sinkt; LK sollten nicht zu schnell von Liste genommen werden ▪ Frage sollten weitere Kriterien, wie die Tendenz berücksichtigt werden? Nachteil: durch Betrachtung verschiedener Kriterien entsteht Zeitverzug. 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn das Risikokzept verlassen wird, sollte ein anderer Begriff für diese Gebiete gesucht werden. ○ Erfahrungen aus China: Inzidenz war nur 1 Kriterium, bei der Exit-Strategie wurde räumlich gestaffelt vorgegangen. ○ In die Exit-Strategie sollten auch andere Kriterien miteinbezogen werden, eine Kategorisierung von Gebieten nach mehreren Kriterien wäre sinnvoll. Diese sollte jedoch nicht zu kompliziert sein, eine klare Systematik wäre wünschenswert, ggf. könnten weitere Kriterien später hinzugezogen werden. ○ Ein Ampelsystem oder 4er Einteilung wird anvisiert, im Moment jedoch wird eine 7-Tagesinzidenz > 100 zu Grunde gelegt. <p><i>ToDo: Tirschenreut und Miesbach sollen zu den besonders betroffenen Gebieten hinzugefügt werden, Frist für Länder zur Stellungnahme bis heute Abend</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bei der Alters-Geschlechtsverteilung ist ein deutlicher Anstieg der älteren Altersgruppen zu verzeichnen. ! Bei den Clustern sind immer noch viele auf internationale Exposition zurückzuführen, zunehmend sind jedoch auch Gesundheitseinrichtungen betroffen (Krankenhäuser, Pflegeheime, Reha-Kliniken). ! Amtshilfeersuchen Sachsen-Anhalt, LK Wittenberg: Christina Frank, Marina Lewandowsky, Neil Saad wurden zur Unterstützung bei KoNa bei einem Altenpflegeheim entsendet. Auch Fälle unter HCW, PSA fehlt, Panik beim Personal, Versorgung der Bewohner nicht gesichert, diverse Unterstützungspersonen angefordert, sehr schwierige Situation. Hinweis: Bertelsmannstiftung bringt Angebote von Pflegepersonal mit erhöhten Bedarfen zusammen, Frau Thaiss schickt Link. 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frettchen sind kein gutes Tiermodell, Konzentration auf Schweine, könnten relevantes Tiermodell sein. ! Ab nächster Woche sollen Intensivmediziner zusammengebracht werden; klinische Studien zu noch nicht zugelassenen Medikamenten bzw. off-label use sind geplant. ! Die CDC-Auswertung der Fälle in USA sollten angesehen werden. 	FG17, alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Soll auf „sehr hoch“ für Risikogruppen gesetzt werden; Personen, die mit vulnerablen Gruppen arbeiten, sollen bevorzugt getestet werden. 	Alle

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<i>ToDo: Risikobewertung für Bevölkerung hoch, für Risikogruppen sehr hoch, soll heute Nachmittag auf Website geändert werden.</i>	
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Austausch mit kommunalen Verbänden hinsichtlich Obdachloser; diese sind besonders gefährdet in Bezug auf Wegfall von Hygienemöglichkeiten und Streuung von Infektionen. ! Quarantäne in Abgrenzung zum Kontaktverbot wurde heute eingestellt. ! BMG Kampagne mit verschiedenen Prominenten „Zusammen gegen Corona“ startet heute: BZgA war nur beratend tätig. RKI und BZgA sollten sichtbar werden. Ansprechpartner in der Pressestelle ist Fr. Wenchel. ! Telefonaktionen wurden ausgeweitet, diese werden vor- und nachbereitet. Steuerung in Hinblick auf Hotspots wäre möglich. Es sollten jedoch keine Widersprüche mit GA vor Ort entstehen und die Kommunikation sollte nicht zu kleinteilig sein. Eher proaktiv an Leute herangehen, Botschaften könnten intensiver gestreut werden. <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FAQ zu den Zahlen der Johns Hopkins Universität ist online; Seite mit Fallzahlen wurde umstrukturiert. ! Morgen findet kein Pressebriefing statt, da heute Nachmittag eine Bundespressekonferenz mit Hr. Wieler stattfindet. Das nächste Pressebriefing wird am Montag oder Dienstag stattfinden. ! Bei Übertragungsschwierigkeiten, wie zuletzt in Hamburg, bitte dies der Presse mitteilen. 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Serosurveys:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Querschnittsuntersuchungen an Proben von Blutspendern sind in den nächsten Monaten in Zusammenarbeit mit HZI und RKI geplant, die Koordination übernimmt Gerard Krause vom HZI. ! Ein Teil der NAKO-Zentren plant Querschnitts- und Längsschnittsurveys, Federführung liegt bei Epidemiologen in Bremen, NAKO Infrastruktur kann genutzt werden, soll in nationale Kohorte eingebunden werden. NAKO konzentriert sich auf 3 Regionen, bei ca. 8000 Personen ist eine Befragung kombiniert mit Testung geplant; bevölkerungsrepräsentativ, vorher werden Fragebögen und Einwilligung versendet. Dies soll relativ zeitnah stattfinden. Der Weg zur 	<p>Abt.2/Abt.3</p>

	<p>Stichprobenziehung wird gerade evaluiert. Die NAKO hat ihr Proposal beim BMWi eingereicht und braucht kurzfristig ein Unterstützungsschreiben des RKI.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Der Fuhrpark und das Personal der GERN Studie wäre einsetzbar. In besonders betroffenen Regionen könnten schnell und über verschiedene Wochen Proben abgenommen werden. Die bisherigen Vorhaben müssen miteinander koordiniert werden, auch mit der NAKO. RKI sollte sichtbar sein durch Federführung oder Koordination von Teilprojekten. ! Die Universität Düsseldorf plant ein Serosurvey bei dem Proben aus Heinsberg und Aachen untersucht werden sollen. ! Abt. 3 plant zusammen mit dem Blutspendedienst West und weiteren wöchentlich 500-700 Proben am RKI zu untersuchen. ZBS1 und Konsiliarlabor versuchen EURO-Immuntest so anzupassen, dass gute Spezifität zu erwarten ist. ! Die Frage ist, wer die Aktivitäten koordinieren könnte. Abt. 2 übernimmt die abteilungsübergreifende Koordination und nimmt eine starke RKI-Rolle bei den anderen Initiativen in DE. Busse, Orte, Infrastruktur und Personal ist bei Abt. 2 vorhanden. Die Expertise von Abt. 3 wird einbezogen. Testkapazitäten am RKI gibt es genug, sobald der ELISA läuft ! Repräsentative Untersuchungen sind erst in mehreren Monaten relevant. Serosurveys in Hotspots sind sinnvoll, Abt. 2 könnte die Koordination für Serosurveys übernehmen, dafür müssten sie sich erst einen Überblick verschaffen. <p><i>ToDo: zeitnah Besprechung aller relevanten Personen, wo Beteiligung sinnvoll wäre und wo Federführung oder Koordination des RKI in Frage käme, Federführung Abt. 2, Expertise Abt. 3</i></p> <p>Modellierung des Effekts von Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Seit gestern Teilnahme an einer slack-Plattform mit 54 Personen und weiteren Kollegen vom RKI zum Methodenaustausch. Anfrage, ob RKI Daten zur Verfügung stellen kann, z.B. Kooperation für Nowcasting. Ein begrenzter Datensatz, die ohne größere Probleme zur Verfügung gestellt werden könnten, sollten auch zur Verfügung gestellt werden. Das RKI sollte kooperativ sein, solange der Aufwand nicht zu groß ist. ! Zur Lagebeurteilung sollte das RKI prioritär eigene Analysen machen, zur Kapazität von med. Versorgung könnten das auch andere tun. Viele Anfragen bedeuten aber auch viel Arbeit, da Daten erklärt werden müssen. ! Auf keinen Fall sollte der gesamte Datensatz weitergegeben werden, da für die Interpretation die Kompetenz von FG36 und 32 nötig ist. Die Auswertung durch Sachkundige kann zu Fehlschlüssen führen und großen Schaden verursachen. Stattdessen sollten konkrete Projekte definiert werden und im 	<p>ZIG, FG37</p>
--	--	------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Einzelfall entschieden werden, wer welche Daten bekommt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Der Austausch mit Personen, die Mitarbeit an Plattformen und gemeinsame Projekte sind dennoch sinnvoll. Sonst entstehen evtl. Rechtfertigungsprobleme später, falls die Prognosen nicht ganz korrekt sein sollten. ! Am RKI sollte eine Modellierungsgruppe klären, bei welchen Fragestellungen das RKI die Federführung haben sollte und welche Daten an welche Gruppe gegeben werden könnten. Eine klare Definition der Zielstellung ist nötig, wer braucht was? ! Die Bahn möchte Daten zu Zugfahrten zur Verfügung stellen, das wäre für die Gruppe von Hr. Brockmann relevant. ! Morgen wird vorgestellt, was Hr. Brockmann und Abt. 2 vorhaben. Die Koordination sollte bei Abt. 3 liegen: <p><i>ToDo: Definierung eines Konzepts, welche Daten wann für wen extern für Zwecke der Modellierung zur Verfügung gestellt werden können, Federführung Abt. 3</i></p> <p>Kriterien zur Deeskalation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt klare klinisch-epidemiologischen Indikatoren sowie klare virologische Indikatoren (Serosurvey zur Immunität der Bevölkerung hilfreich). ! Darüber hinaus müssen Kriterien zur sozialen Akzeptanz definiert werden. Indikatoren sollen aufgestellt und gemonitort werden. Hier könnte unter anderem ein social media monitoring stattfinden. ! Hinsichtlich der Maßnahmen zur sozialen Distanzierung soll ein Katalog unterschiedlicher Maßnahmen aufgestellt werden. Die verschiedenen Maßnahmen sollen regional und für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen skaliert werden; welche Maßnahmen können bleiben, auf welche kann verzichtet werden. Es soll ein Ampelsystem für die gesamte Bevölkerung und auch für bestimmte Bevölkerungsgruppen definiert werden. ! Dann könnte eine schrittweise Aufhebung von Maßnahmen erfolgen, schrittweise geografisch, je nach epidemiologischem und sozialem Verlauf. Die Maßnahmen sollen an die verschiedenen Bevölkerungsgruppen angepasst werden. ! Der wirtschaftliche Druck wird ansteigen, deshalb sollte der Schutz besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen in den Vordergrund gestellt werden, bisher wurden eher universelle 	
--	---	--

	<p>Maßnahmen ergriffen.</p> <p>! 2 Szenarien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1.: Soziale Distanzierungsmaßnahmen werden für alle aufgehoben, Eindämmung auf einem Niveau. ○ 2.: Bestimmte Bevölkerungsgruppen werden besonders geschützt durch weiterführende Testungen und Kontaktpersonennachverfolgung. <p>! Das Konzept der Deeskalation ist ein flexibles Konzept, bezieht sich immer auf einzelne Maßnahmen und kann entsprechend der Situation in bestimmten Regionen oder für bestimmte Gruppen de- oder reeskaliert werden. Die Maßnahmenliste ist ein erster Entwurf dazu, wann auf welche Maßnahme verzichtet werden kann.</p>	
6	<p>Dokumente</p> <p>Sachstand Patienten-Flussschema</p> <p>! Im neuen Flussschema für Patienten gibt es keine Risikogebiete mehr, nur noch Symptome.</p> <p>! IBBS ist noch im Abstimmungsprozess mit FG36, dann soll Entwurf an die Grafikfirma weitergegeben und bis Ende der Woche finalisiert werden.</p> <p>! Erst soll die Abstimmung mit FG32 und FG36 erfolgen, daran anschließend weitere Abstimmung, morgen Nachmittag kann Version zirkulieren.</p> <p>! Kontaktpersonen-Management-Flyer</p> <p>! In Endabstimmung</p>	IBBS
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>Thema Selbstabstriche</p> <p>! AGI Sentinel läuft weiter; Probenanzahl ist rückläufig (90 Proben, 1 positiv)</p> <p>! Info von ZBS1: Engpässe bei bestimmten Laborutensilien sind absehbar, es soll eine Liste mit fehlenden Utensilien an die FG-Leiter geschickt werden.</p> <p>! Wie viele Tests pro Woche deutschlandweit möglich sind, wird im BMG-Lagezentrum geklärt.</p> <p>! ARS: Daten werden täglich aktualisiert. Es sollte überlegt werden, was für Parameter in den Lagebericht übernommen werden könnten. Im Moment nehmen 45 Labore teil, die ein</p>	FG36 ZBS1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Drittel der Tests in Deutschland durchführen. Daneben gibt es auch die Daten der Voxco-Abfrage mit etwas weniger Detailtiefe, aber einer größeren Anzahl an beteiligten Laboren.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zusammen können so 174 Labore überblickt werden. 210 Labore haben sich außerdem für den Ringversuch angemeldet. ! Jeweils mittwochs wird über die Labortests berichtet. Der letzte Stand lag bei 174 Laboren mit 375.000 Tests insgesamt. ! Die ARS-Daten sind ein Subset der Daten der Voxco-Abfrage, in der Auswertung gibt es jedoch keine Überschneidung. Die ARS Daten sind wegen der Detailtiefe wertvoll. ! Aktuell wird ein Erlass zu Konzepten zur Optimierung der Nutzung von Laborkapazität erwartet. <p><i>ToDo: Hr. Mielke bereitet ein erstes Konzept vor und schickt es in die Runde, hierfür wird eine neu beim RKI einzusetzende Arbeitsgruppe benötigt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zu freien Kapazitäten könnte das Intensivbettentool genutzt werden, dies würde jedoch einen erheblichen Aufwand bedeuten. Zunächst sollte die Arbeitsgruppe etabliert werden, möglichst zusammen mit Externen. 	
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Projektantrag beim BMG zur Förderung der Telemedizin ! Ziel: mehr Kliniken an das DIVI-Tool anbinden, neue Schnittstellen müssen geschaffen werden, IVENA- Schnittstelle ist in Planung. 	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! GrippeWeb+; Ziel ist bis Mitte nächster Woche etwas zu Selbsttests sagen zu können 	FG36
10	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! <u>Schwere Fälle</u>: im Meldesystem sind verschiedene Variablen definiert; es soll eine Verlaufssurveillance mit Charite etabliert werden, hier gibt es noch datenschutzrechtliche Probleme <p><i>ToDo: Hr. Schaade benötigt detailliere Informationen zum Datenschutzproblem</i></p>	FG32, FG37
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	

12	Internationales (nur Freitag) ! Nicht besprochen	
13	Update zu digitalen tools ! Soll am Freitag besprochen werden.	FG21
14	Information aus dem Lagezentrum ! Nicht besprochen	
15	Andere Themen ! Ein Schreiben ans BMG und alle weiteren Drittmittelgeber zu Forschungsprojekten, die verlängert werden müssen, weil Mitarbeiter im Lagezentrum beschäftigt sind, ist in Vorbereitung. ! Nächste Sitzung: Freitag, 27.03.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	27.03.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
- Maria an der Heiden
- ! FG 34
 - Matthias an der Heiden
- Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns

- Sebastian Haller
- ! IBBS
- Christian Herzog
- Bettina Ruehe
- Claudia Schulz-Weidhaas

- ! Presse
- Ronja Wenchel
- Jamela Seedat
- ! ZIG1
- Andreas Jansen
- ! BZGA
- Frau Thaiss
- ! Bundeswehr
- Frau Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle, Inzidenzen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Frankreich</u>: 29.155 Fälle, 1.696 Todesfälle, Inzidenz: 37,7; <ul style="list-style-type: none"> ▪ vor allem betroffene Regionen: Grand Est, Ile de France mit der zweitstärksten Inzidenz, in Bourgogne Franche Comté und Hauts-de-France ist die Inzidenz geringer, da nicht so dicht besiedelt. Es wird erwartet, dass demnächst auch die Krankenhäuser von Ile-de-France an Kapazitätsgrenzen stoßen. ▪ Diagnostik: die Testkapazität steigt an, der Anteil positiver Tests ist mit 20% jedoch sehr hoch, was für eine zu geringe Testung spricht. ▪ Santé publique hat alle Regionen Frankreichs zu Risikogebieten erklärt, da in allen community transmission stattfindet. Frankreich rät seinen Bürgern mit Aufenthalt im Ausland, im Moment nicht nach Frankreich zurückzukehren. ▪ Dem BMG wurde bereits angekündigt, dass Ile de France als Risikogebiet definiert werden soll. Nun scheint zunehmend ganz Frankreich betroffen. ▪ Die Frage ist, soll ganz Frankreich zum Risikogebiet erklärt werden? Falls ja, was ist mit Spanien, Italien und UK? Wahrscheinlich ist es besser, die Risikogebiete großräumiger zu definieren. ○ <u>Spanien</u>: Schwerpunkte sind Madrid und Baskenland, es gibt auch Regionen, in denen die Inzidenz fast 0 ist. Es macht einen Unterschied, ob sich ein Land selbst zum Risikogebiet erklärt, was in Spanien nicht zutrifft. Was die einzelnen Länder als community transmission definieren, unterscheidet sich jedoch. Die Entwicklung in Spanien soll weiter beobachtet werden. ○ <u>Südkorea</u>: das Gerücht, dass die Fallzahlen wieder steigen, trifft nicht zu. Einreisemaßnahmen wurden verstärkt: bei Einreise Registrierung in einer App. Südkorea geht davon aus, dass Infektionen in erster Linie durch Einreise entstehen. Es gibt im ganzen Land noch Einzelfälle; Südkorea soll weiter beobachtet werden. 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Iran</u>: findet nun vermehrt Testung statt. Der Endbericht über die WHO-Mission in den Iran mit Einsatz von A. Jansen wird heute zur Verfügung gestellt. ○ <u>Österreich, Türkei</u>: wird am Montag berichtet; in der Türkei gibt es einen Anstieg. ○ <u>UK</u>: Laut EWRS-Nachricht aus UK wird von „community transmission“ ausgegangen und keine KoNa mehr betrieben, leichte Fälle werden nicht getestet. ○ <u>Niederlande</u>: 7.431 Fälle, 434 Todesfälle, Inzidenz: 11,9 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nordbrabant hat eine hohe Inzidenz: 66,1 und verzeichnet einen exponentiellen Anstieg der Fälle ▪ Geringe Anzahl durchgeführter Tests, mit Priorisierung auf Risikogruppen, Personen mit schweren Symptomen und HCW ▪ Maßnahmen: keine Ausgangssperre oder umfassende Kontaktverbote, Schulen und Restaurants sind geschlossen. Herdenimmunität ist zwar nicht Ziel, aber gewünschter Nebeneffekt der Strategie. <p><i>ToDo: Vorschlag ans BMG ganz Frankreich und ganz UK sowie die niederländische Provinz Nordbrabant als Risikogebiete zu definieren; bei positiver Rückmeldung vom BMG, Umsetzung auf der Homepage bereits am Wochenende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ INIG betrachtet täglich über 200 Länder, es werden Berichterstattungen und Medien berücksichtigt. ○ Auftrag vom Minister: klinische Daten aus Italien sollen bis Montag ausgewertet werden: Welche Daten sind vorhanden? Bundeswehr hat Daten erhalten und kann diese zur Verfügung stellen. ○ Info der BZGA unter www.iss.it kann man Zahlen aus Italien finden. <p><i>ToDo: Auswertung von klinischen Daten aus Italien, Federführung ZIG (A. Jansen)</i></p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 42.288 (+5.780), davon 253 Todesfälle (+55) <ul style="list-style-type: none"> ○ Anstieg ist relativ stabil, Differenz zu den Zahlen der Johns-Hopkins Universität beträgt ca. 5.000 Fälle, ca. 30 Todesfälle. 	<p>FG32</p>
--	--	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Genesene werden auf ca. 7.600 geschätzt. ○ Höchste Inzidenzen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bundesland-Ebene: Hamburg ist besonders betroffen, weiterhin auch BW und BY. Die Meldedatenübermittlung der großen GA in Hessen und NRW läuft nicht so gut. L. Schaade hat deshalb die OB von Köln geschrieben, er könnte das auch bei anderen GA tun. Hr. Schaade möchte, falls sich die Übermittlung nicht verbessert, die entsprechenden GA benannt haben. ▪ SK oder LK, 7-Tages-Inzidenz mit autochthonen Fällen: wird auch im Lagebericht berichtet. Im Vergleich zu gestern liegt eine viel größere Gruppe über einer Inzidenz von 100: Tirschenreuth und Miesbach wurden gestern angefragt, jetzt würde das Kriterium auch auf Erding, Tübingen und Rosenheim (LK und SK) zutreffen. Eine Inzidenz > 100 der autochthonen Fälle soll weiter das Kriterium für die Definition der besonders betroffenen Gebiete sein. <p><i>ToDo: Tirschenreuth, Miesbach, SK+LK Rosenheim, Erding und Tübingen sollen dem BMG vorgeschlagen werden; Zustimmung BMG wird eingeholt, BL werden vorab informiert</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Trendanalyse der Kreise: besonders betroffen sind München und Hamburg. ○ Altersverteilung verschiebt sich in die älteren Altersgruppen, noch stärker kann das bei hospitalisierten Fällen beobachtet werden. ○ <u>Labortestungen</u>: für die 11. und 12. Kalenderwoche steht eine Übersicht über Anzahl Testungen und Anzahl positiv Getesteter von 114 bzw. 176 Laboren zur Verfügung. <ul style="list-style-type: none"> ▪ In manchen Orten sind nur sehr knappe Testkapazitäten vorhanden, in anderen findet auch Screening statt. Untersuchungsmaterialien werden nach einem Schlüssel vergeben, der epidemiologischen Gründe nicht berücksichtigt. Die genauen Teststrategien sollten kommuniziert werden. ▪ Es stellt sich die Frage, warum die Testkapazität von Laboren aus anderen BL nicht genutzt wird. Normalerweise werden auch Laborproben durchs ganze Land zur Testung versendet. Wer ist in AGI der beste Ansprechpartner für die Arbeitsgruppe von Hr. Mielke zur Labortestung? BL haben unterschiedliche Interessen, TH und RP liegen am weitesten auseinander. 	
--	---	--

	<p>Alle 16 Länder in einer Arbeitsgruppe macht wenig Sinn. AP aus BY oder BW wäre sinnvoll.</p> <p><i>ToDo: Teilnahme von M. Mielke bei nächster AGI TK am Dienstag</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gemäß RKI-Empfehlung sollen keine asymptomatischen Personen getestet werden, wie kann das stärker adressiert werden? Diese Regel gilt nicht generell, bei HCW oder in Altenheimen kann asymptomatisches Testen durchaus sinnvoll sein. Dies sollte jedoch Spezialsituationen vorbehalten sein. Getestet wird aus dem Unverständnis über die Aussagekraft des Ergebnisses heraus, dies könnte mit Hinweisen zur Testung kommuniziert werden. Die Formulierung müsste jedoch Raum für besondere Situationen lassen. Die BZgA sollte kommunizieren, dass es sich um ein punktuelles Ergebnis mit trügerischer Sicherheit handelt. <p><i>ToDo: An mehreren Stellen die Kommunikation zum gezielten Testen symptomatischer Personen verstärken: im neuen Flussdiagramm (IBBS), den FAQs (FG17), CovApp „Chatbot“ (P. Schmich), im Epid Bull</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Daten DIVI, Abdeckung von rund 2/3 aller Intensivbetten: mind. 939 Patienten mit COVID-19 sind demnach intensivpflichtig, davon werden 68% beatmet, 238 haben die Behandlung abgeschlossen. ○ Viele Cluster, fast 30 verschiedene Kreuzfahrtschiffe, in Pflegeheimen und Familien werden Folgefälle zunehmend nicht mehr getestet. ○ Es gibt ein Amtshilfeersuchen aus Weiden in der Oberpfalz, dies wird zurzeit geprüft. ○ §12 Übermittlungen zu Verdachtsfällen und Einzelfällen oder Todesfällen werden nicht mehr eingefordert; §12-soll besonderen Situationen (größere Ausbrüche) vorbehalten sein. Das Dashboard wurde aktualisiert und die kumulative Kurve aufgenommen. Im Dashboard sollen die gleichen Kurven wie im Lagebericht enthalten sein, dies ist schon beauftragt, aber die technische Umsetzung schwierig. <p><i>ToDo: Lagebericht vom GMLZ dahingehend sichten, wo weiterer Informationsgehalt für Krisenstab besteht. LZ soll berichte großzügig an Verteiler Krisenstab weitergeben.</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! CDC-Studie: Aufarbeitung der klinischen Fälle in USA wird am Montag von FG36 kommentiert. ! FG36 hat Studie zur asymptomatischen Übertragung angesehen, die Infos werden in die Aktualisierung des 	Alle

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Steckbriefs aufgenommen. Asymptomatische Übertragungen können einen relevanten Anteil an Übertragungen haben. Die Daten sprechen dafür, auch bei leichter Symptomatik zur Selbstisolation raten.</p> <p>! Eine Chinesische Modellierungsstudie nimmt an, dass 2-3 Tage vor Symptomen schon Übertragungen vorkommen. Keine Änderung bei KoNa notwendig, wird bei 2 Tagen belassen.</p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Anpassungsbedarf</p>	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Es wurde das Abstandsvideo in 6 weiteren Sprachen eingestellt.</p> <p>! BMG hat Dachkampagne gestartet. BZgA wird themenspezifische Programme auf Corona ausrichten.</p> <p>Presse</p> <p>! Infopostfach aus Abt. 2; Koordination ist gut angelaufen, Abstimmung zwischen Telefonaten und Infopostfach ist sinnvoll.</p> <p>! Es gibt viele Anfragen zur Maskenwiederverwendung.</p> <p>! Der Epid Bull-Beitrag kann heute online gestellt werden.</p> <p>! Die Pressekonferenz wird ab nächster Woche nur noch dienstags und freitags stattfinden.</p> <p>! AÖGW: Podcasts für den ÖGD werden von der Akademie produziert. Es wurde angeregt, dass sich das RKI mehr beteiligt. Die Akademie stellt dem RKI frei, geeignete Themen zu finden.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>BMI-Konzept/Rolle des RKI</p> <p>! Es wurde eine Gruppe mit Modellierern von einem BMI Staatssekretär gebildet. Dieser ist für eine Beteiligung des RKI an Hr. Wieler herantreten, der Hr. an der Heiden vorgeschlagen hat. Die Gruppe arbeitet an Modellen, u.a. einem Deeskalationskonzept. Nun wurde ein vorläufiges internes Dokument der Presse zugespielt, in dem steht, dass es mit dem RKI abgestimmt sei. Dieses wurde von der Süddeutschen, FAZ zitiert. Das Paper kommt zu anderen Schlüssen als derzeitige RKI-Empfehlungen und es gab dies bzgl. eine Anfrage vom BMG, wo das Dokument nicht bekannt war. Für die Zukunft: eine Beteiligung des RKI darf nur genannt werden, wenn der Text auch freigegeben wurde. Das Paper ist nicht offiziell publiziert, es wurde aber frei in der Gruppe geteilt. Hr. Wieler und Herr an der Heiden werde das Dokument mit dem Krisenstab teilen.</p>	FG32

	<p>Konzept Umgang mit Anfragen zur Modellierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es liegt ein Vorschlag zur Priorisierung von Modellierungsanfragen vor. Es soll ein Variablenset identifiziert werden, das geteilt werden kann. Interpretationshoheit soll beim RKI liegen. Über das Dashboard und SurvStat besteht bereits die Möglichkeit, aggregierte Daten zu erhalten. ! Am 25.03 gab es eine Anfrage von 2 Fachgesellschaften, noch ohne konkrete Zielstellung. Die Frage ist, gibt es von Seiten der DGEpi konkrete Ideen oder gibt es von RKI-Seite Ideen. Die Fachgesellschaften möchten unterstützen, eine komplette Ablehnung der Anfrage wäre schwierig. <p><i>ToDo: Anfrage kann an Lagezentrum gehen, es sind bereits AP definiert</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anfrage von Hr. Krause ist bei FG36, W. Haas wird eine Antwort schicken, es geht um ein Briefing für Anne Will am Sonntag. ! Hr. Lampert war an einer TK des Zukunftsforums Public Health beteiligt, bei der Unterstützung in Form von systematic reviews auch zu psychosozialen Themen angeboten wurde. RKI soll Bedarfe melden. ! Auf WHO Ebene gibt es ähnliche Prozesse: Kollaboration bei rapid evidence reviews. Hier können auch Themen eingebracht werden. <p><i>ToDo: Think Tank mit Kandidaten aus jeder Abteilung, Federführung Lagezentrum, zunächst intern, evtl. später mit externer Expertise</i></p> <p>Deeskalationskonzept</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es wird an der nächsten Version mit 4 Szenarien gearbeitet. Fr. Hanefeld tritt in Kontakt mit Hr. an der Heiden. 	<p>FG32</p> <p>Abt.2, ZIG2</p> <p>ZIG</p>
<p>6</p>	<p>Dokumente</p> <p>Sachstand Patienten-Flussschema</p> <ul style="list-style-type: none"> ! COVID-19 Orientierungshilfe: Bin ich betroffen und was ist zu tun? Es gibt 5 Endgruppen: von „Personen, die sich telefonisch medizinisch beraten lassen sollen“ bis hin zu „keine Maßnahmen erforderlich“. ! Die Übersicht ist mit der App von FG32 und Charité 	<p>IBBS, FG36, FG32</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>abgestimmt, sie sollte vorab an die BZgA zur Kenntnis geschickt werden. Nur auf die App zu setzen wäre nicht sinnvoll vor allem in Hinblick auf ältere Menschen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es wird von 2 Situationen ausgegangen, Erkrankungssymptome (ja-kein); muss ich mir Sorgen wegen COVID-19 machen (ja-kein). ! Einwand: frühzeitige Selbstisolation ist bei Erkältungssymptomen immer gewünscht. Für die Teststrategie ist relevant, ob eine Ansteckung mit COVID-19 wahrscheinlich ist, nicht jedoch für die freiwillige Selbstisolation. Der Bevölkerung soll signalisiert werden, dass diese bei Erkältungssymptomen immer sinnvoll ist (wichtiger Bestandteil der Strategie). ! Ranking der Symptome sollte nicht von schweren zu leichten Symptome führen, sondern umgekehrt. <p><i>ToDo: konkreter Vorschlag von W. Haas zum Schema, soll Anfang nächster Woche veröffentlicht werden</i></p> <p>Sachstand Kontaktpersonennachverfolgung Grafiken</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Letzter Stand der 3 Grafiken, die zur KoNa entstanden sind; finale Kommentierung bis heute, bisher noch keine Rückmeldung erhalten. <p><i>ToDo: FG36 hat noch Kommentare und wird sich diesbezüglich mit FG37 austauschen, dann IBBS informieren, damit es veröffentlicht werden kann.</i></p> <p>KRITIS Dokument: Wie weit ist es? Bisher keine Signal und keine Kommentare vom BMG erhalten. Minister möchte, dass es fertig wird.</p> <p><i>ToDo: soll nicht mit BBK abgestimmt, sondern direkt veröffentlicht werden (FG37)</i></p>	
7	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! AGI Sentinel: rückläufig, evtl. Auswirkung von Schulschließung ! Testung ZBS1: jetzt auch Neukölln und Pankow als Einsender, alle Proben werden geschafft, ca. 150-180 Befunde pro Tag, von ca. 1.700 Tests waren ca. 300 positiv. ! GrippeWeb+: bisher alle negativ auf COVID-19 getestet. ! Demnächst soll ein Paper aus Hongkong erscheinen mit dem Ergebnis, dass Mund-Nasenschutz auch zum Selbstschutz sinnvoll ist. Dies soll extra besprochen werden. 	<p>FG17, ZBS1 FG36</p>

8	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Nicht besprochen	FG36, IBBS, FG32
9	Maßnahmen zum Infektionsschutz Kontakte im Freien: ! Bitte aus AGI (HH): Eingrenzung von „Aufenthalt am gleichen Ort“ hin zu „im gleichen Raum“. FG 36: Soll im Moment nicht angepasst werden. Übertragung in Räumen ist primär bei Aerosolübertragung relevant, bei Tröpfcheninfektion ist vor allem der Abstand relevant, die Enge des Kontaktes ist entscheidend. Kann auch im Freien sein.	FG32, FG36
10	Surveillance ! Klinisch-epidemiologische Fälle: <ul style="list-style-type: none"> ○ Perspektivisch Änderung der Referenzdefinition mit Einschluss klinisch-epidemiologisch bestätigter Fälle nötig, das Haushaltskontakte zunehmend nicht getestet werden. ! Serostudien: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hr. Lampert versucht die verschiedenen Stränge bei Serostudien zusammenzubringen. Von Seiten des RKI ist Testung in hotspots mit Bussen geplant, sowie Bundeslandstichproben. Es wird geklärt, was von anderen Einrichtungen geplant ist, Hr. Lampert und Hr. Krause sind in Kontakt. ! Nowcast: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mit dem Nowcast soll der Melde- und Diagnoseverzug korrigiert und eine Prognose erstellt werden, wie viele Personen in Deutschland bereits an SARS-CoV-2 erkrankt sind. Noch wird mit einer deutlichen Zunahme an Fallmeldungen gerechnet. ○ Es handelt sich nicht um eine Modellierung von Maßnahmen. Der Nowcast basiert auf Fallmeldungen, die eingegangen sind und darauf, wie lange es dauert, bis erkrankte Fälle ans RKI gemeldet werden. Maßnahmen gehen in die Berechnung nicht ein. Wie viele Erkrankungsfälle nicht getestet werden, ist nicht bekannt. ○ Änderungen in der Teststrategie, die diese sensitiver oder weniger sensitiv machen, führen normalerweise zu einer Verschiebung der Verzugsverteilung. Diese Veränderungen können prinzipiell im Nowcasting abgebildet werden, bei starken Änderungen der Teststrategie kann das aber schwierig werden. ○ Die Prognose ist mit großer Unsicherheit behaftet, deshalb könnten die Konfidenzintervalle in einer 	FG32, FG36, FG37

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Publikation erweitert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Meldeverzug nimmt eher zu. Angesichts der Dynamik muss mit viel höheren Fallzahlen gerechnet werden. ○ Dies hat Auswirkungen auf die Exit-Strategie, d.h. wann Maßnahmen gelockert werden können. ○ Für den Lagebericht ist das Thema zu komplex, da dieser auch von einer breiten Öffentlichkeit gelesen wird. ○ Die Daten von Hr. Brockmann sind optimistischer, die Daten sollen mit Hr. Brockmann besprochen werden. ○ Es wird vorschlagen, bis Ende nächster Woche für eine Fachpublikation den Nowcast zusammen mit realen Daten und einer Interpretation der Daten in Hinblick auf Maßnahmen vorzubereiten. ○ Ziel ist eine schnelle Aufbereitung der Daten für eine wissenschaftliche Publikation. Für den Lagebericht sind die Informationen aufgrund der Komplexität eher schlecht nutzbar. Hr. Wieler könnte das in einem Gespräch mit dem Minister thematisieren. Es muss geklärt werden, was das geeignete Publikationsmedium wäre. 	
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
12	<p>Internationales (nur Freitag)</p> <p>! Systematic review mit WHO</p> <p>! ZIG1: Analyse von internationalen Maßnahmen</p>	ZIG
13	<p>Update zu digitalen tools</p> <p>! Soll am Montag besprochen werden.</p>	FG21,
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
15	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 30.03.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	30.03.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P4

- Dirk Brockmann
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Frau Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Frau Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag: in Italien und der Schweiz scheinen die Kurven abzuflachen ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Steigender Trend überall, letzte Woche wurde Nordbrabant (NL) als Risikogebiet ausgewiesen ▪ Weitere Beobachtung von Österreich und Schweiz ▪ Schweden und Norwegen anderer Verlauf: dort sind die Maßnahmen und der Kurvenverlauf anders, nach einem Plateau (und anfänglichen importierten Fällen) folgt ein weiterer Anstieg, nun Infektionsketten im Land ▪ Hong Kong und Singapur: ebenfalls andere Entwicklung, Epidemie ist nicht abgeschlossen und möglicher erneuter Anstieg ist sichtbar, beide haben hohe Testkapazität ▪ Taiwan: Fallzahlabstieg, social distancing Maßnahmen sind restriktiver, hohe Testkapazität ○ <u>Spanien:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallzahlen steigen täglich in allen Regionen an, neben bereits benannten Risikogebieten hat jetzt auch Castilla La Mancha südlich von Madrid hohe Inzidenz und Todesfallzahl ▪ Inzidenzen sind mit Ausnahme von Ceuta überall mindestens 47/100.000 ▪ Importierte Fälle anfangs 51% aller, jetzt <5% ▪ 15% der Fälle = Fachkräfte im Gesundheitswesen ▪ 7.596 Tests/1 Mio. Einw., insgesamt 355.000 Testungen, im Vergleich zu anderen Ländern ist dies nicht viel, Positivrate 15-20% (sehr hoch, Zeichen für unzureichend Testungen) ○ <u>Türkei:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Generell wenig Information verfügbar, >9.000 Fälle, 1,4% verstorben, fast gesamte Türkei scheint betroffen, 65.446 Testungen mit 14% Positivrate (relativ hoch), Laboranzahl steigend (18! 36) ▪ Maßnahmen wurden in den letzten Tagen verschärft, Ausgangssperre für ältere und Personen mit Vorerkrankungen, Schließung von Schulen, Cafés und Bars, keine Massengebete in Moscheen und Massenveranstaltungen mehr 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Noch nicht genug Informationen um es als Risikogebiet auszuweisen ○ <u>Frankreich</u>: jetzt mehr Todesfälle aber weniger Fallmeldungen, dort werden generell weniger und zwischenzeitlich wurden nur schwere Fälle getestet ○ ZIG1 sammelt Information zur Anzahl von Testungen und Positivrate in anderen Ländern <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Österreich</u>: für manche Länder wurden Regionen als Risikogebiete definiert, hier das ganze Land, wenn auch das Infektionsrisiko in den Regionen sehr variiert und die Maßnahmen hier möglicherweise effektiver als in manch anderen stark betroffenen Ländern sind; Deutschland hat >7.000 von dort importierte Fälle, und für 50% ist der spezifische Expositionsort nicht genannt; (ganz) Österreich wird als Risikogebiet beibehalten ○ Letzte Woche hat RKI dem BMG mehr Regionen (ganz Spanien, Nordbrabant in NL) im Ausland als Risikogebiete vorgeschlagen, Rückmeldung steht aus ○ Neu: Vorschlag an das BMG, ganz Spanien als Risikogebiet zu definieren <p><i>ToDo: Ganz Spanien wird dem BMG als Risikogebiet vorgeschlagen, und Rückmeldung zu den letzte Woche gesandten Vorschlägen erbeten</i></p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 57.298 (+4.751), davon 455 (0,8%) Todesfälle (+66) ○ Auch dieses Wochenende gab es Verzögerungen in der Fallübermittlung und es werden Fälle nachsickern, moderater Anstieg deswegen nicht aussagekräftig ○ Alle BL haben nun Todesfälle ○ Ca. 13.500 genesene Fälle, diese erscheinen auch oben im Lagebericht, wird auch im Dashboard integriert ○ „Tod an“ und „Tod mit“ werden beide gezählt ○ Inzidenzen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Post-Wochenende Trend (noch) nicht auswertbar ▪ HH höchste kumulative und 7-Tages-Inzidenz, Daten werden aktuell geprüft, deswegen ggf. weitere Übermittlungen, darauf folgen BY, BW <ul style="list-style-type: none"> ▪ LK/SK: 15 haben Inzidenz >100/100.000, oben ist Tirschenreuth gefolgt von Rosenheim, Tübingen (7-Tages-Inzidenz), 5-/3-T.-Inzidenz leicht anders ○ Reiseassoziierte Expositionsorte langsam rückläufig 	<p>FG32 FG36</p>
--	---	----------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ International: Österreich, Italien, Spanien, Frankreich, Schweiz ▪ National: NRW, BY, BW ○ Altersverteilung: Median 48, Mittelwert 47 Jahre, Geschehen verlagert sich in Richtung älterer Personen, im Verhältnis zu höheren Fallzahlen jetzt vermehrt ältere Menschen; dies ist auch in ARS sichtbar, Median positiver Fälle 49 Jahre, bei negativ getesteten 42-43 ○ Hospitalisierungen: ältere Menschen in zunehmend größerem Ausmaß betroffen (50% >60), Altersgruppe 5-15 hier nicht sichtbar ○ Todesfälle: Median 82 Jahre, Spanne 28-100, 87% >70 Jahre, 28-jährige Dame hatte Herz-Kreislauf und Lungenerkrankung, 38-jähriger auch Herz-Kreislauf-Vorerkrankung ○ Labortestungen KW12: 348.619, 23.820 (7%) positiv, 176 Labore ○ DIVI Intensivregister: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1.218 Fälle aktuell in Intensivstation, 78% beatmet (Tendenz steigend) ▪ Anzahl neuer > Anzahl abgeschlossener Fälle ▪ Relativ niedrige Belegungsrate ist Ergebnis der Bestrebung, die Kapazitäten zu steigern, Betten wurden nach Möglichkeit frei geräumt, normalerweise ist Belegung von 80% die Regel ▪ Aktuell 729 Kliniken, Ziel war ~1.000 zu haben, alle, die Intensivbetten haben ▪ DIVI bittet Krankenhäuser diese Woche erneut um Beteiligung, mögliches Zwingen hierzu wurde auch mit BMG besprochen ▪ Viele große Krankenhaus-Komplexe arbeiten mit einem anderem System und haben sich noch nicht angeschlossen, Hochrechnen alleine spiegelt die Realität der Betten nicht unbedingt wieder <p>! Internationale Kommunikation: viele Cluster werden noch untersucht bzw. nachverfolgt</p> <p>! Amtshilfeersuchen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sachsen-Anhalt: 3-köpfiges RKI-Team ist vor Ort ○ Nürnberg: Befragungen laufen noch ○ NRW und Saarland: RKI unterstützt von Berlin aus ○ Ärzte ohne Grenzen (MSF) haben GA Unterstützung angeboten, gemischte RKI/MSF Teams sind auch denkbar, dies wurde ebenfalls ans BMG vermittelt, RKI kann dies nicht koordinieren (s. unten Donorkoordin.) <p>! Euro-Momo Surveillance: erhöhte Mortalität wird nun in</p>	
--	---	--

	<p>manchen Ländern sichtbar, z.B. in Italien</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Besonders betroffene Regionen <ul style="list-style-type: none"> ○ Letzte Woche Vorschlag an BMG: Tirschenreuth, Miesbach, Rosenheim, Erding, Tübingen, daraufhin Wunsch, dies nicht am Wochenende umzusetzen, Stand muss heute erneut erfragt werden ○ Neu: alle SK+LK, die Inzidenz über 100/100.000 Einwohner haben (im Krisenstab abgestimmtes Prinzip), werden vorgeschlagen, aktuell sind dies insgesamt 15, verschriftlichen und an BMG schicken <p><i>ToDo: die 15 SK+LK mit Inzidenzen >100 haben werden dem BMG als besonders betroffene Gebiete vorgeschlagen, und Rückmeldung zu den letzte Woche gesandten Vorschlägen erbeten</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Pre-print einer großen Arbeit zur Interaktionsstudie, Untersuchung viraler und zellulärer Proteine, viele hiervon auch in Lungengewebe, die Aktivitäten der viralen Vermehrung wurden untersucht, lange Liste von 67 Molekülen die im Rahmen eines repurposing Ansatzes als antivirals genutzt werden könnten, dies bildet eine gute Grundlage für die Entwicklung von weiteren zielgerichteten Inhibitoren 	FG17
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kein Anpassungsbedarf 	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>Kampagnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Dachkampagne mit BMG wurde viel in Presse wahrgenommen, Unterkampagne ist Maßnahmen-orientiert mit Fokus social media, BZgA weiterhin in Besprechung mit Agenturen ! Neues Merkblatt zu Quarantäne, auch in verschiedenen Sprachen ! Letzte Woche gab es Anfrage des RKI zu Übersetzungen, woraufhin BZgA die Kontakte von Übersetzungsbüros geliefert hat, es handelt sich um ein Missverständnis! BZgA kann sich um die Übersetzung kümmern und diese auch finanzieren <p>Aktivitäten der RKI-Pressestelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Morgen RKI-Pressekonferenz ! Bitte Sprachregelung: Zeitraum für Fallverdopplung <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktuell viel in den Medien, zahlreiche Nachfragen ○ FG36 hat einen internen Vorschlag entwickelt ○ Essenz: viele Dinge sind zu berücksichtigen, Verdopplungszeit alleine genügt nicht zur Entscheidungsfindung 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reaktiver Text soll vorbereitet werden <p><i>ToDo: FG36 Fertigstellung eines reaktiven Textes zur Verdopplungszeit von Fällen</i></p> <p>! Zukünftiger Umgang mit Maskenfrage</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hochrangige Publikation von Autoren aus Hong Kong (NEJM?) steht an, Manuskript ist RKI bekannt, wann es publiziert wird noch nicht ○ Paper schlussfolgert, dass MNS zum Eigenschutz sinnvoll sein kann ○ Dies wurde bereits am Wochenende besprochen und stellt eine gute Möglichkeit dar, RKI Position in schriftlicher Form in den FAQ anzupassen ○ Bitte von BZgA: viele Akteure warten hierauf, gute, abgestimmte Kommunikation ist ganz wichtig um Vernachlässigung anderer Maßnahmen zu vermeiden ○ In 2 Wochen laufen hoffentlich mehr Produktionen an, wenn die Ausgangssperren gelockert werden, könnte dies gut hiermit gepaart werden, aber nur, wenn Publikation nicht vorher kommt und nicht vorher bereits Druck auf RKI zur Stellungnahme besteht <p><i>ToDo: Kommunikation MNS wenn Publikation raus, FG14 bereitet RKI Stellungnahme hierfür (FAQ) vor</i></p>	
<p>5</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Umgang mit zahlreichen Angeboten Externer</p> <p>! Es gibt viele gut gemeinte Unterstützungsangebote von verschiedenen Seiten, diese sollten evaluiert werden um zu sehen, wo Relevanz und Mehrgewinn besteht, ohne zu viel (sinnlose) Energie zu verschwenden</p> <p>! Kollegen auf Fachebene sind bereits in vielerlei Hinsicht im Austausch, bisher eher informell, Koordination zusehends wichtig und erforderlich</p> <p>! Oben genanntes MSF-Angebot wurde auch bei AGI eingebracht, doch Donorkooperation kann nicht von RKI organisiert bzw. koordiniert werden</p> <p>! Wer sollte dies koordinieren: BKAm, direkt von RKI oder über BMG zu kontaktieren? Oder soll GMLZ oder BMG/BMI Lagezentrum Koordination übernehmen? BMG wurde bereits zu Ressourcenkoordination befragt, Antwort steht noch aus</p> <p>! Es gab ebenfalls Anfrage von Fachgemeinschaften, Abt. 2 kann gerne Arbeitsgruppe zu Forschungsfragen koordinieren, in die Fachgemeinschaften mit einbezogen werden können, auch hinsichtlich der Überlappung mit Mitgliedern des Zukunftsforums, gerne Unterstützung bzw. Übernahme</p>	<p>FG32/alle</p> <p>AL2</p>

	<p>Zusammenarbeit mit Fachgemeinschaften</p> <p>Umgang mit Informationsfreiheitsgesetz-Anfragen</p> <p>! Es gehen viele Anfragen zu detaillierten Informationen ein, die teilweise Sabotagen gleichen („welche spezifische Person auf welchem genauen Flug mit welchen personenbezogenen Daten“ usw.), dieserart Anfragen werden zwar beantwortet aber nicht mit höchster Priorität und Detailgrad</p> <p>Multisektorale Deeskalationsstrategie</p> <p>! Gibt es in diesem Zusammenhang Informationen zu bestehenden Aktivitäten in anderen Ressorts?</p> <p>! Wenn der Gesundheitsbereich eine Strategie entwickelt, sollte diese auch an eine innovative Strategie zur Versorgung von Wirtschaft, vulnerablen Gruppen, usw. gekoppelt sein, es wäre gut, zu wissen, welche Gruppe hieran arbeitet und wer die Ansprechpartner sind</p> <p>! Für den sozialmedizinischen Bereich guckt ZIG bestehende Strategien an, viele verschiedene Akteure arbeiten aktuell hieran, Finanzministerium z.B. arbeitet an wirtschaftlich orientierter Strategie, Abstimmung mit uns ist erwünscht; erste Besprechung wird zeitnah stattfinden; Abstimmung wenn RKI Strategie weiter fortgeschritten und vom BMG akzeptiert ist, dann sollte dies auch an andere Ressorts gehen</p> <p>! AGI Seuchenreferenten hatten auch hierzu Berichterstattung gewünscht, es ist jedoch noch zu früh, noch gibt es keine Abstimmung zwischen BMI und BMG (ringen aktuell um FF), aus unserer Sicht ist eine bessere Koordinierung notwendig</p> <p>! Alle warten auf Deeskalation von Seiten des Gesundheitssektors, aber wie kann der Zustand von Seiten der Wirtschaft abgepuffert werden? Konzepte fehlen bzw. sind aktuell nicht bekannt, es gibt keine Arbeitsgruppe auf Fachebene</p> <p>! Gemeinsame Strategie wäre wünschenswert, aber nicht existent</p>	<p>FG32</p>
<p>6</p>	<p>Dokumente</p> <p>Schwere</p> <p>! Dokument wurde letzte Woche finalisiert</p> <p>Flussschema für Bevölkerung</p> <p>! Ausstehendes Dokument nach umfangreichen Gesprächen durch IBBS in Vorbereitung, Komplexität soll reduziert werden da es sich an die Bevölkerung wendet, wird morgen vorgelegt</p> <p>! Wann/mit welcher Intention soll sich BürgerIn in Zukunft überhaupt noch beim GA melden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Symptomatische Person: klare Selbstisolation (>Kontaktminimierung, es gibt eine schöne CDC Übersicht die dies einfach darstellt), insbesondere wenn Kontakt oder Zugehörigkeit zu vulnerablen Gruppen besteht! GA informieren und KoNa, diese bleibt im Rahmen der Deeskalation notwendig 	<p>FG32</p> <p>IBBS</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Asymptomatische Person: bei Kontakt (professionell oder ehrenamtlich) mit vulnerablen Gruppen oder Zugehörigkeit zu einer solchen sollte es auch dem GA mitgeteilt werden <p>! Generell: Jede Person, die Umgang mit Risikogruppen hat ist separate Zielgruppe, allgemeine BürgerInnen müssen nicht immer beim GA melden</p>	
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>! FG17: AGI Sentinel hatte 30 Einsendungen, nun Rückgang der Proben, hängt womöglich auch mit zunehmender Telemedizin, social distancing und Schließung von Praxen zu tun</p> <p>! AG zur Optimierung der Diagnostik: morgen 15:30 findet TK mit u.a. FLI, KBV, BfR, akkreditierten Laboratorien statt zur Bericht-erstattung und ggf. -Erweiterung, AL1 wird morgen auch bei AGI über diese Aktivität informieren</p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ insgesamt >2.000 Proben bearbeitet, davon 354 (17%) positiv, am Wochenende weniger Proben als in der Woche ○ 4 Seren von Charité erhalten um geplante oder bestehende Tests durchzuführen ○ Protokoll für Diagnostik Ansatz entworfen, dies ist durch VPräs abgesegnet und kann nun geteilt werden ○ Bei Interesse hieran oder Versandt des Protokolls bitte ZBS1 informieren, damit sie wissen an wen Updates zu schicken sind <p>! AG akkreditierte Labore</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hr. Müller von dieser AG unternimmt pressewirksame Kommunikation ○ In AG ist nur ein Subset der Labore vertreten, die ins RKI-Netzwerk eingebunden sind ○ Müller gibt Info und Testzahlen auch an KV weiter! Zahlen von BMG wo diese KV zitiert sind, widersprechen RKI Erhebungen ○ RKI-Erhebungen bleiben notwendig da größerer Umfang in Abfrage enthalten ist 	<p>FG17</p> <p>AL1</p> <p>ZBS1</p> <p>AL3</p>
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Surveillance</p> <p>Übermittlungsprobleme Bundesländer</p>	

	<p>! Am Wochenende erneut Probleme in der Übermittlung, 8-10 Tage zwischen Testung, Übermittlung usw. nicht nur Kapazitäten bei GA spielen eine Rolle, ebenfalls technische Probleme spielen eine Rolle, Rückschlüsse auf Infektionsgeschehen sind hiervon nicht ableitbar, diese werden wenn erst über längeren Zeitraum sichtbar werden</p> <p>! Presse: wichtig dies auf RKI-Webseite zu erwähnen, um Nachfragen zuvor zu kommen</p> <p>! Schuldzuweisung nicht erwünscht/sinnvoll</p> <p>! Im Dashboard an Orange sichtbar, in Tabelle oben... da wo keine orangefarbene Fälle fand keine Übermittlung statt</p> <p>! Ist kein direktes Abbild des Infektionsgeschehens, technische Probleme möglicherweise auch auf RKI-Seite</p>	FG36
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
12	<p>Internationales (Freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIG/FG32
13	<p>Update Digitale Projekte und Tools (Montags)</p> <p>Präsentation (Folien hier)</p> <p>! KochApp</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Intelligenter Fragebogen der Fragen der Bevölkerung aufnimmt ○ Heute letztes, abschließendes Telefonat zu Endversion ○ nach Prüfung online auf RKI, BZgA und BMG Seite <p>! Freiwillige pseudonyme Datenspende</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nutzung von Daten aus Fitnesstrackern/Wearables, Kollaboration mit Berliner Unternehmen Thrive(?), diese arbeiten auch mit gesetzlichen KVs zusammen ○ Daten werden Nutzern selber zur Verfügung gestellt, diese können eine App herunterladen und Daten zu Ruhepuls und Schlafmuster zur Verfügung stellen zur Auswertung ○ Viele BürgerInnen (ca. 10 Mio. Bürger, 1-10% hiervon als Sample) würden täglich (oder häufiger) Signale zur Verfügung stellen ○ Firma nutzt Algorithmus, der aus Signalen eine Symptomatik herauslesen soll, Ziel ist nicht Corona Identifizierung, sondern etablieren eines Proxy Signals für andere etablierte RKI Surveillance Systeme, mögliche Beantwortung anderer wissenschaftliches Fragen ○ Daten aus individuellen Informationen sind real-time aggregiert auf LK Ebene als Signale auswertbar, Software, App, Technik-Infrastruktur ist fertig, Frage ist, in wie fern dies in der aktuellen Lage 	FG21/Präs



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>hilfreich sein könnte? E.g. Korrelation mit Meldedaten, nur als Ergänzung gedacht, niedrigschwellig und dann automatisiert</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In einem Lancet Paper (hier) wird berichtet wie dies in anderen Kontexten als Ergänzung zu syndromischer Surveillance bereits verwendet wurde, jedoch sind Daten unspezifisch und nicht zu diesem Ziel erhoben, Interpretationen schwierig ○ In zweiter Stufe des Ausbaus der Grippeweb App sind ebenfalls Daten aus Wearables vorgesehen, da dies hier Ziel-spezifisch entwickelt wird ist personenbezogene Korrelation gesichert <p>! Alter Titel: Corona Gesundheits-App (CGA), neuer Titel: Stop Corona Pan European Contact Tracing (PEPP CT)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Projekt geistert durch Medien und wird stets größer, Hr. Schmich hat ein Factsheet herumgeschickt und informiert weiterhin regelmäßig, bitte lesen, da Situation sich ständig fortentwickelt und neue Begrifflichkeiten und Player auftauchen ○ Konsortium jetzt schon >20 Mitglieder, inkl. GA ○ Stoßrichtungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. GA Entlastung „digitales GA“, schneller mit Informationen umgehen ▪ 2. KoNa, aktuell noch in Testung ○ RKI ist begleitend aktiv (auch FG32 Hr. Benzler, FG31 Hr. Kirchner) ○ Hochkomplexes Unterfangen mit Schwierigkeiten, wer ist Owner der App, RKI wird mit nur 4-5 Personen womöglich nicht länger größere Rolle sichern können, ○ Timeline noch nicht klar, bis wann es umsetzbar ist ○ Viel Austausch mit BMG, einerseits Euphorie ob technischer Durchbrüche, andererseits fraglich, in wie fern es in der aktuellen Lage hilfreich sein kann ○ App misst durchgehend Abstand zu anderen Handys, wenn Besitzer krank wird und sich als Fall meldet kann GA auslesen, zu wem >15 Minuten wenig Abstand bestand, dann können Kontakte im Nachhinein informiert werden ○ Parameter (z.B. Inkubationszeit) sind noch zu bestätigen ○ Bald werden sehr viele Kontakte zu registrieren sein und viel Rauschen entstehen, Fokus-Möglichkeit auf relevante Kontakte ist dann wichtig und sollte vorher zumindest in kleinerem Maßstab zsm. mit GA evaluiert werden <p>! Kommentar: es gibt zahlreiche Vorschläge diverser Gruppen,</p>	
--	---	--

	<p>oft mit Ziel zur GA-Entlastung, oft fehlt Gruppen jedoch Einblick in die Praxis und Meldewege in Deutschland, dies kann bei mangelnder Kopplung Doppelarbeit führen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Verpflichtende „RKI-Software“? <ul style="list-style-type: none"> ○ Von diversen Seiten gehört, dass in einer BKAmT TK der Beschluss gefasst wurde, eine RKI-Software zu benutzen ○ Es ist nicht klar, worum es geht, es gab auch Gespräch auf Staatsministerebene, auch auf Rückfrage bleibt unklar, um welche Software es sich handelt, Kommunikation ist erhebliches Problem ! „Björn Steiger Stiftung“ -Software? <ul style="list-style-type: none"> ○ Separates Vorgehen von o.g. Aktivitäten, hierzu gibt es heute erneut ein Telefonat, Bewertung des Gesamtprojektes kann danach besser eingeordnet werden 	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>Qualitätssicherung, wechselseitige Informationen über RKI-Initiativen und Freigabe</p> <ul style="list-style-type: none"> ! LZ ist über einige Vorgänge nicht gut informiert, es sollten mehr Dokumente und Informationen direkt an den Verteiler Krisenstab und nicht nur ans LZ geschickt werden, besonders alle strategisch relevanten Dokumente ! Mehr Vorsicht mit Freigabe von RKI-Haltungen scheint notwendig, auch wenn RKI pluralistisch/multidisziplinär ist sollten Meinungen nach außen nicht verschieden/konträr sein, einheitliche Haltung nach extern muss abgestimmt werden <p>Entsendung ans BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine weitere Person wird zur Unterstützung ans BMG entsendet, auf wiederholten, eindringlichen Wunsch des BMG wird Iris Andernach (ZIG4) Janina Straub am BMG-Lagezentrum ergänzen 	FG32
15	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Dienstag, 31.03.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	31.03.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Frau Münstermann
 - Frau Thaiss
- ! Bundeswehr



- Frau Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ Italien: nach 3 Wochen Quarantäne Abnahme von Fallzahlen ▪ Explodierende Fallzahlen in den USA ○ Erfolgsmodell-Länder: Hong Kong, Singapur, Taiwan <ul style="list-style-type: none"> ▪ In Hong Kong und Singapur erneut Fallzunahmen ▪ Logarithmische Darstellung und Projektion basierend auf verfügbaren Daten (Brockmann) zeigt vor allem für Hong Kong eine noch zu erwartende Zunahme der absoluten Fallzahlen, sowohl für Taiwan als auch Südkorea zeigt die Projektion eine deutliche Entwicklung nach unten ▪ <u>Hong Kong</u>: 682 Fälle, 4 Todesfälle; Anstieg wird auf einreisende Studierende aus Europa zurückgeführt, mehr Details sind noch nicht verfügbar, jedoch wurden deswegen die Maßnahmen am 25.03. angepasst: nur ansässige Personen dürfen einreisen, anreisende von Festland China, Taiwan müssen eine Zwangsquarantäne einhalten, im Rahmen eines „enhanced laboratory surveillance programme“ ist Testung asymptomatischer einreisender aus Europa, UK und USA verpflichtend, erneute Schließung öffentlicher Orte und Quarantäne-Maßnahmen ▪ <u>Singapur</u>: 879 Fälle, 3 Todesfälle; primär importierte Fälle aus USA, EU, ASEAN, Türkei, Indien, VAE, aus diesen werden auch die nächsten Wochen viele Rückkehrer erwartet, entsprechend wurden Maßnahmen verschärft: 14d Heimquarantäne für alle Einreisenden, teilweise in gesonderten Einrichtungen, strenge social distancing Maßnahmen ▪ <u>Taiwan</u>: 306 Fälle, 5 Todesfälle; Erfolgsrezept Testungen mit Positivrate von 1%, Fallzahl tendiert gen Null, Beibehaltung der nicht pharmakologischen Maßnahmen u.a. früh verfügbare Labortests, keine Ausgangssperre in dem Sinne oder bedeutende Einschränkung der Bevölkerung; Frühwarnsystem in Form einer Zwangs-App für Einreisende, darüber Tracking und Nachrichten, sowie geforderter „mobile 	ZIG1



	<p>health declaration pass“</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Schweiz</u>: 15.475 Fälle, 295 Todesfälle; einige Kantone bereits als Risikogebiete ausgewiesen, Fallanstieg in und um Basel, viele Berufspendler aus Deutschland ▪ <u>USA</u>: 140.904 Fälle (meiste Fälle weltweit), 2.405 Todesfälle; Ereignisse überschlagen sich, Inzidenz 43/100.000 Einw., Fall-Verstorbenen-Anteil 1,7%, Inzidenz in vielen Staaten stark wachsend; Louisiana besonders dramatisch mit schnellstem Wachstum von Fällen, in New Orleans fand Ende Februar Mardi Gras statt, dort eklatanter Mangel an Beatmungsmöglichkeiten, Situation entwickelt sich in anderen Großstädten, z.B. Chicago und Detroit, ähnlich <p>! Testkapazitäten (Folie 9)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ZIG1 stellt Zahlen und Positivrate von Testungen in Deutschland und anderen Ländern dar (FR, ES, GB, IT) ○ Deutschland ist bis zur KW12 und in KW12 führend in der Gesamtzahl ○ Positivquote (Indikator zur Abschätzung der Gesamt-Fallerfassung) ist in Deutschland am niedrigsten (11%), in Frankreich 41% ○ Dies korreliert gut mit anderen vorhandenen Information und der generellen Einschätzung <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ UK wurde bereits als Risikogebiet bei BMG angefragt ○ Neuer Vorschlag an BMG: Schweiz und USA ○ Risikogebiete werden evtl. demnächst abgeschafft <p><i>ToDo: Schweiz und USA werden in ihrer Gänze dem BMG als Risikogebiete vorgeschlagen</i></p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 61.913 (+4.615, 7%), davon 583 (0,9%) Todesfälle (+128), betroffene Landkreise 412 ○ Fall Berichterstattung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es werden nur laborbestätigte Fälle berichtet, dies soll so lange wie möglich beibehalten werden ! so lange wie möglich soll breit getestet werden ▪ Ggf. müssen in Zukunft klinisch-epidemiologische Fälle (ohne Laborbestätigung) erwogen werden ▪ Dies würde vor allem zur Erfassung 	
--	--	--



	<p>schwererer Fälle führen und kein richtiges Lagebild präsentieren, Labordiagnostik bleibt Priorität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktuell erfasste, nicht laborbestätigte COVID-19-Fälle sollten dargestellt werden um zu sehen, wie sie sich im Verhältnis zu den laborbestätigten entwickeln, wenn erstere ansteigen ist dies ggf. ein Zeichen, dass Testkapazitäten nicht mehr reichen! Differenz muss im Auge behalten werden ▪ Klinische Fälle können nicht in allen Softwares als Fälle erfasst werden, Zahl ist deswegen nur begrenzt belastbar (es gibt keine eigene COVID-19 Meldekategorie); bei SurvNet ist dies möglich, FG31 unterstützt Ämter dabei, wie solche Fälle gemeldet werden können ▪ Externe Kommunikation zu Details der Fälle (z.B. Erkrankungsschwere) ist wichtig und gefragt,! Hr. Haas bringt morgen Tabellen zu schwer erkrankten und Todesfällen mit, soll in Zukunft auch regelmäßig aktualisiert werden ▪ Überlegung (ungeklärt): Könnte Bildgebung (CT oder radiologisches Bild) zur Testung hinzugefügt werden? <ul style="list-style-type: none"> ○ Genesene ~16.100, sollen auch in Dashboard und SurvNet abgebildet werden, aus Datenschutzgründen (Nutzung individueller Informationen) ist dies nicht so einfach, sobald dies geklärt ist wird Berechnungs-grundlage angepasst und nachkorrigiert ○ Inzidenzen/Nowcasting <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 BL mit kumulativer Inzidenz >100, BY, BW, HH ▪ Nowcasting zeigt im Gegensatz zu Dashboard ein wahrscheinlich realistischeres Bild, aber Varianz zwischen den Tagen ist groß und nicht leicht zu verstehen, es bleibt abzuwarten, ob sich dies reguliert; aktuell ist es zu kompliziert für die Allgemeinbevölkerung, auch, da zu vermutender Rückgang nicht die wirkliche Lage reflektiert; es wäre gut, die Information der Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, z.B. in Fachpublikation oder EpiBull ▪ BE und BW machen Nowcasting-Modellierungen da sie empfinden, dass Meldedaten die Lage nicht mehr richtig widerspiegeln, Ergebnisse werden RKI zugeschickt ▪ Fr. Hanefeld stellt Kontakt zwischen Modellierern aus BY und RKI her (Wunsch aus BY) 	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3-Tages-Inzidenz, Tirschenreuth, Neustadt ○ Expositionsorte: nicht mehr viele Reisende, weniger Anstieg, lediglich viele Rückkehrende aus Ägypten ○ Altersverteilung: zunehmend ältere Personen und zahlreiche Pflege- und Altenheime betroffen, dort auch viele Todesfälle ! DIVI Intensivregister, Datenstand von gestern <ul style="list-style-type: none"> ○ Bettenzahlen können nicht einfach so addiert werden, da dies im Abfragetool nicht klar genug aufgebaut wurde, wird gegen Ende dieser Woche verbessert ○ Zahl der angeschriebenen Krankenhäuser ist 1.160, aktuell sind es ~730, heute kommen 200 hinzu, große Häuser, z.B. Charité, melden in mehreren Bündeln ○ Gesamtkapazität von 28.000 Betten ist ein Schätzwert von 2017 zur Intensivplankapazität und beruht auf erhaltenen Förderungen der Länder (manche weisen aktuell mehr, andere weniger aus als reelle Kapazität), DIVI-Leute haben Eindruck, reelle Kapazität liegt eher bei 30.000 ○ Ende der Woche wird das Tool aktualisiert, Intensiv-betten Ist-Zustand, Zuwachs und Plankapazität sollen transparent ablesbar werden, damit Politik und Krankenhäuser dies mit aufnehmen bzw. berücksichtigen können ○ Tool wird überall promotet, System braucht Zeit und Abfrage sollte nicht zu kompliziert gemacht werden, es wird diskutiert, ob Eingabe verpflichtend sein soll ○ Ist ein Engpass bei Rettungstransportkapazitäten absehbar? Für COVID-19-Fälle genügt RTW (kein IRTW notwendig), dies wurde mit in Diskussionsliste aufgenommen, Aufstellen eines deutschlandweiten Netzwerks ist im Prozess und eine Herausforderung, dann werden Fragen konkreter adressiert und Zuarbeit eingefordert, Knappheit ist nicht zu erwarten ○ Tool ist schnell gewachsen und stellt Gewinn dar, nach BKAMt „wermachtwas“ Strategie liegt die FF bei BMG ! Internationale Kommunikation: internationale Cluster nehmen ab, Kreuzfahrtschiffe stellen weiterhin viel Arbeit dar ! Amtshilfeersuchen <ul style="list-style-type: none"> ○ Potsdam, großer nosokomialer Ausbruch, mindestens 4-5 Abteilungen im Ernst-von-Bergmann-Krankenhaus betroffen, Unterstützung wird gerade von FG37geprüft ○ In Sachsen-Anhalt, LK Wittenberg, ist die 	
--	--	--



	<p>Ortschaft „Jessen“ besonders betroffen mit Inzidenz 300/100.000, RKI Team war vor Ort und unterstützt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ NRW und Saarland werden auch weiter unterstützt ○ Angebot von MSF steht, Anruf genügt <p>! Externe Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Euro-MOMO Daten kommen immer donnerstags ○ AGI-Daten kommen Mittwoch im Entwurf <p>! Besonders betroffene Gebiete in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Neue BMG-Weisung: im Inland betroffene Gebiete sind nicht mehr als solche auszuweisen ○ International wird möglicherweise ganz Deutschland als Risikogebiet angesehen, es soll deutlich auf Dash-board und Lagebericht hingewiesen werden, wo BL und LK/SK- Inzidenzen ersichtlich sind ○ Rubrik auf RKI-Webseite soll gelöscht werden, es ist noch nicht sicher, wann/ob internationale Risikogebiete wegfallen ○ Sprachregelung ist hierfür notwendig, Verweis auf Quellen unter denen Inzidenzen abrufbar sind, bürgernahe Terminologie notwendig <p><i>ToDo: Besonders betroffene Gebiete in Deutschland sollen auf der RKI-Webseite entfernt werden</i></p> <p><i>ToDo: Sprachregelung zum Wegfall der besonders betroffener Regionen in Deutschland mit Verweis auf regionale Inzidenzen</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Immunität nach Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vermehrt Fragen zur Immunität nach Erkrankung ! Aktuell bestehende Schlussfolgerungen beruhen aus Erkenntnissen von SARS oder anderen Coronaviren ! Noch keine Information diesbezüglich zu SARS-CoV-2 bekannt ! Dies macht den Wiedereinsatz von erkranktem medizinischem Personal schwierig <p>Geruchs- (Anosmie) und Geschmackssinnverlust</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frage aus EpiLag zu Geruchs- und Geschmacksverlust, sind dies als spezifisch zu bewertende Effekte, oder neurologische Folgen, ! Anosmie ist für die Falldefinition nicht geeignet aber möglicher klinischer Marker, nach Einzelberichten geht sie auch über die übliche Erkrankungsdauer hinaus ! Zu kurz oder mittelfristigen Langzeitfolgen gibt es noch keine Publikation, wird von FG36 mit IBBS beobachtet und evaluiert ! Hr. Streek aus Köln plant eine Studie zu Heinsberg, Anosmie wurde auch dort vermehrt festgestellt, Studie ist aktuell noch in 	Alle



	<p>der Vorbereitung (nach Hr. Wilking) und soll eine Evaluierung des Antigentests enthalten, Publikation wird noch länger dauern</p> <p>! Hr. Wolff kontaktiert Hr. Streek bezüglich der Studie um zu erfahren, was geplant und wie der Stand ist</p> <p>Daten aus Deutschland</p> <p>! Erregersteckbrief bezieht sich v.a. auf verfügbare internationale Daten, Daten aus Deutschland sollen auch für Fachöffentlichkeit verfügbar gemacht werden, noch gibt es jedoch nicht viele</p> <p>! Klinische Daten, die über Publikation hinausgehen, wären sehr interessant und sollten weitergeleitet werden damit sie in den Steckbrief aufgenommen werden können</p> <p>! Die, die die meisten Daten haben, haben nicht unbedingt Zeit, diese zeitnah zusammenzuschreiben</p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Anpassungsbedarf</p>	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>Kampagnen</p> <p>! Start BMG Kampagne in unterschiedlichen Wellen, BZgA berät</p> <p>! BZgA richtet ihre bereits bestehende Kampagnen auf Corona aus und erfasst Bedarfe inkl. Expertenhearing um präventiv Trends zu verspüren und zu adressieren</p> <p>! Erforschung, wo good practices bestehen, die genutzt werden können, bzw. Eigenentwicklung von Material</p> <p>MNS Schutz</p> <p>! Stets mehr in den Medien, Stadt Jena macht MNS-Tragen Pflicht</p> <p>! RKI muss Haltung entwickeln, soll es für alle empfohlen werden? Sollen Masken selbst genäht werden?</p> <p>! BZgA hat einen Entwurf erstellt, in dem von selbstgenähten Masken abgeraten wurde, RKI empfiehlt zunächst Zurückhaltung</p> <p>! WHO rät von allgemeinem MNS Tragen ab</p> <p>! Pro</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Infizierte Personen zeigen asymptomatische prä-klinische Ausscheidung, dies wurde auch publiziert, deswegen besteht eher große Wahrscheinlichkeit, dass dann auch andere infiziert werden können, MNS kann helfen, weitere Transmission zu verhindern bzw. zu verringern, hierzu besteht Evidenz <p>! Contra/zu beachten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ MNS-Mangel: MNS sollte bedürftigen, die ihn im beruflichen Alltag brauchen, nicht weggenommen werden 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Risiko der Vernachlässigung anderer wichtiger Maßnahmen ! MNS-Tragen muss Teil eines Maßnahmenbündels sein, ist als Einzelempfehlung nicht sinnvoll ○ Tragen von MNS durch erkrankte Menschen, die dies auf Empfehlung (zum Fremdschutz) tun, kann zu Stigmatisierung führen, Paper im Lancet respiratory infections erwähnt dies auch <p>! Neue Publikationen werden immer in RKI-FAQ eingearbeitet um zu zeigen, dass RKI sich mit ihnen auseinandersetzt, Daten aus Lancet Paper beziehen sich auf Kranke ! aufgrund dieser Studie kann allgemeines MNS-Tragen nicht evidenzbasiert empfohlen werden</p> <p>! Vielleicht gibt es historische Studien, da früher sicher häufiger Stoff-MNS benutzt wurde, aber Haltung muss zeitnah entwickelt werden, damit RKI glaubwürdig bleibt</p> <p>! Wo keine/mangelnde Public Health Evidenz verfügbar ist, muss auch weniger harte Evidenz genutzt werden, wichtig ist die Sprachregelung um für die Bevölkerung akzeptabel zu sein</p> <p>! FG14 und FG36 bereiten Sprachregelung vor, wie wir dazu kommen, allgemeinen MNS zu empfehlen; führende Rationale: es dient dem Fremdschutz, aber Argument, dass Infektionsstatus ggf. nicht bekannt ist; darf nicht zu einer Verringerung anderer Hygienemaßnahmen führen</p> <p><i>ToDo: FG14 und FG36 bereiten RKI Stellungnahme zur allgemeinen Verwendung von MNS vor</i></p> <p>RKI-Pressestelle</p> <p>! Freitag läuft Datenspende aus Fitnessstrackern an (gestern von Hr. Brockmann vorgestellt), Presse bereitet hierfür alles vor</p>	
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>RKI-Aufgaben im Beschluss der Bundesregierung vom 30.03. „wer macht was?“ BKAmt Papier</p> <ul style="list-style-type: none"> ! RKI-Aufgaben in Bereichen Monitoring, Medizin, Sicherheit, Wirtschaft ! <i>Täglich: Zahl der Zahl der Infizierten, Neuinfektionen, Quarantänefälle, Verstorbene, Geheilte [Nutzung digitales RKI-Tool durch alle ÖGD sicherstellen, RKI]</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Daten zu Quarantänefällen können nicht von RKI gewährleistet werden, wurde auch in AGI besprochen, BL haben diese Daten ebenfalls nicht ○ Theoretisch wären diese für GA, die SurvNet nutzen abbildbar, jedoch in Realität utopisch und unmöglich ○ Aktuell ist großes Unterstützungspotential gegeben, sogar DEMIS könnte evtl. schneller gestartet werden, zunächst sollte SurvNet gestärkt werden 	VPräs alle



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt kein technisches Problem und keinen Bedarf an anderen/neuen Tools, GA sind aufgrund grundsätzlicher Limitationen (nichts kann eingelesen werden, teilweise nur ein Administrator/GA, nur pdf-Versionen können erhalten werden, usw.) nicht in der Lage, diese Daten zu erheben und einzugeben, diese Probleme können nicht von zentral gelöst werden ○ Nebst veralteter Technik haben GA kein Personal, Lösung von zentral nicht möglich, wenn im GA dann niemand die Software installieren kann ○ Auch in Abt. 3 wird dies oft diskutiert, Software und insbesondere DEMIS ist die höchste Priorität, wenn Ressourcen gestellt werden können, sollten auch andere IT-Tools hinten anstehen und primär alles auf SurvNet und DEMIS fokussiert werden; GA und BL sollten auch hieran gehalten werden ○ Präs bespricht dies mit politischen Akteuren <p>! <i>Nutzung der digitalen RKI-Tools (a) zur Meldung von COVID19-Fallzahlen und (b) zur Bearbeitung der Kontaktnachverfolgung durch alle öffentlichen Gesundheitsdienste. Meldung auch am Wochenende und den Osterfeiertagen sicherstellen. [Länder, GesMinKo]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet, nicht andere/diverse Tools muss priorisiert werden, welche IT-Tools hier gemeint sind wird heute Nachmittag mit Antina Ziegelmann besprochen ○ KoNa Bluetooth Handy Tracking-App liefert keine Daten zu Zahlen <p>! <i>Regelmäßige Anpassung der RKI-Empfehlungen zu diagnostischen Tests [RKI]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wird fortlaufend gesichert <p>! <i>Regelmäßige Anpassung der RKI-Empfehlungen zum Schutz vor Infektionen im persönlichen Bereich und in Betrieben sowie kritischen Infrastrukturen [RKI]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Z.B. vermutlich KoNa Empfehlungen und deren Anpassung ○ Vieles im Dokument ist nicht ganz klar und kann nur vermutet werden ○ RKI passt fachliche Empfehlungen weiterhin bei Bedarf an und wartet mögliche weitere Forderungen ab, die bei Wunsch sicher kommen werden <p>! Maßnahmen zur Unterbrechung von Infektionsketten wurde BKAmT, BMF, BMG zugeordnet, heute Nachmittag TK zu Exit-Strategie, zsm. mit Deeskalations-AG</p> <p>! Quarantäneregime nach Ende von Risikogebiets-Ausweisung ist BMI, AA, BMVi und BMG zugeordnet, dazu wird RKI gefragt werden, wir bleiben bei freiwilliger häuslicher Quarantäne, BMI präferiert Anweisungen</p>	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> ! Aufgabenbereich Medizin (Seite 3), Aktivitäten um Therapie zu optimieren wurde BMBF zugeordnet, dies sind eigentlich Themen, in die die Fachgesellschaften involviert sein müssen ! Aufgabenbereich Wissenschaft (Seite 5), Studien zur Verbesserung der Therapie, Register schwerer Verläufe, Verbesserung Spezifität von Antikörpertests uvm. wurden BMBF zugeordnet, RKI muss hier auch involviert sein ! BMBF wird eher für Finanzierung und Koordinierung zuständig sein, RKI muss frühzeitig unsere Einbeziehung sicherstellen, nicht zuletzt, damit bestehende Definitionen bei anderen Registern angewandt werden <p><i>ToDo: Christian bittet BMG um Ansprechpartner im BMBF, bevor diese anfangen woanders Kooperationen aufzubauen, ohne das RKI zu berücksichtigen.</i></p>	
6	<p>Dokumente</p> <p>Ausbrüche in Pflege- und Altenheimen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wachsendes Problem: Ausbrüche in Pflege- und Altenheimen mit vielen schweren Fällen und Todesfällen ! Es sollen konkretes Material für Altenpflegeeinrichtungen aus bestehenden Dokumenten vorbereitet werden ! FG36 hat eine MMWR Publikation zu Altenheimen mit lessons identified herumgeschickt ! Wenn in diesem Setting Fälle bei Personal oder Bewohnern identifiziert werden sind idR bereits viel mehr Personen infiziert ! Deswegen sollte hier Screening asymptomatischer Personen erfolgen um Ausbrüche und weitere Ausbreitung durch Verlegung und Betreuung zu vermeiden ! Außerdem soll spezifische Information als Empfehlung zu präventiven Maßnahmen in die Einrichtungen gehen, inkl. grafischer Aufarbeitung und aktiver, zeitnaher Entsendung an Verteiler von Fachgesellschaften, auch, damit Situationen wie in Nürnberg verhindert werden können ! Existierendes Material muss evaluiert und angepasst werden, mit Schwerpunkt Prävention von Ausbrüchen/Ausbreitung ! Erfahrung von Ausbruchsteams (Jessen, Christina Frank & Co.) sollte einfließen, es gibt publizierte Ergebnisse ! Grafische Aufarbeitung durch IBBS kann innerhalb eines Tages erfolgen wenn Inhalte stehen ! FG36 schickt bestehende Auswertung an FG14 und FG37 die Aufgabe übernehmen sollen, IBBS macht grafische Aufarbeitung, sollte in spätestens einer Woche nächsten Dienstag fertig sein ! Erster Entwurf des Schemas kommenden Montag <p><i>ToDo: Aufgabe an FG14 und FG37 Inhalte zu Empfehlungen für dieses Setting zu erstellen, IBBS macht anschließend grafische Darstellung</i></p> <p>„Mental Health“</p>	FG36

	<p>! Mental Health (Schlagworte: Ausgangssperre, Quarantäne, Pandemie) ist aktuell bei G7 Staaten großes Thema, PHE hat hierzu Empfehlung entwickelt, dies wäre auch ein Thema, das von Abt. 2 wissenschaftliche inhaltlich begleitet werden könnte</p> <p>! BZgA ist hierzu auch mit diversen Gesellschaften in Kontakt, und begleitet Aktivitäten mit Fachebene zusammen mit BMG, Hotline mit Triagierung und ausgebildeten Psychotherapeuten ist im Gespräch, außerdem Webseiten-Aufbau, Sammlung von Informationen zu bereits bestehende Aktivitäten und Ressourcen</p>	<p>IBBS</p>
<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>! FG17: gestern 30 Proben von denen eine positiv war, kuriose Symptomatik: Fall hatte Kopf-, Hals-, und Muskelschmerzen und kein Fieber, fraglich, warum überhaupt ein Arzt aufgesucht wurde? Möglicherweise gehen viele „gewöhnliche“ Fälle nicht zum Arzt?</p> <p>Serologischen Testung/Antikörpernachweis</p> <p>! Diverse Aktivitäten wurden mit Hr. Krause (HZI) in erstem Gespräch diskutiert um Bemühungen in Einklang zu bringen, letzterer initiiert Studien über DZIF, weitere Gespräche sind geplant</p> <p>! Im Rahmen verschiedener Vorhaben der Leibniz Institute ist eine Beprobung in verschiedenen Studienregionen (z.B. Bremen, Düsseldorf u.a.) geplant</p> <p>! Beprobung um (über Antikörper-Tests) Immunität in der Bevölkerung zu untersuchen passt gut zu bundesweitem RKI Vorhaben, dies sieht 150 Sample Points und Nutzung der GERN Struktur vor, in 4 besonders betroffenen Orten soll Beprobung unter Nutzung der GERN-Busse stattfinden</p> <p>! NAKO Struktur könnte in besonders betroffenen Gebieten für Studien genutzt werden</p> <p>! Konzept für RKI Studie mit Blutspendediensten (Offergeld und Wilking) ist entwickelt, bundesweit große Abdeckung, Beprobung (abhängig von Testverfügbarkeit) beginnt bald, Hr. Krause plant ähnliches, wenn Durchführung nicht zusammen dann ggf. Datenzusammenführung und gemeinsame Auswertung hinterher</p> <p>! Serologische Tests sind nicht einfach standardisierbar und ein einheitliches System wäre sinnvoll, wird auf Arbeitsebene weiter besprochen</p> <p>! Prioritäten liegen auf Maßnahmen, die zeitnah starb bereit sind</p> <p>! Muss auch auf RKI-Seite kommuniziert werden, Abt. 2 soll Text vorbereiten</p> <p><i>ToDo: AL2 soll Text zu diesen Studien für RKI-Webseite vorbereiten</i></p>	<p>FG17</p> <p>AL2</p>
<p>8</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Kriterien Entlassungsmanagement</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Entlassungsmanagement für ambulant geführte Fälle in Deutschland bezieht sich auf Zeit,</p> <p>! Chinesen halten PCR-Negativität für wichtig, wie machen es andere europäische Staaten?</p> <p>! Fr. Ruehe hat deutsches Vorgehen mit mehreren anderen Staaten verglichen, wir waren im Vergleich zu anderen am sichersten (Details nicht besprochen)</p> <p>! Unterscheidung zwischen Hospitalisierungs- und ambulantes Setting ist wichtig</p> <p>! Das Thema ambulante Entlassung wurde in heutiger EpiLag kritisch diskutiert, in BW ist 1/3 der Fälle, die nach 2 Wochen getestet wurden noch positiv</p> <p>! Charité hatte bei aus sozialen Gründen hospitalisierten Fällen nach 14 Tagen teilweise positive PCR-Ergebnisse, Anzucht dieser Proben im KL läuft um zu gucken, ob noch Lebendvirus besteht</p> <p>! Dieserart Daten für Fälle im ambulanten Bereich sollten zum Erreger-Verständnis untersucht werden (Virus Anzucht)</p> <p>! Fr. Rexroth leitet Information an IBBS weiter, ZBS1 oder KL werden für fachlich-inhaltliche Bewertung hinzugezogen</p>	IBBS/FG32/ alle
9	Maßnahmen zum Infektionsschutz !	
10	Surveillance ! S.o. (Referenzdefinition klinisch-epidemiologische Fälle)	FG36
11	Transport und Grenzübergangsstellen Anordnungen gemäß Gesetz zum Schutz der Bevölkerung von nationaler Tragweite ! Auf morgen verschoben	FG32
12	Internationales (nur freitags) !	ZIG/FG32
13	Update digitale Projekte (nur montags) !	FG21/Präs
14	Information aus dem Lagezentrum !	FG32
15	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 01.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	01.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
- ! FG 34
 - Matthias an der Heiden
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Jamela Seedat

- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! INIG
 - Basel Karo
- ! BZGA
 - Frau Thaiss

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ In Italien hält der abnehmende Trend an, die Maßnahmen scheinen sich langsam in der Fallzahl widerzuspiegeln. ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine großen Änderungen in Österreich und Schweiz: Ist der Rückgang der Neuinfizierten auf Änderungen in Surveillance oder Teststrategie zurückzuführen, oder handelt es sich tatsächlich um eine Abnahme der Fallzahl? ▪ Die Diagramme zeigen die Anzahl der neuen Fälle pro Tag, und zeigt das gleitende Mittel der letzten (6?) Tage als Kurve. ○ <u>Skandinavien</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg in Gesamtskandinavien, Hauptanteil an Fällen in Schweden, Norwegen und Dänemark. 1. Peak durch importierte Fälle; 2.Welle sind autochthone Fälle. ○ <u>Norwegen</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4.447 Fälle, 28 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 0,6%); hospitalisierte Fälle: 318 (ICU: 97); Inzidenz: 83,7 ▪ Anzahl Tests ist sehr hoch, Positivenrate: 4,8% ▪ Gestern wurde eine Studie begonnen, bei der eine repräsentative Anzahl von Personen aus ganz Norwegen ohne Symptome getestet wird. In Anlehnung an das „Island-Modell“: 6.163 Isländer ohne Symptome wurden getestet: 0,8% der Proben waren positiv. ▪ Maßnahmen: ähnlich wie in Deutschland Maßnahmen zur sozialen Distanzierung: Geschäfte haben noch geöffnet, öffentliche 	ZIG1

Einrichtungen wurden geschlossen.
Einreiseverbot und Schließung der Grenzen: 14-tägige Heimquarantäne für Einreisende aus dem Ausland. Ab heute Einsatz einer Tracing-App, die auf bluetooth-Technologie basiert. Auch Reisebeschränkungen innerhalb des Landes.

○ Schweden

▪ ähnlich Anzahl Fälle wie in Norwegen: 4.435 Fälle, 180 Todesfälle (Anteil Verstorbener 4,1%); 358 Intensivfälle; Inzidenz: 44

▪ Südschweden / Großraum Stockholm ist am meisten betroffen, hier wohnt der größte Teil der Bevölkerung.

▪ Es wurden nur halb so viele Tests wie in Norwegen durchgeführt, bei ca. doppelter Bevölkerung. Die Positivenrate ist mit ca. 12% auch höher.

▪ Seit 2 Wochen Testung wird auch innerhalb des Influenza-Sentinels getestet: 6% positiv sind positiv (ca. 150 Proben/Woche)

▪ Surveillance geplant mit Selbstabstrich

▪ In den meisten Regionen wird „Community transmission“ angenommen

▪ Maßnahmen zielen sehr auf Eigenverantwortung der Menschen, wenige restriktive Maßnahmen, setzen auf schnelle Entwicklung einer Herdenimmunität.

▪ ECDC, Vergleich der Altersstrukturen: in Schweden ist die größte Anzahl positiver Tests in hohen Altersgruppen zu finden; sieht aus, als ob in erster Linie Ältere getestet werden würden; getestet werden vor allem Menschen, in Krankenhäusern.

▪ Vermutlich eher Untererfassung von Fällen; ob Schweden Risikogebiet wird, soll morgen entschieden werden.

○ Dänemark:

▪ 2.815 Fälle, 90 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 3,2%); 533 Fälle hospitalisiert; Inzidenz: 48,3

▪ Hauptsächlich Gegend um Kopenhagen betroffen.

▪ Wenige durchgeführte Tests mit Positivquote



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>von 12%.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maßnahmen eher restriktiv: Verbot von Aktivitäten mit mehr als 10 Personen, geschlossene Einkaufszentren; Grenzkontrollen. ▪ Diagramm zur Teststrategie mit Anzahl der Tests pro Tag: Teststrategie wurde in 2 Phasen geteilt: Eindämmungstestung bei durch Reisen importierten Fällen und Begrenzungstestung bei autochthonen Fälle. In der Mitte ist die Testung eingebrochen, was auf einen Mangel an Material für DNA-Extraktion zurückzuführen ist. <ul style="list-style-type: none"> ○ Eine Abbildung mit Darstellung der täglichen Tests und Positivenquote wäre auch für Deutschland sinnvoll, um den Übergang von Testung aufgrund von Aufenthalt in Risikogebieten zur Testung aufgrund von Symptomatik und Schwere zu beschreiben. Es gibt jedoch nur wöchentliche Testzahlen. Für einen Teil der Labore sind tägliche Testzahlen in ARS verfügbar. Eine Visualisierung wäre zu begrüßen; wäre auch international von großem Interesse. Im Moment sind Ergebnisse von 3 Wochen verfügbar. Eine Abbildung könnte mit täglichen Berichten der ARS-Labore ab Anfang Januar ergänzt werden. <p><i>ToDo: Eine Abbildung auf BL-Ebene und für ganz Deutschland soll bis morgen vorbereitet werden, mit Positivraten und Umstellung des Testschemas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ TK der Modellierer: Hr. Brockmann modelliert mit anderen Methoden als das Nowcasting von Hr. an der Heiden eine Kurzzeitprognose für wenige Tage. Beide gehen von R_0 um 1 herum aus. Beide Modelle werden in einer kurzen Zusammenfassung veröffentlicht, mit Beschreibung der Unsicherheiten. Die Schätzungen sind als Triggerpunkt für eine Lockerung von Maßnahmen sinnvoll. Beide Bewertungen beruhen auf Meldezahlen, darüber hinaus sollten weitere Surveillancesysteme, wie die syndromische Surveillance, miteinbezogen werden. ○ Daten aus den syndromischen Surveillancesystemen sollten auch in die Gesamtbetrachtung der Situation und Diskussion der Triggerpunkte einbezogen werden ○ Ein Text hierzu, der auf den Ergebnissen von GrippeWeb und AGI-Daten beruht, ist in Vorbereitung, da die Wirkung der Maßnahmen auf die Suppression 	FG32
--	---	------

	<p>der ARE-Aktivität sensitiv ablesbar ist</p> <p><i>ToDo: FG36 schreibt einen Text zu den Ergebnissen der syndromischen Surveillance, Hr. an der Heiden und Hr. Brockmann schreiben zu Modellierungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Interpretation sollte nicht sein, dass die Lage komplett unter Kontrolle ist. ○ Flüge aus Iran wurden verboten. <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 67.366 (+5.453, 8%), davon 732 Todesfälle (+149), betroffene Landkreise 412 ○ Entwicklung der Fallzunahme, % Zunahme zum Vortag <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle Steigerungsraten werden mit Ausnahme der Wochenenden im Überblick dargestellt: heute 8% Steigerung im Vergleich zum Vortag. %-Zunahme ist schlechtes Maß, weil Nenner immer größer wird, soll so nicht dargestellt werden; nur der Trend soll interpretiert werden. ○ Die Bedeutung von internationalen Expositionsorten wird geringer. ○ 3 BL mit kumulativer Inzidenz >100: BY, HH, BW; alle BL zeigen rückläufige oder gleichbleibende Tendenz. ○ 7-Tage-Inzidenz soll ins Dashboard aufgenommen werden, ist noch von Datenschutzfreigabe abhängig. ○ 7-Tage-Inzidenz: 17 LK mit Inzidenz > 100 ○ 5-Tage-Inzidenz: 7 LK mit Inzidenz > 100 ○ 3-Tage-Inzidenz: 1 LK mit Inzidenz > 100; 5 LK mit 51-100 Fälle/100.000 Einwohner ○ Vergleich Inzidenz mit Vorwoche: Zunahme in aktueller Woche zu sehen ○ Trendanalyse der Kreise mit den meisten Fällen: LK Rosenheim und Tirschenreuth nimmt noch 	<p>FG37</p>
--	---	-------------

	<p>zu</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weiterhin zunehmendes Alter ○ Amtshilfeuntersuchen: demnächst Bericht aus LK Wittenberg ○ Am Sonntag, den 5. April, 0 Uhr wird von Risikogebieten Abstand genommen. <p><i>ToDo: Montag, 8 Uhr sollen die Risikogebiete von der Website genommen werden, Presse.</i></p> <p>! DIVI Intensivregister, Datenstand von gestern</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mittlerweile 912 meldende Kliniken/Abteilungen: 1876 Personen aktuell in intensivmedizinischer Behandlung. ○ Weitere Tabelle mit Angaben zu aktuell in Behandlung, beatmet, verstorben, frei und belegt; Angaben gesamt und nach BL. Unterteilt nach low care und high care, und wie viele Betten zusätzlich bereitgestellt werden können. Ergebnis: in Deutschland sind noch Kapazitäten vorhanden. ○ Bekommt das BMG die DIVI-Daten? Ja, wird intern verteilt. ○ Angaben zur durchschnittlichen Liegedauer der Patienten wären hilfreich; DIVI erfasst nur wenige Faktoren. ○ Umfangreichere Angaben sind über andere Tools verfügbar; Surveillance Hospitalisierter und Intensivfälle im KH von FG37 steht kurz vor der Datenschutzfreigabe und kann mehr Informationen, wie auch Dauer, liefern. Daten werden aber erst in einigen Wochen verfügbar. ○ Auch aus ICOSARI können Daten zur Beatmungsdauer beigesteuert werden. ○ Anzahl Labortestungen kommen 1* wöchentlich in den Lagebericht. <p>! AGI-Syndromische Surveillance: in letzter Woche deutlicher Rückgang der ILI-Raten, betrifft alle Altersgruppen und ist ein direkter Beleg für den Einfluss der Maßnahmen.</p>	
--	--	--

	<p>! Virologische Surveillance: die Positivenrate der Influenzaviren geht stark zurück, die Influenzasaison geht dem Ende entgegen. Die Geschwindigkeit des Rückgangs ist größer als in den Vorjahren.</p> <p>! GrippeWeb: fieberhafte und akute respiratorische Erkrankungen gehen zurück.</p> <p>! COVID-Fälle müssten irgendwann sichtbar werden. Bei Grippeweb+ mit ca. 100 Selbsttests, wurde bisher kein Fall gefunden.</p> <p>! Auch beim AGI Sentinel wurden nur einzelne Fälle positiv getestet; noch kein Anstieg der Raten.</p> <p>! Wenn es nur so wenige Fälle sind, und der aktuelle Höhepunkt schon erreicht ist, heißt das, die Bedeutung der Krankheit ist für das Gesundheitswesen doch nicht so gravierend? Sind die Maßnahmen dann adäquat? Man kann noch nicht davon sprechen, dass der Höhepunkt der Fallzunahme möglicherweise bereits überwunden wurde. Die Maßnahmen haben das exponentielle Wachstum gebremst, es gibt noch lineares Wachstum. Auch finden weiterhin noch viele Einträge in vulnerable Gruppen, z.B. Altenheime statt. Die Anzahl der Todesfälle hängt deutlich nach.</p> <p>! <u>Schwere Fälle</u> (Informationen aus Angaben zur Schwere der Meldefälle):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tabelle 2: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil mit ILI-Faldefinition (Fieber und Husten) ist in allen Altersgruppen gleich, ab 60 Jahre nimmt der Anteil mit Fieber ab. COVID präsentiert sich dann als ARE und nicht als ILI. ▪ Pneumonie: Angabe wird angekreuzt, bei fehlendem Haken ist nicht klar, ob keine Pneumonie vorlag oder die Information fehlt. ▪ Hospitalisierung: bei älteren Altersgruppen sind häufiger Angaben zur Hospitalisierung zu finden. Bei 80jährigen und älter sind 58% hospitalisiert, in jüngeren Altersgruppen deutlich weniger. ▪ Todesfälle: betrifft vor allem die ältesten Altersgruppen. ○ Tabelle 6, Risikofaktoren für Verstorbene (Verstorbene der letzte 14 Tage werden nicht betrachtet): <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 verstorbene Fälle < 59, noch keine Angaben zu Risikofaktoren verfügbar, bei über 60jährigen 	
--	--	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>spielen Risikofaktoren eine Rolle. Datenvollständigkeit ist nicht sehr gut - verbesserungswürdig</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diese Daten sind relevant in Hinblick auf Risikostratifizierung und Exit-Strategie. Wer sind vulnerable Gruppen und wie kann man sie schützen, wie soll das publiziert werden? <p><i>ToDo: Soll so schnell wie möglich verfügbar gemacht und regelmäßig aktualisiert werden. Angaben fließen auch in Steckbrief ein.</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Anpassungsbedarf</p>	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>Kampagnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Diskussion um MNS Schutz: #Maske, wird prominent beworben. Ein offizielles Statement dazu gab es erst Anfang der Woche. BZgA verwendet für Wording Publikation vom BfArM. Problem Masken sollten dem professionellen System zur Verfügung stehen, muss kommunikativ gut begleitet werden. ! Ein überarbeiteter Entwurf wird von FG14 geteilt. „community masks“ (hierfür soll ein besseres deutsches Wort gesucht werden) sollen genutzt werden, solange es Knappheit bei medizinischen Produkten gibt. ! ABBAS hat Übersicht erstellt, wer welche Masken verwenden soll. Sobald sie veröffentlicht wurde; soll sie zirkuliert werden. ! BZgA ist unglücklich, dass Plasmaspende schon so prominent beworben wird, obwohl noch vieles ungeklärt scheint. Ist Antikörpertestung valide; wie ist Genesung definiert; gibt es Kapazitäten; sind Voraussetzungen für Plasmaspende erfüllt. ! Die Klärung dieser Punkte liegt in der Hand des PEI. Am RKI gibt es den Arbeitskreis Blut (AP Fr. Offergeld), der sich um Blutspendesicherheit kümmert. Eine Arbeitsgruppe zur Plasmaspende ist nicht bekannt. <p>RKI-Pressestelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Besonders betroffene Gebiete wurden von der Webseite genommen. ! Infopostfach: es gibt viele Helfer aus Abt. 2; Hr. Leendertz wird wegen einer Beteiligung angesprochen. Masken sind zurzeit ein großes Thema: Nutzung in Pflegeheimen, im ambulanten 	<p>BZgA</p> <p>FG14</p> <p>Presse</p>

	<p>Setting, die Wiederverwertung.</p> <p>! Alle werden von Anfragen überflutet, nicht alle Anfragen können individuell beantwortet werden, auch nicht diejenigen aus der Fachöffentlichkeit, das hält zu sehr auf. Eine Sprachregelung mit Dank und Standardantworten ist sinnvoll und wird schon gemacht.</p> <p>! Zur Wiederverwendung von Masken gibt es ein Dokument, ein Dokument zur Dekontamination ist noch in Abstimmung.</p>	FG14
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Deeskalationsstrategie</p> <p>! 4 Szenarien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ „<u>Hammer and Dance</u>“: Epidemie ist durch massive Maßnahmen über einen relativ kurzen Zeitraum soweit gedrückt, dass Epidemie durch gezielte Fall- und Kontaktsuche in den Griff zu bekommen ist. ○ <u>Schaukel</u>: Epidemie ist durch massive Maßnahmen über einen kurzen Zeitraum unterdrückt; Maßnahmen werden aufgehoben und bei weiterer Welle an Erkrankungen wieder eingeführt. ○ <u>Shield</u>: Maßnahmen werden für allgemeine Bevölkerung aufgehoben, Risikogruppen werden geschützt, während eine weitere Durchseuchung der Bevölkerung stattfindet. ○ <u>Hammer – Dance – Stepwise + Shield</u>: Bestehende Maßnahmen werden schrittweise, nach klinisch-epidemiologischen Parametern und bezogen auf wirtschaftliche und soziale Folgen zurückgenommen. Risikogruppen werden durch gezielte Maßnahmen geschützt. <p>! Soll jede Übertragung verhindert werden oder nicht? Davon hängt ab, wie mit vulnerablen Gruppen umgegangen wird und wann vulnerable Gruppen wieder in die Öffentlichkeit gehen können. Ist eine Durchseuchung der Bevölkerung erwünscht? Soll KoNa weiter betrieben werden?</p> <p>! Am ehesten ist das 4.Szenario realistisch, eine akute respiratorische Erkrankung kann auf Dauer nicht aufgehalten werden. Der Aufwand wäre sehr groß und würde mit sehr großen Einschränkungen des öffentlichen Lebens einhergehen. Eine begrenzte Ausbreitung wäre tolerabel.</p> <p>! KoNa steht im Vordergrund um die Ausbreitungsgeschwindigkeit zu kontrollieren. Es sollte max. Aufwand betrieben werden, um infizierte Personen früh zu entdecken. Der Eintrag von umgebenden Ländern kann nicht komplett ausgeschlossen werden. Die Ausbreitung in der Bevölkerung soll auf möglichst niedrigem Niveau stattfinden, d.h. möglichst geringe Viruszirkulation bis andere Maßnahmen verfügbar sind.</p> <p>! Da Elimination vermutlich unrealistisch ist, muss entschieden werden, welche Steigerungsraten tolerabel sind. Eine täglich sich minimierende Zahl zukommender Fälle wäre erstrebenswert.</p>	ZIG Alle

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Eine Durchseuchung der Bevölkerung sollte nicht anstrebt werden. Die Lösung für die gesamte Gesellschaft kann nicht nur in der Isolation von Älteren bestehen. Ältere Menschen können nicht dauerhaft sozial isoliert werden. ! Szenario 4 wird favorisiert: eine schrittweise Zurücknahme der Maßnahmen mit gleichzeitig massiver Ausweitung der Testung und KoNa sowie frühzeitige Isolation und konsequente Quarantäne. ! GA müssen hierfür besser aufgestellt werden; DEMIS sollte möglichst schnell ausgerollt werden, evtl. zunächst nur in einem LK oder BL. Hierfür stehen auch andere Neuentwicklungen im Bereich digitale Projekte zurück. ! An welchem Punkt mit der Aussetzung von Maßnahmen begonnen wird, ist Aufgabe der Politik. Das RKI kann klare Kriterien benennen und mit Werten für Indikatoren hinterlegen. Die Politik wird entscheiden, was realistisch ist. Alle Optionen sollen dem BMG vorlegt werden, die Entscheidung wird im Kanzleramt getroffen. ! Die Strategie sollte vorab darauf getestet werden, wie sie ankommt. ! Tragen von MNS könnte eine wesentliche Komponente sein, als erweiterte Standardhygiene. ! Sollten FFP2-Masken wieder verfügbar sein und alle, bei denen es sinnvoll wäre, diese tragen würden, könnte dadurch die Ausbreitung stark verlangsamt werden. ! Ein wichtiger Indikator ist die Dunkelziffer und deren Entwicklung. Kann mit der Strategie solange gewartet werden, bis Ergebnisse der ersten Studien vorliegen? Demnächst wird es erste Zahlen aus Heinsberg geben, auch beim RKI starten demnächst einige Studien. ! Hr. Wolff hat Hr. Streek noch nicht telefonisch erreicht, wird es aber weiterhin versuchen. Hr. Streek berichtet schon seit Wochen über Geschmacksverlust. In so einem Fall bitte niederschwellig schnell an Personen mit Informationen herantreten. Auch wenn es sich nicht um offizielle Stellen handelt, können diese aktiv kontaktiert werden. ! KoNa mit SORMAS soll auf die Agenda der AGI gesetzt werden, jedoch noch nicht in dieser Woche. Zunächst muss die datenschutzrechtliche Prüfung abgeschlossen werden. Erst dann soll Sormas vorgestellt werden. Das Programm ist nur eine Möglichkeit von mehreren. Es gibt keine klare Aussage vom BMG, wann die Festlegung getroffen werden soll. Primäres Ziel ist das Meldewesen für Fälle zu vereinfachen. <p><i>ToDo: Kernpunkte in der schriftlichen Kommunikation mit Gerard Krause schriftlich niederlegen, alles soll gut nachvollziehbar sein.</i></p>	
<p>6</p>	<p>Dokumente Stand Dokument – Umgang mit Leichen</p>	

	<p>Ist in Abstimmung, als neue Kategorie wurde auf Wunsch der Länder „Tätigkeiten ohne Sekret“ eingefügt. Diese Kategorie setzt jedoch die Erfahrung des Bestatters voraus. Am Ende soll nochmal entschieden werden, ob das RKI dahinter steht.</p> <p>Optionen getrennte Patientenversorgung ambulant ! Nicht besprochen</p> <p>Stand Flussdiagramm für Bürger ! Nicht besprochen</p>	IBBS
7	<p>Labordiagnostik AG Labordiagnostik ! Die AG besteht aus 3 Gruppe: Intern, mit BMG und Schwesterinstituten und mit interessierten aus der Gruppe der Seuchenreferenten.</p>	FG17/ZBS1 AL1
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement Entlasskriterien – ambulanter Bereich ! Nicht besprochen</p>	IBBS/FG32/ alle
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Maskenpflicht: bei Kommunikation besprochen</p>	
10	<p>Surveillance ! Update verschiedene Surveillanceinstrumente zur Schwere bei aktueller Lage besprochen</p>	FG36
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen Anordnungen gemäß Gesetz zum Schutz der Bevölkerung von nationaler Tragweite ! Nicht besprochen</p> <p>BMG-Anfrage: RKI-Stellungnahme gegen Reduktion der Frequenzen in ÖNV? ! Es wird gewünscht, dass sich das RKI vehementer zur Verdichtung des Nahverkehrs äußert.</p> <p><i>ToDo: Fr. Rexroth schickt einen Text über die Pressestelle hierzu an Hr. Wieler</i></p> <p>! Ins Pressebriefing soll außerdem ein Text von Hr. Eckmanns zur getrennten Versorgung von COVID-19 positiven und negativen in Krankenhäusern.</p>	FG32



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! <u>Erntehelfer</u>: wie soll mit diesen umgegangen werden? Hr. Haas unterstützt BMI und BMEL bei der Entwicklung eines Konzepts, TK um 14 Uhr. Linie des Hauses ist eine freiwillige Quarantäne für 14 Tage als Ausgangspunkt. Ist das realistisch? Wie soll bei Erkrankungsfällen umgegangen werden?</p> <p>AKKÜ bittet Bund um zentrale Koordinierung bezgl. Kreuzfahrtschiffen</p> <p>! Zur Information: Küstenländer werden von vielen Kreuzfahrtschiffen angefahren, die bis zur Wiederaufnahme des Kreuzfahrtbetriebes vor Anker gehen wollen. Internationale Crew hat kein Recht, Deutschland zu betreten, um nach Hause zu reisen. AKKÜ koordiniert und erwartet vom Bund Hilfe.</p>	
12	Internationales (nur freitags)	ZIG/FG32
13	Update digitale Projekte (nur montags)	FG21/Präs
14	Information aus dem Lagezentrum	
	! Nicht besprochen	FG32
15	Andere Themen	
	! Nächste Sitzung: Donnerstag, 02.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	02.04.2020, 11-13 Uhr
Sitzungsort:	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

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Trend in Italien setzt sich fort. ▪ Die Fallzahlen in den USA steigen weiterhin sehr stark an. ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine wesentlichen Änderungen ○ Methodik der Darstellung der Kurve: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ○ 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 ○ <u>Schweden:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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, ▪ Verkehrsverbindungen: Inlandsreisen sind eingeschränkt möglich, Fährverkehr: PAX beschränkt auf 299, vornehmlich Frachtverkehr, Grenzen für Autoverkehr offen, Flugverkehr eingeschränkt. ▪ Schließung nur einiger Skigebiet (3 von 6) ○ <u>Österreich:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insgesamt scheint die Kurve abzuflachen, Tirol, Voralberg und Salzburg zeigen die höchsten Inzidenzen. ▪ 0,1% der Bevölkerung wurden pos. getestet (18% Positivquote), Verdopplungszeit wird länger: 	ZIG1

	<p>gestern 6,4 Tage und heute 7,4 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stichprobentests werden durchgeführt: repräsentatives Kollektiv wird abgestrichen, um Rückschlüsse auf Untererfassung zu erhalten ▪ Verlauf von Reff: Mitte März lag er bei 4, derzeit bei 1,2 ▪ 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 <p>○ <u>Kanada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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%) ▪ Kanada hat starke Maßnahmen in Kraft, aber derzeit noch zu früh für Bewertung, wie der Verlauf ist. <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"> ▪ 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. ▪ Die derzeitige virologische Surveillance ist relativ insensitiv. ▪ 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. ▪ 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. ▪ Grundsätzlich werden derzeit schon viele Personen per PCR getestet und es wird kein Gewinn durch eine PCR-Stichprobenuntersuchung gesehen. ▪ Es erscheint besser sich auf serologische Surveillance zu konzentrieren. <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 73.522 (+ 6.156, 8%), davon Todesfälle 872(+140) ○ Genesene: 21.400, es wird aber derzeit der Algorithmus verändert 	<p>Alle</p> <p>FG32</p>
--	--	-------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Epidemiologische Kurve in Deutschland: Bei relativ vielen Fällen werden die Erkrankungsdaten erst später nachgetragen ○ Expositionsorte International: v.a. durch repatriierte Personen noch viele internationale Expositionsorte ○ Expositionsorte National: BY, BW und HH haben Inzidenz >130 ○ Trendanalyse BL: Alle dargestellten BL zeigen rückläufigen Trend ○ Geographische Verteilung: Schwerpunkt in BW, BY und NRW sichtbar ○ 7-Tage-Inzidenz: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Derzeit 80 LK 51-100 Fälle/100.000 Einwohner und 20 >100 Fälle/100.000 Einwohner ▪ Darstellung wird aber von den Medien aufgenommen und verbreitet ○ 3-Tage/5-Tage-Inzidenz: Abnahme ist sichtbar ○ Vergleich mit Vorwoche: Die Inzidenzen sind noch höher in der aktuellen Karte im Vgl. zur Vorwoche. ○ Trendanalyse Kreise: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abnahme in HH und München, insgesamt bei den meisten stabiler abnehmender Trend, konsolidiert sich, könnte aber ggf. auch auf Limitationen der Testung hinweisen ○ Alters- und Geschlechtsverteilung: Inzidenz wurde auch in Dashboard aufgenommen. ○ Alters- und Geschlechtsverteilung der Todesfälle: hängt etwas nach, da derzeit noch viele auf der ITS ○ DIVI-IntensivRegister: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Derzeit 975 Kliniken/Abteilungen ○ 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 ○ Amtshilfeersuchen: Sachsen-Anhalt hat ein Amtshilfeersuchen gestellt aufgrund eines Ausbruchs in einer Erstaufnahmeeinrichtung im Harz, ggf. auch Unterstützung von Ärzten ohne Grenzen ○ EuroMOMO (Folien hier) <p>! Analyse der Altersentwicklung der Ausbrüche und spezielle Materialien für Altenpflegeheime</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufgabe ist an FG14 und FG37 vergeben worden – FG37 hat FF ○ 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 	
--	---	--

FG37, BZgA,
alle

	<p>zusammengestellt werden sollen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anfrage vom BMG (Janina Straube und Gerit Korr) an FG37 zu Austausch dazu ○ 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 ○ Personal, das mit zu Pflegenden zu tun hat, sollte generell MNS tragen ○ Wichtig Punkt Masken mit Ventil sollte aufgenommen und in den Dokumenten klar gestellt werden <p>! Bericht von Christina Frank aus Jessen (Folien hier):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausbruchsunterstützung in Jessen, Sachsen-Anhalt, Ausbruchsteam aus: Christina Frank, Marina Lewandowsky, Neil Saad ○ 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 ○ Ausbruch v.a. im Alten- und Pflegeheim: derzeit 19 infiz. Bewohner (5 hosp., 1 Todesfall), 11 infiz. Pflegekräfte ○ 25% Bewohner sind männlich, 75% weiblich, Altersmedian 86, infizierte Bewohner sind im Median deutlich älter (>90) ○ Bei Ankunft des RKI-Teams alle isoliert in den Zimmern mit zugeordneten Pflegekräften, pos. getestete Pflegekräfte werden nicht eingesetzt ○ Auch auf Empfehlung des Teams wurden alle Personen, auch in den anderen Wohnbereichen getestet, dort gab es auch Infizierte ○ Neukohortierung: 2 Wohnbereiche mit infizierten Bewohnern mit zugeordneten Pflegekräften ○ Danach bislang nur eine Bewohnerin neu pos. getestet ○ Epidemiekurve: Erkrankungsdatum vor allem im Heim weitgehend unbekannt, wenige Fälle mit unklarer Zuordnung, immer wieder reiseassoziierte Fälle bzw. Fälle aus anderem Kreis ○ Ausbruch ging aus von 3 Reiserückkehrern aus Salzburger Land (zu der Zeit kein Risikogebiet), die Familienangehörige und Kollegen angesteckt haben. ○ 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. ○ Grundsätzlich gab es, sobald ein Fall bekannt wurde i.d.R. nur noch einen weiteren Fall unter den Kontakten. ○ Amtsarzt mit Infektionsschutzerfahrung u.a. in Afrika ist zuvor ausgefallen; aber sehr motiviertes Personal 	FG35
--	--	------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

<p>2</p>	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Relevanz asymptomat. Personen im Ausbruchsgeschehen</p> <p>! Frage, ob das relevante Gruppe für Übertragungen darstellt, neue Publikation aus China</p> <p>! Es ging um Entlasskriterien von Pat., die asymptomatisch sind, aber per Zufall pos. getestet wurden, ggf. Empfehlung zum permanenten Tragen von MNS.</p> <p>! Laut WHO Bericht aus China keine große Rolle, aber aktuelle Einschätzung ggf. anders</p> <p>! Rolle von Personen komplett ohne Symptome kann man schlecht abschätzen, Größe des Anteils unklar</p> <p>! z.T. gibt es Berichte über komplett asymptomat. Personen, die andere Infiziert haben (z.B. Cluster Saarland: Ärztin, die 8 Personen infiziert hat)</p> <p>! Man könnte Ausbruch in Erstaufnahmeeinrichtung nutzen, um die Frage zu untersuchen (21 pos. getestet, zu dem Zeitpunkt asymptomat.)</p> <p>! Ggf. kann die Frage auch bei den bevölkerungsbasierten Studien in Skandinavien geklärt werden - wenn das Umfeld von pos. Getesteten auch getestet wird</p> <p>! KH screenen derzeit z.T. jeden Patienten der neu aufgenommen wird – führt zu 3 Teilung in allen Einrichtungen</p> <p>! Bei Empfehlungen für vulnerable Gruppen wird davon ausgegangen: Daher die Empfehlung, dass die ganze Zeit mit MNS gearbeitet werden soll.</p> <p>! Bei vom CDC untersuchten Ausbrüchen in Alterspflegeheimen großer Teil der Bewohner asympt. infiziert, das bedeutet bei Entlassung in Pflegeheim – gleiche Kriterien wie bei KH: 2x neg. Testung</p> <p>! Antwort wird sich aus Ergebnissen der Studien der Ausbruchsteams und den internat. Untersuchungen ergeben.</p> <p>! Für den Steckbrief sollten FG36 die entsprechenden Daten zur Verfügung gestellt werden</p> <p>! ZIG1 wird sich die internationale Lage bzgl. Häufigkeit und bedeutung komplett asympt. Infektionsgeschehen anschauen und hat z.B. CDC China schon kontaktiert bzgl. neu gemeldeter asymptomat. Fälle</p> <p>Risikostratifizierung</p> <p>! Gibt es bei pos. Getesteten AK-Anstieg? Schützende AK? Fragen zur Liste der Plasmaspende</p> <p>! Verlaufsstudien zeigen: nach 3-4 Tagen steigt IgM, nach 1 Woche IgG</p>	<p>IBBS, alle</p> <p>BZgA</p>
<p>3</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Änderungsbedarf</p>	
<p>4</p>	<p>Kommunikation</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Info vom PEI: klinische Studie, wird morgen die Genehmigung erhalten. ! Die Aufrufe der Blutspendedienste zu Plasmaspenden sind unkorrdiniert, dazu häufige Nachfragen der Presse bei der BZgA. ! Morgen gibt die BZgA ein Empfehlungsblatt für Masken (diff. gegenüber Verwendung Masken für HCW) Für Community Masks gibt es Stellungnahme des BfARM Es gibt Aktion #Maske – dazu positioniert sich BZgA ! Zusätzlich Material zu Masken für Pflegedienste (s.o.) <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! COVID-19 Seite wurde umstrukturiert: Punkte Meldung und Kontaktpersonenmanagement wurden aufgenommen 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Modernisierungsschub für die Verwaltung (z.B. auch Gesundheitsämter) Vgl. Protokoll des BMG-BMI-Krisenstabs (vom 26.3.20)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Möglichkeit sollte genutzt werden zur IT-Aufrüstung von SurvNet und DEMIS ! Ggf. 1-2 BL, die als „best practice“ vorangehen können ! Besser wäre es SurvNet empfangsbereit zu machen für Meldungen von Laboren, d.h. Funktionen, die für DEMIS vorgesehen sind, jetzt in SurvNet einzubauen. Über 200 GÄ würde das zur Verfügung stehen und das wäre eine Entlastung für die Ämter. ! Zusätzlich sollte man die derzeit die Möglichkeit nutzen die Hostingfrage zu klären. ! Schwierig andere GÄ in der Krise zu Umstellung auf SurvNet zu bewegen. ! Es gibt von den Ländern zusätzlich Personal und Mittel für die IT-Ressourcen der GÄ. ! Politische Entscheidung für einheitliche Vorgaben zu Programm derzeit bei Kanzleramt und BMG. ! Thema sollte in AGI eingebracht werden. <p><i>ToDo: FG32 und AL3 bringen das Thema in AGI ein.</i></p>	<p>Präs/FG32</p>
6	<p>Dokumente</p> <p>Änderung des Titels des Dokuments „Umgang mit Leichen“</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Titelvorschlag von Herrn Trost (Umgang mit SARS-CoV-2 infizierten Leichen) kann so verwendet werden. 	

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

	<p>! Derzeit lineare Entwicklung und ggf. fallende Fallzahlen und damit weniger Testung, sollte aber ggf. im weiteren Verlauf beachtet werden</p>	
<p>8</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Entlasskriterien - ambulanter Bereich /Neue Version</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>Erfassung klinischer Verläufe durch Register LEOSS des DZIF</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>Projekt ITCU: Telemedizin zur Stärkung v. Intensivstationen</p> <p>(Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hr. Zacher hat ein Tool mit der Modellierergruppe entwickelt, baut auf Nowcasting auf, könnte BL zur Verfügung gestellt werden ! Gestrichelte Linien sind Interventionszeitpunkte ! Prognose der Anzahl der Patienten, die Intensivbett benötigen ! Nowcasting ist sehr sensitiv auf Änderung der Zahlen an Tag zuvor und sagt die nächsten Tage voraus ! Es sollte klar kommuniziert werden, dass das das Ergebnis der aktuellen Maßnahmen ist und sich bei veränderten Maßnahmen schnell ändern kann. ! Hängt zudem sehr von Gruppen ab, die erkranken und kann sich regional stark unterscheiden – Alter kann aber in Nowcasting eingebaut werden ! Kann an Länder (nicht an Öffentlichkeit) herausgegeben werden aber mit klarem CAVE (s.o.) <p>Telemedizin</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Projekt Hub an der Charité durch das überbelastete ITS in Deutschland Fachexpertise per Telemedizin bekommen können 	IBBS
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Umgang mit SARS-CoV-2-pos. med. Personal, dass nach Ende der 14-tägigen Isolation und mind. 48 stündiger Symptommfreiheit weiterhin positive Befunde hat</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen. <p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen. 	
9	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	



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

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

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	03.04.2020, 13-14:30 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
- ! Abt. 2 Leitung
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Anette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! ZBS 1
 - Janine Michel
- ! Presse
 - Jamela Seedat

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

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der abnehmende Trend setzt sich fort in Italien und Spanien, die Fallzahlkurven flachen ab. ▪ Die Fallzahlen in den USA steigen weiterhin sehr stark an. ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag Keine wesentlichen Änderungen <p>Rückmeldung des BMG, dass Risikogebiete ab Montag 06.04.2020 00 Uhr angeschafft werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Norwegen</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der zweite Peak in der Kurve der COVID-19 Fallzahlen flacht ab. Mögliche Erklärung dafür ist noch unklar und wird nächste Woche nachgereicht. ○ <u>Indien (1.4 Mrd. Einwohner)</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absolute Fallzahlen (2 088/ 56 Todesfälle; Fallsterblichkeit: 2, 7%.) verhältnismäßig niedrig, aber es zeigt sich ein starker Anstieg. Die Inzidenz ist 0,2/ 100 000 Einwohner. Es wird von einer Untererfassung ausgegangen und eine weitere Zunahme wird in Projektionen angenommen. Junge Bevölkerungsstruktur ist in diese Modellierung einbezogen. Hohe Tbc-Prävalenz sowie pulmonale Erkrankungen auf Grund von Luftverschmutzung sollten bei der Betrachtung bedacht werden. ▪ Die ersten importierten Fälle aus China wurden bereits am 31.01.2020 erfasst. ▪ Derzeit größtes Cluster umfasst 50 Fälle im Zusammenhang mit einer religiösen Veranstaltung am 30.03.3030 in Delhi. In den letzten Tagen zunehmenden Meldungen von Einzelfällen aus dem, ist sehr dicht besiedelten (1 Mio. Einwohner auf 5 km²), Dharavi-Slum in Mumbai. ▪ Wenige und unselektive Testung (Tests: 47.951 gesamt (Positivquote 5.2%)) ▪ Medizinische Infrastruktur: Isolationsbetten: 37,618 (1/84.000 Einwohner); Intensivbetten: 9,512; Beatmungsplätze: 8,432 ▪ Aktuelle Maßnahmen umfassen seit dem 24.03.2020 einen 21-tägigen landesweiten Lockdown, 	<p>ZIG1</p> <p>VPräs</p> <p>ZIG1</p>

	<p>inklusive Schließungen öffentlicher Orte, Schließung der Grenzen zwischen den indischen Staaten, einer Ausgangssperre landesweit, Schließung der Grenzen nach außen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diese Maßnahmen haben eine Fluchtwelle von Wanderarbeitern aus urbanen in ländl. Gebiete ausgelöst. Berichte über eine sehr drastische Umsetzung sowie hinsichtlich wissenschaftlicher Grundlage fragliche Maßnahmen (Desinfektion von ganzen Gruppen mit Chlorkalklösung). ▪ Erhöhung der Kapazitäten im Gesundheitswesen (vermehrte Produktion von PPE, Masken und Beatmungsgeräten) primär in den Großstädten. Strategie des Lockdowns wird bis zum Rückgang der Fallzahlen bestehen bleiben, Containment sowie Kontaktpersonennachverfolgung scheint derzeit nicht relevant und/oder umsetzbar zu sein. ▪ Bei fehlenden effektiven Maßnahmen werden 180 Mio. Fälle und 5 Mio. Todesfälle in 2020 vorhergesagt. <p>○ <u>SEARO/EMRO Region</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die geographische Nähe Indiens mit den Entwicklungen/Maßnahmen haben ähnliche Reaktionen (Wanderbewegungen) in der EMRO-Region v.a. angrenzenden Staaten, bsp. Pakistan, ausgelöst. ▪ WHO-Ministerkonferenz der EMRO-Staaten: Orientierung/Adoption des chinesischen Vorgehens: Containment (Early detection, early testing, early isolation of all cases, early treatment) und Mitigation (physical distancing, restriction of movement) sollen parallel implementiert werden. Isolierung zuhause ist in den Regionen wird als nicht durchführbar angesehen. ▪ Iran ist aktuell der einzige Staat mit nachhaltiger Testung in der EMRO-Region <p>○ <u>Durchführbarkeit von häuslicher Isolation in Deutschland</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Papier zur ambulanten Betreuung/Management beschrieben ▪ Ist stark von der Lebensstruktur abhängig und in Deutschland durchführbar, da die Compliance in der Bevölkerung hoch ist ▪ Andere Ansätze sind nicht umsetzbar ▪ In Berlin wird aktuell ein Krankenhaus zur Behandlung von ausschließlich COVID-Erkrankte entwickelt ▪ Vulnerable Bevölkerungsgruppen (Obdachlose, Asylbewerberunterkünfte) dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Ferienwohnungen 	<p>Alle</p> <p>FG32</p>
--	---	-------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>können eine Lösung bieten.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non-Compliance ist vereinzelt bekannt und wird bis zum gewissen Grad akzeptiert <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 76.696 (+ 6.174, 8%), davon Todesfälle 1.017(+145) ○ Genesene: 23.800 (Wenn kein Datum für Erkrankungsbeginn bekannt ist, wird das Meldedatum zur Berechnung der Genesung genutzt) ○ Epidemiologische Kurve <u>nach Erkrankungsbeginn</u> in Deutschland konnte auf Grund von technischen Problemen noch nicht ins Dashboard integriert werden. ○ -Eine Projektion von Brockmann für Dt. ist verfügbar. ○ Expositionsorte International: Österreich weiterhin häufigster Expositionsort (8.823 Anzahl der Fälle mit Nennung) ○ Trendanalyse BL: Alle dargestellten BL zeigen rückläufigen Trend ○ Geographische Verteilung: Schwerpunkt in BW, BY und NRW sichtbar ○ 7-Tage-Inzidenz: <p>! Neue Kategorie /Farbe > 500- ≤ 1.000 für Tirschenreuth/BY eingeführt; Inzidenz 548.9/100 000</p> <p>! Derzeit 73 LK 51-100 Fälle/100.000 Einwohner und 21 >100 Fälle/100.000 Einwohner</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 3-Tage/5-Tage-Inzidenz: Geringe Abnahme ○ <u>Lage in Tirschenreuth:</u> <p>! Berufspendler (medizinisches Personal/Pflege) gelangen schwer über die tschechische Grenze und fehlen in der Patientenversorgung. Möglicher Export sowie Ausmaß von Erkrankungen in die angrenzenden LK sowie nach Tschechien ist unklar. Die aktuelle Situation (Bettenbelegung und Kapazität) aktuell unklar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Trendanalyse Kreise: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trend in Heinsberg gleichbleibend, zahlreiche Nachmeldungen aus Köln, steigender Trend in Rosenheim ○ Alters- und Geschlechtsverteilung: Zunahme bei älteren Männern sichtbar. ○ DIVI-Intensivregister: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Derzeit 1.052 Kliniken/Abteilungen; viel Unsicherheit und Zielwert liegt viel höher ▪ Unterschiedliche regionale Verteilung der Belegung, viele Regionen ohne COVID-Patienten auf Intensiv ○ HSC-TK: Frankreich führt viele Intensivverlegungen 	
--	--	--

	<p>auf nationaler Ebene durch; Großer Dank an Dt. für Übernahme von intensivpflichtigen Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prof. Busse berichtet/berechnet Kapazitäten auf europäischer Ebene ○ Labortestungen: gleichbleibend ○ Euro-MOMO: unverändert <p>○ <u>Amtshilfeersuchen: ZAST Halberstadt (ST)</u> Ausbruch in einer zentralen Erstaufnahmeeinrichtung im Harz, aktuell ein Team vor Ort und wird ggf. mit MSF zusammenarbeiten; keine schweren Erkrankungen</p> <p>○ <u>Amtshilfeersuchen: EvB Potsdam (BB)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aktuell FG 37 (Tim Eckmanns, Muna Abu Sin, Felix Moek/PAE) vor Ort ! Über 50 Fälle mit einigen Todesfällen ! Land und GA waren mit den durchgeführten Maßnahmen nicht zufrieden und heute findet eine Begehung statt ! Kontrolle des Ausbruch erweist sich auf Grund von mangelnden und schnellen Testkapazitäten und fehlender Schutzausrüstung als schwierig ! Weitere Updates Anfang nächster Woche <p>○ <u>Amtshilfeersuchen: Unfallkrankenhaus Marzahn-Hellersdorf (BE)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Große Klinik mit zwei COVID-Stationen (Intensiv- und Normalstation) mit 25 Fällen unter dem Personal (3 nosokomiale Infektionen) ! Problematisch ist die Zeitverzögerung im Rahmen der Testung (Ergebnisse liegen erst zwei/drei Tage später vor / Kapazitätsprobleme beim Labor Berlin) ! Dringende Untersuchung/Screening von Personal (ca. 2000 Personen) notwendig um Ausbruchsgeschehen zu beherrschen ! Weiteres Problem ist fehlende Ausrüstung v.a. MNS ist nicht für das gesamte Personal verfügbar <p>○ Testkapazitäten Labor am RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ! <u>Aktuell zunächst angestrebte</u> maximale Kapazität (<u>200 Proben/Tag</u>) am RKI erreicht (unter anderem 164 Proben aus Reinickendorf), <u>Labor erhält mehr als 200 Proben pro Tag, am WE weniger, weitere Aufstockung auf die gewünschten 1000 Proben/Tag möglich</u> ! Einschränkung durch Lieferschwierigkeiten ! Handextraktion durch mehr Personal prinzipiell möglich und auf diese Weise könnte eine ausgewählte Anzahl von Proben abgenommen werden (Übernahme von 2.000 Proben nicht möglich) <p>○ Herausforderungen im Umgang mit Ausbruchsgeschehen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nur adäquate räumliche Trennung und Screening von 	<p>FG37</p> <p>ZBS1AL1</p> <p>FG 37/alle</p> <p>BZgA</p>
--	---	---



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Personal/Testung von Gesunden ermöglichen Kontrolle über die Ausbruchssituation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! International gibt es Beispiele für Leihmöglichkeiten/ Umverteilung für Equipment ! Mobile Labore/Testhubs für nosokomiale Ausbrüche wären eine Möglichkeit schnelle zusätzliche Testung durchzuführen <p>Am BMG gibt es eine zentrale Stelle, die Angebote zu Schutzausrüstung beispielsweise von Herstellern prüft</p> <p><i>TODO:</i> <i>FG 32 und Linus Grabenhenrich (MF) schauen sich die Publikationen on Prof. Busse zu europäischen Lage an</i></p> <p><i>ZBS1: Möglichkeiten ein Hilfsangebot des Labors am RKI zur Abnahme von Proben vom Labor Berlin prüfen</i></p> <p><i>Abt 1./ Hr. Mielke: Anpassung der Teststrategie</i></p> <p><i>FG 32: Thema „Freiwilliger Ressourcenausgleich bei PSA“ als möglicher Umverteilungsmechanismus in die AGI einbringen und ans BMG Lagezentrum die Anregung zum Aufruf von Spenden von MNS aus der Bevölkerung weiterleiten</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Empfänglichkeit Haustiere</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Infektion von und Transmission durch Katzen von Veterinärmedizinern/FLI beschrieben ! In Abstimmung mit FLI und Presse sollen die FAQ angepasst werden. Geänderte FAQ liegen dem Lagezentrum vor. <p>Neue Erkenntnisse zu asymptomatischen Infektionsgeschehen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Literatur wird aktuell zusammengetragen (15 Publikationen); Auswertung erfolgt über das Wochenende ! Unterstützung kann von der Bibliothek erfolgen <p>Untersuchungen zu genesenen COVID-19 Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Erfassung von genesenen COVID-19-Fällen am RKI ist noch nicht systematisch möglich ! Es liegen Angebote von Einzelpersonen dem RKI vor (2 Patienten aus Cottbus) ! Eine Möglichkeit wäre über klinische Netzwerke Patienten anzusprechen ! Aufruf von Genesenen zu Plasmaspende wird auf den 08.04.2020 verschoben ! Eine Kohortenstudie wäre sinnvoll und ist erwünscht, 	<p>Präs</p> <p>ZIG 1/VPräs</p> <p>VPräs/ alle</p>

	<p>dies wurde bereits im Krisenstab angeregt und als Aufgabe vergeben</p> <p><i>TODO:</i> FG 35 und Presse prüfen und passen die FAQ in Bezug auf Transmission durch Katzen an</p> <p><i>Lagezentrum soll in alten Krisenstabsprotokollen die Aufgabe zur Planung einer Kohorte und die zuständige Abteilung identifizieren</i></p> <p><i>FG36/IBBS klärt die Möglichkeit des Aufbaus eines klinischen Registers mit dem Ziel eine Kohorte aufzubauen</i></p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Änderungsbedarf</p>	
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Aufruf des BMG zur Plasmaspende für klinische Studie auf 08.04.2020 verschoben</p> <p>! Die umfassenden Bezeichnung von Mund-Nasen-Maske/Schutz bietet juristische Herausforderungen, da nur Produkte mit bestimmten Standard diese Bezeichnung führen dürfen; um das zu umgehen soll ab jetzt Mund-Nasen-Bedeckung genutzt werden.</p> <p><i>TODO: Presse Wording entsprechend übernehmen und anpassen</i></p> <p>Presse</p> <p>! Zwei Publikationen im EpiBull zu Erfassung von Testung und Laborbasierter Surveillance erschienen</p> <p>! Klärungsbedarf/Definitionen der folgenden Begriffen: Risikogruppe, vulnerable Gruppe, Risiko für schweren Verlauf notwendig. Im RKI Glossar gibt es bereits einige Definitionen dazu.</p> <p>! Vermehrt Anfragen zur Ausrüstung und IPC in Behinderteneinrichtungen, eindeutige Einteilung abhängig von Grundsituation, Betreuungsart etc.</p> <p>! Sehr viele Anfragen zu Kriterien anhand derer Kontaktbeschränkungen aufgehoben werden. Ein Vorschlag für das Wording wäre sehr hilfreich. Fallzahlen und R0 spielen aus epidemiologischer Sicht eine wichtige Rolle. Die Frage kann aktuell nicht beantwortet werden, da zahlreiche Faktoren (nicht nur infektionsepidemiologische Natur) reinspielen</p> <p><i>TODO:</i> Definitionsvorschlag zu „Risikogruppe, vulnerable Gruppe, Risiko für schweren Verlauf“ unter Nutzung des RKI Glossars durch FG 36 erstellt und mit BZgA/Presse abgestimmt</p> <p><i>Presse: Kontakt wird mit dem Verband für Behinderteneinrichtungen aufnehmen und die Frage der eigenen Einordnung abklären um die</i></p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>

	<i>Anfragen besser zu beantworten</i>	
5	<p>Strategie</p> <p>Große Strategiefragen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Update Deeskalationsstrategie Es gibt viele unterschiedliche Partner und die Arbeit ist sehr produktiv. Es wurden 4 Szenarien als Vorschläge erarbeitet. Szenario „Hammertanz mit Schild“ (Fallzahlkurve geht zurück, Maßnahmen werden schrittweise zurückgenommen mit bestimmten Auflagen, Schutz von vulnerablen Gruppen) wird favorisiert. Triggerpunkte/Werte, ab wann Maßnahmen zurückgenommen werden, werden von zahlreichen Faktoren bestimmt (RO, Fallzahlen, Containment, Auslastung der Betten, Testkapazitäten, Kontaktpersonennachverfolgung im Rahmen von Ausbrüchen/Cluster). Bevor die Szenarien mit dem BMG geteilt werden, werden die Triggerpunkte/Messfaktoren präzisiert und differenziert dargestellt, da diese potentiell als Indikatoren genutzt werden, um Missverständnisse vorzubeugen. Farbgebung (Aktuell rot in allen Szenarien für ältere Bevölkerung) und Namen der Szenarien sollen angepasst werden, so dass sie für die politische Außenkommunikation geeignet sind. Viele Arbeitsgruppen in unterschiedlichen Ministerien, personellen und thematische Überschneidungen, arbeiten dazu. Die Vorschläge werden in einer Ministerialrunde, heute das erste Treffen, zusammengeführt. Der Prozess soll nächste Woche Freitag (10.04.2020) abgeschlossen sein. <p><i>TODO: ZIG arbeitet besprochenen die Änderungen und Definitionen in die Strategie ein und teilt das Dokument mit dem BMG.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anfrage BMG: Epidemiologische Einschätzung des Potentials der Contact-Tracing-App Erfahrungen aus asiatischen Ländern sowie Modellierungen können zur Einschätzung herangezogen werden. Technische Umsetzung ist voraussichtlich im April abgeschlossen. Machbarkeitsstudie/Pilotierung bei der Bundeswehr ist geplant. Die Teilnahme ist freiwillig somit sollte aus der Sicht des Datenschutzes es unproblematisch werden. Es hätte Potential die Arbeit der Gesundheitsämter zu beschleunigen, die Bedeutung der gesammelten Daten und daraus ergebenden Konsequenzen/Handlungsmöglichkeiten sollten kritisch beurteilt werden. <p><i>ToDo: Justus Benzler und Göran Kirchner mit Unterstützung von AL3 beantworten die Anfrage.</i></p>	<p>LZIG/alle</p> <p>AL3, alle</p>

RKI-interne strategische Fragen

- **Umgang mit Extrawünschen hinsichtlich Auswertung (BMI, Antes, Krause, ...)**
Es kommen zahlreiche Anfragen bzgl. Datenabfragen und Auswertungen, die nicht über das Dashboard und SurvNet bedient werden. Das ist einerseits datenschutzrechtlich schwierig sowie aufwändig. Ein Standarddatensatz, der etwas detaillierter ist als bereits verfügbar, könnte eine Lösung bieten. Eine pauschale Lösung ist schwierig und die Anfragen sollen weiterhin einzeln geprüft werden.

- **Vorschlag USA: „Wöchentlicher Chief Advisors Call“ (DE BMBF)**
Nicht besprochen

- **Anfrage IHME Covid-19 projections on healthcare capacity and utilization for the EEA/EU member countries and the UK**
IHME möchte Analysen zu Kapazität und Nutzung des Gesundheitswesens für die EWR/EU-Mitgliedsländer und UK veröffentlichen und haben zwecks einer Kollaboration im Rahmen der Veröffentlichung Sebastian Haller und Thomas Ziese angefragt. Die Art der Beteiligung bzw. inhaltliche Mitgestaltung ist noch nicht abschließend geklärt. Sollte eine inhaltliche Beteiligung möglich sein wäre das eine gute Möglichkeit. Dazu sollen bilateraler Austausch zwischen ZIG und FG37 stattfinden.

ToDo: FG37 und ZIG tauschen sich aus und eruieren die Möglichkeiten der Beteiligung und entscheiden über möglicher Beteiligung.

- **Publikationsanfragen: Entscheidung und Freigabe**
Publikationsfreigaben kommen sehr kurzfristig rein und bedürfen inhaltlicher Prüfung. Dies soll weiterhin über den üblichen Dienstweg (in Ausnahmefällen per E-Mail) erfolgen.

- **Modernisierungsschub für die Verwaltung (z.B. auch Gesundheitsämter) Vgl. Protokoll des BMG-BMI-Krisenstabs (vom 26.3.20)**
Der Vorschlag des Ministers jedem GA 50.000 Euro zur Aufrüstung zur Verfügung zu stellen kann hilfreich sein um fehlende IT-Infrastruktur zu implementieren und um die Digitalisierung voranzutreiben (beispielsweise Implementierung des Labormoduls im SurvNet). Die tiefgreifenden Probleme des ÖGD (fehlendes Personal) werden damit nicht gelöst werden können. Länder werden punktuell angefragt, ob das als nützlich angesehen wird.

TODO: FG32 fragt in einzelnen BL nach.



6	<p>Dokumente</p> <p>Optionen zur getrennten Versorgung von COVID-19 Verdachtsfällen / Fällen und anderen Patienten im ambulanten und prästationären Bereich (Dokument hier)</p> <p>Rückfragen der KBV wurden adressiert und mit FG14/ABT1 angeglichen. Es erfolgt eine Trennung zwischen Versorgung ambulant und stationär. Nach Abstimmung mit IBBS kann eine Veröffentlichung auf der Homepage erfolgen.</p> <p><i>TODO: FG37 teilt den Entwurf mit IBBS.</i></p>	FG37
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>RKI interne Laborgruppe</p> <p>! <u>Ca.</u> 3000 Proben analysiert, davon waren <u>ca.</u> 500 Proben positiv</p> <p>! Unterstützung ist <u>grundsätzlich</u> gut, <u>nicht von allen FGs im Haus gleichermaßen</u>; bei Zunahme der Proben muss zusätzliche Unterstützung rekrutiert und Schichten angepasst werden</p> <p>! Zunehmende Anfragen zu serologischen Testung/Einzelne Proben aus den GA mit Frage nach durchgemachten Infektionen. Nachweis mit EUROIMMUN funktioniert bisher gut (4 Serumproben). Bisher verfügbaren Proben von asymptomatischen Personen dürfen ebenfalls getestet werden.</p> <p>! PEI arbeitet an Evaluierung von serologischen Testen. Dopplungen sollten vermieden werden.</p> <p><i>TODO: ZBS1 Kontakt mit PEI aufnehmen um Kollaboration zu serologischen Testung zu besprechen.</i></p> <p>! Selbstabnahmestudie:</p> <p>Proben aus dem DRK sind im RKI angekommen. Labor Berlin/<u>KL Corona</u> leitet die Proben der Selbstabnahmestudie nicht weiter. Die Studie <u>besteht</u> aus zwei Proben: 1. ärztliche Abnahme <u>in der Charité, untersucht</u> im Labor Berlin/2. Selbstabstriche gingen direkt an das RKI. FG 36 unterstützt bei der schwierigen Kommunikation.</p>	<p>ZBS1AL1</p> <p>FG17</p>

	<p><i>TODO: Frau Michels teilt einen Entwurf für eine Anfrage (E-Mail) mit Herr Wieler und Herr Schaade</i></p> <p>Grippesaison/Sentinell</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Sporadische Nachweise bei zurückgehender Probenzahl ! 14. KW: 57 Proben und keinem Nachweis ! Möglicher Grund ist die Abnahme von ARE insgesamt 	
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Forecasting für den Bettenbedarf auf Intensivstationen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Projektionen wurden im Rahmen der AGI geteilt. Nach Abklärung mit FG 37 sollen die Auswertungen mit DIVI geteilt werden. ! E-Mail zu Korrektur der Zahlen von Dr. Gerald Gaß (Deutschen Krankenhausgesellschaft) soll erneut mit allen geteilt werden. 	VPräs/Präs/ alle
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
10	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Umgang mit Reiserückkehrern/Umgang mit repatriierten (Kreuzfahrtschiffe)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es wird am Montag im BMG über den Umgang mit Reiserückkehrern entschieden. Deutsche Touristen sollen nach Rückkehr für 14 Tage sich in freiwillige Quarantäne begeben. Nach Deutschland einreisende Ausländer sind in dieser Regelung nicht erfasst. Dieses Vorgehen wird als unvollständig und insuffizient bewertet. 	VPräs/FG32/ alle

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! BMI wird ein Einreiseregime erarbeiten. ! Reisende/Reiserückkehrer sind in der Deeskalierungsstrategie aufgenommen. <p>Großveranstaltungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Dokumente zu Großveranstaltungen sollen angepasst werden. 	FG 32
12	<p>Internationales (nur Freitags)</p> <p>AA: BKA TK mit Südkorea</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 7 TKs zu unterschiedlichen Themen mit Südkorea zu „Lessons learned“, beispielsweise Umgang mit Reiserückkehrern oder Verpflichtung/Zwang zu Quarantäne, vom AA geplant. Unterlagen werden durch ZIG gesammelt und geteilt. <p>Austausch Singapur</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Dienstags fand ein Austausch mit dem PH Institut Singapur statt. Unterlagen werden in Ministerien aufgearbeitet. ! Zunehmendes Interesse an der dt. Strategie und Maßnahmen im Ausland. <p>Hilfeersuchen aus dem Ausland</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zunahme von Hilfeersuchen aus dem Ausland. Aktuell Anfragen aus Venezuela, Kasachstan, Kirgistan, Armenien, Jemen. Die Inhalte der Anfragen sowie die Dringlichkeit und Nachhaltigkeit ändern sich zunehmend (am Anfang vor allem Diagnostik) und wir steuern auf eine humanitäre Krise zu. ZIG steht im Austausch mit BMZ zu kritischen Fragestellungen. 	LZIG
13	Update Digitale Projekte (nur Montags)	
14	<p>Wichtige Termine</p> <p>Bitte eigenständig in die Agenda eintragen</p>	FG 32

15	Information aus dem Lagezentrum	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag 06.04.2020, 13:00-14:30	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	<i>Neuartiges Coronavirus (COVID-19)</i>
Datum, Uhrzeit:	<i>06.04.2020, 13-15:30 Uhr</i>
Sitzungsort:	<i>RKI, Virtueller Konferenzraum Vitero</i>

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2 Leitung
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Christian Herzog

- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! INIG
 - Andreas Jansen
- ! BZgA : Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr: Katalynn Roßmann (per Telefon)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit > 7.000 neuen COVID-19-Fällen/Tag in den letzten 7 Tagen: Der abnehmende Trend setzt sich in Italien und Spanien fort. ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen COVID-19-Fällen/Tag: zunehmend südamerikanische Länder wie Brasilien und Peru betroffen, dazu wird am 07.04.2020 eine TK mit venezolanischen Experten stattfinden, ein Update zu den Fallzahlen in Südamerika ist für den 07.04.2020 geplant. ! Frankreich: Ein starker Anstieg an Fällen wird beobachtet. Nach Änderung der Surveillance-Strategie (Eintritt in die Phase 3, Medikationsphase am 28.03.2020) fließen auch Daten aus Pflegeheimen in die Fallzahlen ein; ein weiterer Anstieg der Fallzahlen ist angesichts der betroffenen Pflegeheime zu erwarten. In KW13 wurden knapp 200.000 Tests durchgeführt, mit einem im europaweiten Vergleich hohen Positivanteil von 27%. ! Spanien: Ein abfallender Trend wird verzeichnet, der am ehesten als Effekt der Maßnahmen vom 14.03.2020 (landesweiter Notstand mit Ausgangssperre) zu deuten ist. Damit zeigt sich ein Effekt der Maßnahmen nach 3 Wochen. Es werden mit etwa 15.000 Testungen pro Tag relativ wenige Testungen durchgeführt. ! Italien: Der abfallende Trend setzt sich seit einiger Zeit fort. Die Errichtung einer Sperrzone am 11.03.2020 erscheint maßgeblich. Wie in Spanien zeigt sich etwa 3 Wochen nach einschneidenden Maßnahmen ein nachhaltiger Abfall der Fallzahlen. Bis zum 04.04.2020 wurden ca. 650.000 Testungen (Positivanteil von 18,9%) durchgeführt. Seit dem 26.02.2020 werden nur noch symptomatische Personen getestet. ! China: Seit dem 01.04.2020 werden asymptomatische Fälle täglich (ca. 45-60 pro Tag, teils autochthon, teils Reiseassoziiert) gemeldet. Derzeit stehen 1.024 Fälle unter Beobachtung. Grundlage für diese Daten ist das Screening bei Kontakten 1. Grades und bei Reiserückkehrern. Die asymptomatischen Fälle stellen 18 bis 31% der 	ZIG1

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Gesamtinfektionen, wobei die Abgrenzung von präsymptomatischen Fällen schwierig ist.</p> <p>! Hinsichtlich asymptomatischer Fälle werden verschiedene Studien in China durchgeführt. Aus einer Studie aus dem Ningbo-Zentrum (Provinz Zhejiang) mit 191 COVID-19-Patienten und 2.147 engen Kontakten geht hervor, dass sowohl asymptomatische als auch symptomatische Fälle andere in etwa gleich stark infizieren können. Im Gegensatz infizierten sich laut einer Studie aus Südchina nur sehr wenige durch asymptomatische Fälle. Die Datenquelle der ersten Studie scheint jedoch verlässlicher zu sein. Zusätzlich ist zu beobachten, dass 3 bis 10% der Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus (nach 2-maliger negativer Testung) erneut positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden. Dabei müssen allerdings Art der Probenentnahme und -handhabung sowie Testqualität und andere Bias-Quellen berücksichtigt werden. Zum Einsatz der Serologie gibt es bisher keine zuverlässigen Daten.</p> <p><i>ToDo: Präsentation zu Indien /Schweden / Kanada als mögliche neue Risikogebiete für 07.04.2020 geplant. (ZIG 1)</i></p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trends (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 95.391 (+3.677, +4%), davon 1.434 Todesfälle (+92, +7%). Die Fallzahlen fallen nach dem Wochenende durch Meldeverzug geringer aus. ○ Inzidenzen: BY, BW, HH und SL haben relativ hohe Inzidenzen, während die Inzidenzen in den nordöstlich gelegenen BL geringer ausfallen. Die meisten Todesfälle entfallen auf BY, BW und NRW. ○ Die Darstellung der Epicurve nach Erkrankungs-/Meldedatum in einer kombinierten Kurve ist bisher aufgrund technischer Schwierigkeiten noch nicht umgesetzt worden. ○ Der Altersmedian der Gesamtfälle liegt bei 49 Jahren. Der Anteil der >70-Jährigen liegt bei 15% (86% bei den Todesfällen). Auf beide Geschlechter entfallen jeweils 50% der Gesamtfälle, wohingegen bei den Todesfällen der Anteil der Männer mit 64% überwiegt. In einer neuen Darstellung wird der Anteil der Verstorbenen pro Altersgruppe und Geschlecht abgebildet. ○ Die Schätzung der Genesenen wird aktuell überarbeitet und soll anschließend ins Dashboard übernommen werden. ○ Hinsichtlich internationaler Expositionsorte ist weiterhin Österreich führend, wobei eine 	<p>FG32</p>
--	--	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<p>3</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Die Aufhebung der Risikogebiete wird aufgrund notwendiger Änderungen der Rechtsverordnungen der BL laut Anordnung des BMG vorerst auf Ostern verschoben (der Krisenstab favorisiert eine Änderung zum 13.04.2020 0:00 Uhr). Dabei sollte auf der Webseite des RKI auf das allseits vorhandene Infektionsrisiko vor Nennung der Risikogebiete hingewiesen werden.</p> <p><i>ToDo: Ute Rexroth / Lagezentrum erstellt einen Textentwurf für die Webseite, dass von einem Infektionsrisiko gegenwärtig in allen Staaten der Welt grundsätzlich ausgegangen werden muss, mit (aktuell noch vorhandener) Nennung der Risikogebiete im Anschluss. Solange noch keine Quarantäne für Reiserückkehrer angeordnet ist, sollte eine freiwillige häusliche Quarantäne empfohlen werden.</i></p> <p>! Hinsichtlich der Risikobewertung gibt es aktuell keinen Diskussionsbedarf.</p>	<p>Alle</p>
<p>4</p>	<p>Kommunikation</p> <p>! Es wird die Bitte geäußert, die Zahl der Genesenen im zeitlichen Verlauf oder als Inzidenz abzubilden. Zusätzlich wird auf die Notwendigkeit eines einheitlichen Wordings für die Mund-Nasen-Bedeckung hingewiesen.</p> <p>! Zahl der Genesenen: Die Angabe einer Inzidenz oder Angaben pro Landkreis suggeriert eine stärkere Belastbarkeit der Daten, die angesichts der groben Schätzung nicht vorhanden ist. Eine Ausweisung der Genesenen pro BL wird in Kürze auf dem Dashboard gemacht. Die Aufteilung der Zahl der Genesenen auf Altersgruppen ist prinzipiell möglich, aber bisher noch nicht umgesetzt.</p> <p><i>ToDo: Diercke/FG32 In der nächsten EpiLag ist zu klären, ob die BL eine Differenzierung der Zahl der Genesenen auf LK-Ebene wünschen.</i></p> <p>! Das Pressebriefing findet diese Woche wegen des Feiertags bereits am Gründonnerstag stat. Für das morgige Pressebriefing ist u.a. die Corona-Datenspende Thema. Es soll erstmals ein Call-In der Journalisten stattfinden. Das Wording zu Mund-Nasen-Bedeckung ist bereits auf der Webseite und in den entsprechenden Dokumenten umgesetzt.</p>	<p>BZgA</p> <p>Alle</p> <p>Presse</p>
<p>5</p>	<p>Große Strategie Fragen</p> <p>! Deeskalationsstrategie / Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Am 04.04.2020 ist 1. Entwurf der Deeskalationsstrategie ans BMG versandt worden, heute tagt das Corona-Kabinett, das BMG hat für eigenes Papier um Input diese Woche gebeten. Für 07.04.2020 ist ein Austausch mit dem BMG vorgesehen. Aktuell stellt sich die Frage, welche Werte 	<p>ZIG</p>

oder Punkte für die Rücknahme der Maßnahmen entscheidend sind (z. B. Reproduktionsraten, Fallzahlen etc.). Ziel ist, dass Neuinfektionen in Clustern verbleiben und keine Community Transmission auftritt. In Kürze sollen mit Matthias an der Heiden Kriterien festgelegt werden, um erste Berechnungen durchzuführen.

ToDo: Fr. Hanefeld / an der Heiden sollen die bereits vorhandene Kurzpräsentation bis Donnerstag mit Begründung und ersten Berechnungen ausarbeiten.

- ! Parallel zur Deeskalationsstrategie sollte die Strategie um weitere Maßnahmen wie ein klares Statement zur Mund-Nasen-Bedeckung ergänzt werden. FAQ sind bereits modifiziert, aber Empfehlung für Mund-Nase-Bedeckungen in der Bevölkerung noch nicht aktiv genug propagiert. Die Problematik müsste so aufgearbeitet werden, dass zusätzliche Maßnahmen angesichts der gemäß NowCast weiter steigenden Fallzahlen sinnvoll erscheinen, auch wenn Evidenz für das Maskentragen in der Gesamtbevölkerung noch fehlt, aber aus Plausibilität und angesichts der Fallzahlen in Ländern, die diese Maßnahme einsetzen, sinnvoll ist.

ToDo: FG36 in Abstimmung mit FG 14 entwickelt bis Gründonnerstag Papier zur Empfehlung vom Maskentragen in engen Räumen als weitere nichtpharmakologische Maßnahme und schickt BZgA einen Entwurf.

ToDo: ZIG soll Mund-Nasen-Bedeckung auch in Deeskalationsstrategie aufnehmen.

- ! NowCasting/RO (Web-Site)
 - Das Nowcasting zeigt steigende Fallzahlen mit gewisser Unsicherheit. Es ist unklar, ob und in welcher Form das Nowcasting ans BMG, an die BL und andere weitergereicht wird. Bisher sind die Ergebnisse mit großen Schwankungen behaftet. Die ITS-Abschätzung basiert auf dem Nowcasting, jedoch wird nur ersteres nach extern kommuniziert. Verlässlichere Daten gebe es, wenn man die letzten Tage aus der Darstellung herausnimmt.
 - Angesichts der Unsicherheiten wird vorgeschlagen, verschiedene Modelle vereinfacht mehrmals pro Woche in einem gemeinsamen Papier darzustellen, darunter das Nowcasting und die Modelle von Dirk Brockmann und Sebastian Funk.
 - Der Umgang mit den politisch gewünschten Verdopplungszahlen stellt sich schwierig dar.
 - Eine täglich andere Prognose im Nowcasting ist politischen Entscheidungsträgern schwer zu vermitteln. Sobald das NowCasting einmal gezeigt wurde, entsteht eine Erwartungshaltung, die im Verlauf bedient werden muss. Das Modell muss



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>politischen Entscheidungsträgern verständlich gemacht werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gleichzeitig zeichnet sich ab, dass die Fallzahlen weiterhin ansteigen mit Verlagerung in höhere, anfällige Altersgruppen mit der Gefahr der Auslastung/Überlastung der Intensivkapazitäten, was es notwendig macht, nach außen das Risiko angemessen zu kommunizieren. ○ Die letzten Tage im NowCasting nicht abzubilden, würde zwar die Datenlage stabilisieren, aber auch den Anstieg der Fallzahlen weniger sichtbar machen. ○ Wichtig ist die Aussage, ob die Fälle ansteigen, gleichbleiben oder rückläufig sind. Die Unsicherheiten könnte man visuell stärker abbilden (Konfidenzintervall als Band). ○ Das englische Modell kommt zu einer ähnlichen R0-Schätzung wie das NowCasting durch Matthias an der Heiden. Darauf basierend ließe sich formulieren, dass R0 trotz der Maßnahmen nicht unter 1 gesunken ist, was es müsste. Zudem sind zunehmend ältere Bevölkerungsgruppen betroffen und es treten nosokomiale Ausbrüche sowie Ausbrüche in Pflegeheimen auf. Es sollte kommuniziert werden, dass selbst ein R0 von 1 nicht ausreicht. ○ In den Medien wird mit Hinweis auf eine Verlängerung der Verdopplungszeit ein positiver Trend vermittelt, der fachlich so nicht geteilt wird. ○ Es stellt sich generell die Frage, ob aktuell die Fallzahl aufgrund vermehrter Testung steigt. Eine Zunahme der Testungen kann einen künstlichen Anstieg erzeugen, ohne dass sich der epidemiologische Verlauf ändert, allerdings fehlen uns dazu verlässliche Daten. Testungen haben tatsächlich zugenommen, während der Positivenanteil von 13 auf 8,5% zurückgegangen ist. ○ Die Maßnahmen vom 23.03.2020 laufen noch keine 3 Wochen, so dass ihr Effekt auf die Fallzahlen noch nicht abschließend beurteilt werden kann. ○ Die Entscheidung über die Weiterleitung der NowCasting Ergebnisse nach extern wird vertagt. <p><i>ToDo: Matthias an der Heiden bereitet das Nowcasting mit den morgigen Zahlen vor und bezieht ggf. andere Methoden in Bericht ein. </i></p> <p>RKI-interne strategische Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Umsetzung BMG Anweisungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Wichtig ist, dass das RKI die Anordnungen des BMG regelmäßig als solche ausweist, um sichtbar zu machen, wenn es sich um politische Entscheidungen 	
--	---	--

	<p>und nicht um wissenschaftlich begründete Entscheidungen handelt.</p> <p><i>ToDo: Hinweis ans Lagezentrum, bei E-Mail-Versand an andere Akteure im Auftrag des BMG diesen Auftrag sorgfältig zu prüfen, und an die externen Partner als solchen sichtbar zu machen.</i></p> <p>! Strategiepapier (Krause G. et al.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es wird Bedenken geäußert, dass mithilfe der Task Forces bereits vorhandene ÖGD-Strukturen unterminiert werden. ○ Jedoch werden Expertengremien regelmäßig zu anderen Fragen einberufen, auch wenn bereits Strukturen existieren. ○ Die Task Forces könnten als Beratungsgremien den Fokus vom RKI nehmen und ggf. somit Kritik in andere Richtungen kanalisieren. ○ Eine Kommentierung oder Begutachtung seitens des RKI erscheint aktuell nicht notwendig. 	
<p>6</p>	<p>Dokumente</p> <p>! Obduktion (siehe E-Mail Hr. Wieler, Fr 03.04.2020 18:36) -> Anpassung Dokument?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Papier wird aktuell mit der AGI abgestimmt. Die Charité strebt bei jedem Verstorbenen eine Obduktion an; ein besonderes Augenmerk liegt auf kardiologischer Beteiligung – es wird auf amerikanischer Seite von Todesfällen an therapierefraktären Rhythmusstörungen berichtet - und Histologie. Die Charité sieht Forschungsbedarf und sieht sich durch Papier nicht behindert. ○ Hinsichtlich des Bürger-Flussdiagramms stellt sich die Frage nach etwaigen Änderungen im Testregime, die Anpassungen des Flussdiagramms erfordern könnten. ○ Die Einbindung der Veterinärlabore wird nicht seitens aller BL begrüßt; RKI und Blutspende-Dienste fungieren als Back-Up. Eine Ausweitung der Diagnostik hält Hr. Drost für problematisch. Enge Abstimmung im Haus hinsichtlich des Flussdiagramms ist sinnvoll. ○ Aktuell ist keine Änderung der Teststrategie vonnöten, das Flussdiagramm soll die aktuelle Strategie abbilden. <p><i>ToDo: IBBS soll das Papier mit AG Diagnostik eng abstimmen.</i></p>	<p>IBBS</p>
<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Aktuell ist Material für ca. 2000 Proben vorhanden. Die Proben für den Ringversuch sind angekommen. Es gibt viele Angebote für Seren. Viele Anfragen zielen auf die Bewertung von Tests ab, was zeitaufwändig ist. Einzelanfragen können mit Hinweis auf die bereits vorhandene Stellungnahme beantwortet werden.</p>	<p>ZBS1</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><i>ToDo: Bitte nachhaken, ob die Antwort hinsichtlich der Selbsttests an Herrn Drosten erfolgt ist. Bewertung von serologischen Tests sollen in der AG für eine allgemeine Stellungnahme gebündelt werden, PEI ist dabei einbezogen. (ZBS1)</i></p> <p>! Die Probenzahlen stabilisieren sich auf niedrigem Niveau, heute 1 positiver SARS-CoV-2-Fall. Influenza ist fast nicht mehr im Sentinel nachweisbar. Der Instant-Ringversuch ist heute eingegangen und wird in den nächsten Tagen bearbeitet. Weitere Informationen werden nachgereicht.</p>	FG17
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Papier wird aktuell zur Kommentierung zirkuliert und soll morgen finalisiert werden. ○ Es erfolgt der Hinweis, dass auch Präventionsaspekte aufgenommen werden sollen. ○ Mehrfaches Screening wäre wünschenswert, aber ist aufgrund mangelnder Laborkapazitäten schwierig umsetzbar; auch das Poolen stellt viele Labore vor Probleme. Es ist noch unklar, wie auf die Anfrage aus Berlin, ob 2-maliges Testen von Positiven vor Entisolierung notwendig ist. In China, Südkorea und Singapur werden 2 negative Testungen vor Entisolierung gefordert. <p><i>ToDo: FG36 wird Papier an FG14 weiterleiten.</i></p>	FG37
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! WHO Empfehlung /Bewertung FG14</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die WHO Empfehlung thematisiert die Einrichtung von Händedesinfektionsstellen oder Handwaschstellen vor öffentlichen Gebäuden in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen. Angesichts der Zielgruppe der Empfehlung, der allgemeinen Verfügbarkeit von öffentlichen und privaten Toiletten in DEU sowie der Diebstahlproblematik bei Desinfektionsspendern ergibt sich für das RKI kein Handlungsbedarf aus der WHO-Empfehlung. 	FG14
10	<p>Surveillance</p> <p>! Nicht besprochen.</p>	
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Nicht besprochen.</p>	FG32

12	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen.	
13	Update Digitale Projekte (nur montags) ! Für den 07.04.2020 ist der Launch der Datenspende-App geplant, wozu alle medialen Kanäle genutzt werden. ! Web-Applikationen mit Charité sollen verbessert werden. ! Die Rolle des RKI im pan-europäischen Konsortium ist noch unklar. Teilweise bestehen auswärts die Erwartungen, dass das RKI die App launcht, in den Appstore stellt und für Pflege zuständig ist. Angesichts knapper Ressourcen für Kundenservice ist das kaum umsetzbar; gleichzeitig ist es wünschenswert, dass das RKI Input gibt. Die RKI-Arbeitsgruppe soll die Funktionalität der App bewerten; angesichts der großen medialen Aufmerksamkeit zu diesem Thema muss das Statement entsprechend vorsichtig formuliert sein. ! Die Karte von Herrn Brockmann zur Entwicklung der Mobilität auf Tagesbasis in Verbindung mit Datenbericht ist für die Exitstrategie ggf. gut nutzbar. ! Ggf. könnte eine Alternativlösung für den Verantwortlichen für die App gefunden werden, vergleichbar mit der STIKO-App, bei der das RKI eine sichtbare Rolle hat, aber Programmierung und Pflege der App bei einem Verlag liegen. ! In Singapur wird bereits eine Tracking App eingesetzt, aber in einer heute stattgefundenen TK konnten keine Angaben zur Anzahl dadurch identifizierter Personen mit positivem Testergebnis gemacht werden. ! In einer TK am 03.04.2020 wurde die Beschleunigung von DEMIS thematisiert, dabei gilt die elektronische Labormeldung an GÄ als großer Meilenstein. Eine Rückmeldung über weitere Ressourcen zur Umsetzung von DEMIS wird gefordert. <i>ToDo: Erneute Vorlage eines Vorschlags für eine Meldepflicht negativer Testergebnisse gegenüber BMG (FG 32)</i>	FG21 FG21/AL3 FG32
14	Wichtige Termine ! Am Donnerstag, den 09.04.2020 übernimmt Osamah Hamouda die Moderation des Krisenstabs. ! Für Samstag, den 11.04.2020 ist ein zusätzlicher Krisenstab für 11 Uhr anberaumt. Jeder Teilnehmer ggf. sollte überprüfen, ob der Zugang via Vitero für den Fall von Home Office vorbereitet ist. <i>ToDo: Lagezentrum versendet Einladungsemail für Krisenstabssitzung.</i>	VPräs
15	Information aus dem Lagezentrum ! Am Ostersonntag soll um 11.00 Uhr eine Krisenstabssitzung stattfinden	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Dienstag, 07.04.2020, 11 Uhr via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	07.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Frau Thaiss

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag: von den meisten wurde bereits in den vergangenen Tagen berichtet, ebenso von der Begründung des Peaks in Frankreich (s. Protokoll vom 06.04.2020) ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag: keine besonderen Auffälligkeiten, ebenfalls viele bereits besprochen ○ ZIG1 versucht aktuell Informationen bzw. Dokument zu De-Eskalationsstrategien aus Österreich, Italien und Spanien zu erhalten, besonders, um deren Indikatoren zur Entscheidungsfindung kennenzulernen ○ Morgen Fokus Südamerika, heute auch TK mit Gesundheitsministerium aus Venezuela ○ Länder mit besonderer Entwicklung (mögliche neue Risikogebiete) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schweden: relativ hohe Inzidenz (~70/100.000), Fallsterblichkeit 1,8%, Fälle vor allem in und südlich von Stockholm; Testungen bis Ende 13. KW ~320.000, Positivrate 12%, auch Testungen im Rahmen von Influenza Sentinel, Positivrate 7% (relativ hoch), in letzten 5 Tagen Fallverdopplung, vermehrt Ausbrüche in Pflegeheimen, 75% der Fälle in Schweden erworben (community transmission); aktuell Erwägung die bisherigen Maßnahmen (lockerer im Vergleich zu anderen Ländern) zu verschärfen ▪ Kanada: Inzidenz ~42/100.000, 280 Todesfälle und Fallsterblichkeit 1,8%, %, meist betroffene Regionen im Osten des Landes (Quebec, Ontario, Alberta, British Columbia), bis 05.04. insgesamt 323.000 Testungen, Positivrate 4,5%, nach Regierung sind >72% der Fälle nicht mit Reisen ins Ausland bzw. importierten Fällen assoziiert, für 80% der autochthonen Fälle gibt es keine nachvollziehbare Exposition; großer Anteil (35%) der Fälle sind 40-59 Jahre alt, hospitalisierte Fälle meist >60; Maßnahmen relativ locker (liegen zwischen denen von Deutschland und Schweden), keine allgemeine Ausgangssperre, jedoch Schulen usw. geschlossen ▪ Indien: Anstieg der Fälle (>700 und 20% mehr seit gestern) und Todesfälle, Inzidenz sehr gering 	ZIG1

	<p>(riesige Bevölkerung), 81% der Staaten melden Fälle, die meisten in Gebieten mit Großstädten (Maharashtra, Tamil Nadu und Delhi), 98% der Fälle indischer Staatsangehörigkeit, Regierung spricht von local (Großteil der Fälle importiert bzw. mit importierten Fällen assoziierte Cluster) und nicht community transmission; Maßnahmen seit 24.03. landesweiter Lockdown, Reisebeschränkung auch zwischen Staaten im Land; fast 90.000 Testungen, Positivrate 4%; Projektion Brockmann (Grafik) signalisiert weiteren Anstieg; generell keine transparente Kommunikation; WHO SEARO geht von Dunkelziffer um Faktor 50 aus, in Slums gibt es bereits Ausbrüche (keine offizielle Aussage) exponentiellem Zuwachs auszugehen, eher ja,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Belgien</u>: hohe Inzidenz 172/100.000, Fallsterblichkeit 7,8%; Brüssel und Flandern sind Hotspots; Beginn Ende Februar, seit Ende März Fälle in allen Provinzen; Maßnahmen relativ moderat, Geschäfte an Wochentagen geöffnet, viele Berufspendler in Nachbarländer, Schulen noch teilweise geöffnet, Teststrategie: nur schwere Fälle und medizinisches Personal mit Fieber, insges. ~68.000 Testungen, Positivrate 28%, 0,2% der Bevölkerung positiv getestet; Brockmann Projektion nicht klar zu interpretieren, keine Reduktion der Fallzahlen <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sollen wahrscheinlich bis Karfreitag bestehen bleiben, noch keine endgültige Klärung bzw. Sicherheit ○ Aufgrund der o.g. Erläuterungen und da RKI regelmäßig die internationale Situation bewertet, Ausweisen der folgenden (gesamten) Länder als Risikogebiete: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schweden ▪ Kanada ▪ Indien ▪ Belgien <p><i>ToDo: O.g. 4 Länder sollen heute dem BMG als neue Risikogebiete vorgeschlagen werden</i></p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 99.225 (+3.834), davon 1.607 (1,6%) Todesfälle (+173), Inzidenz 119/100.000, ca. 33.300 Genesene ○ Höchste BL Inzidenzen: BY, BW, HH, SL, NW ○ Keine großen Änderungen in den Entwicklungen (Epikurve, Alters-/Geschlechtsverteilung) ○ Genesene: morgen Umsetzung des neuen 	<p>VPräs/alle</p> <p>FG32 Alle</p>
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Algorithmus</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fälle, für die Angaben zu Erkrankungsbeginn fehlten wurden bisher gar nicht berücksichtigt ▪ Nun wird für alle gemeldeten Fälle (hospitalisiert, nicht-hospitalisiert, ohne Angabe zu Erkrankungsbeginn oder Hospitalisierung) ein Algorithmus basierend auf verfügbaren Literatur-Daten angewandt ▪ Alle angewandten Algorithmen sind konservativ und überschätzen nicht die Genesenen-Anzahl ▪ Dies wird dennoch zu einem starken Zuwachs in der Genesenen-Anzahl führen (~10.000?) ▪ Erklärung wird kommuniziert ○ Geografische Verteilung <ul style="list-style-type: none"> ▪ 7-Tages-Inzidenz: 31 LK >101/100.000, 92 LK 50-100/100.000, LK Tirschenreuth am stärksten betroffen (~500/100.000) ▪ Inzidenz nach dem Wochenende nicht gut interpretierbar ○ Trendanalyse <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unverändert seit gestern ▪ BL-Trendanalyse wird demnächst auch für Todesfälle separat gemacht ▪ Seit gestern größte Todesfall-Zunahme/Tag (170) obwohl Meldeaktivitäten eher schwach waren, ggf. erneuter Anstieg vor den Feiertagen wenn BL nachmelden („aufräumen“) ▪ Todesfälle hängen generell nach, auch wenn Zahlen insgesamt abfallen ▪ Trends aktuell schwer zu beurteilen da Nachmeldungen zu erwarten sind ○ Expositionsorte international <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht mehr so viele bzw. so relevant, sollte als Anteil autochthone vs. importierte Fälle dargestellt werden ▪ Rösner(?) aus Kiel glaubt, nicht eingetretener aber erwarteter Rückgang der Fallzahlen in Deutschland liegt an der Rückhol-Aktion aus dem Ausland des AA ▪ Teilweise waren auch symptomatische Fälle und nicht wie versprochen nur asymptomatische Personen darunter, aber wahrscheinlich keine tausende ○ DIVI-Zahlen noch nicht verfügbar aber hoffentlich morgen, man kann von einer Untererfassung ausgehen <p>! Amtshilfeersuchen Halberstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ RKI-Team ist erneut hingefahren da es 	
--	---	--

	<p>zahlreiche (30?) neue Fälle in der Einrichtung gab</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine der RKI-Empfehlungen war umsetzbar bzw. wurde umgesetzt (z.B. Kohortierung vulnerabler Gruppen), es gab keine Sprachmittler, MSF wurde trotz Angebot nicht hinzugezogen, weiteres Vorgehen unklar ○ Es gibt Angebote von Hotels, Personen unterzubringen ○ Bericht des RKI wird ans BMG geschickt <p><i>ToDo: RKI Bericht zu Halberstadt an das BMG schicken (LZ?)</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>DÄB Artikel</p> <p>! Klinische Auswertung der ersten 50 Fälle aus Heinsberg im deutschen Ärzteblatt (Link hier), Schlussfolgerung: ARDS-Patienten weisen vermehrt respiratorische Vorerkrankungen und Adipositas auf und sind durch persistierend erhöhte Entzündungsmarker charakterisiert; COVID-19 Patienten ohne ARDS können aufgrund persistierend erhöhter Entzündungswerte mit gleichzeitiger Sauerstoffpflichtigkeit längere Hospitalisierung benötigen</p> <p>Sequenzierungen</p> <p>! Wie wird entschieden, was im RKI sequenziert wird? Bestehende Sequenzierkapazität sollte sinnvoll genutzt werden, stichprobenartige Sequenzierungen sind erwünscht</p> <p>! Aus AGI Sentinel gibt es nur wenige positive Proben, diese könnten ergänzt werden durch</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grippeweb Plus Proben ○ Proben aus dem Krankenhaus-Netzwerk virologische Surveillance, die durch FG17 getestet werden <p>! Bestehende Kooperationen und Ansätze im RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Konzept molekulare Surveillance, Stefan Kröger (FG36) kümmert sich hierum, ZBS1 ist soweit nicht beteiligt, sollte es erweitert werden? ○ Bestehende Kooperation zwischen FG17 und MF2 (Andrea Thürmer), ZBS1 und Epidemiologie (z.B. Udo Buchholz) sollten bei SARS-CoV-2 Sequenzierung ebenfalls involviert werden ○ Den anwesenden ist nicht bekannt, ob eine Vereinbarung zwischen ZBS1 und MF2 besteht <p>! Strukturierung des Sequenzierungs-Vorgehens ist notwendig</p> <p><i>ToDo: Silke Buda bittet Stefan Kröger sich des Themas anzunehmen</i></p> <p>Virusausscheidung vor Symptombeginn</p> <p>! Ist bereits im Erregersteckbrief berücksichtigt, Anpassungsbedarf sollte erneut in allen RKI-Dokumenten überprüft werden</p>	<p>VPräs</p> <p>FG37/alle</p> <p>VPräs</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<i>ToDo: alle federführenden OEs sollen dies für ihre Dokumente/ Empfehlungen untersuchen und bei Bedarf anpassen</i>	
3	Aktuelle Risikobewertung ! Kein Anpassungsbedarf	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In Hinsicht auf Plasmaspenden wird bundesweit die folgende Definition Genesene angewandt: 14 Tage nach Entlassung und Symptomfreiheit (nicht nur zeitgesteuert), bei hospitalisierten Fällen zweimal negative PCR-Testung und nach Entlassung noch einmal 14 Tage häusliche Isolierung(?) ! Audio-Inhalte der BZgA-Webseite werden aktualisiert ! Gründonnerstag werden in allen 18.000 Apotheken zu Ostern 1,8 Mio. Flyer für Familien und ältere Personen zu spezifisch ausgerichteten Programmen angeboten ! Hotline für psychische Problematiken in Vorbereitung ! Irritation seitens BZGA über RKI Infos in leichter Sprache <ul style="list-style-type: none"> ○ Wer soll Zielgruppe sein, dies ist eigentlich BZgA Verantwortung ○ Bitte wurde an RKI (auch im Rahmen der PK Gebärden Dolmetscherin) herangetragen, RKI war diesbezüglich nicht gut aufgestellt und wollte Anforderungen auch auf der Webseite gerecht werden ○ BZgA bittet, dass diese Sachen abgestimmt werden, um Parallelprozesse zu meiden, wird in Zukunft vom RKI berücksichtigt <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Heutige PK: Vorstellen der Datenspende-App, Journalisten Dial-in hat gut funktioniert, viel Aufmerksamkeit zu PK, externe Internetseite zur Datenspende-App ist zusammengebrochen, es wird daran gearbeitet ! Papier zu Massenveranstaltungen wurde von der Webseite genommen da es nicht mehr so aktuell ist, Link hierzu wurde auch an anderen Stellen entfernt ! Gestern abgestimmter Satz zu den Risikogebieten wurde heute auf Webseite eingestellt <p>Übersetzung von RKI Dokumenten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Übersetzung diverser Dokumente, z.B. Flyer Quarantäne ist geplant und BZgA hatte Unterstützung angeboten, allerdings wurde angekündigt, dass dies 2-3 Wochen dauern kann, in dem Fall muss RKI selbstständig nach Übersetzung gucken ! Frau Thaiss ist neu, dass dies so lange dauert, sie hakt nach damit es beschleunigt werden kann 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>IBBS/BZgA</p>

	<p>Modi-SARS 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Szenario wurde 2012 im Auftrag des BMI geschrieben und 2013 veröffentlicht, es gab in den letzten Tagen etwas Aufmerksamkeit hierzu nach dem Motto, dass viele Dinge vorhergesehen und ungenügend Konsequenzen gezogen wurden ! BBK Chef hat sich dazu geäußert und RKI muss ggf. auch Stellung beziehen ! FAQ Entwurf wurde entwickelt aber noch nicht veröffentlicht um kein Aufsehen zu erregen, da es noch nicht viele Anfragen gab ! Eine abgestimmte, einheitliche Meinung zwischen RKI und anderen involvierten Behörden wäre sinnvoll, dies sollte mit anderen Ressorts abgestimmt werden ! IBBS (Julia Sasse) war in FAQ involviert ! Es muss eruiert werden, ob es einen Aufschlag bzw. eine Ansage vom BBK hierzu gibt <p><i>ToDo: IBBS informiert sich bezüglich BBK Ansage/Aufschlag um mögliche Abstimmung zu erwirken</i></p> <p>Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Sobald diese wegfallen (Karfreitag oder später, wird vom BMG bestätigt) sollte auch die „Hilfestellung für den ÖGD zu Einreisenden aus Risikogebieten“ unter Reiseverkehr auf der RKI-Webseite entfernt werden <p><i>ToDo: LZ/Presse müssen daran denken, das Papier dann von der Webseite zu nehmen</i></p>	<p>IBBS/Alle</p> <p>VPPräs</p>
<p>5</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Extra Papier zu Erstaufnahmeeinrichtungen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Vorschlag des Teams in Halberstadt, ein Papier zu entwickeln da es viele Erstaufnahmeeinrichtungen mit ähnlicher Problematik gibt und generelle Empfehlungen für diese schwer umsetzbar sind ○ Sollte gemeinsam mit BAMF angegangen und abgestimmt werden, zunächst Klärung: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gibt es schon so etwas? 2. Entwicklung unter enger Abstimmung ! Übersetzung von bestehendem BZgA Material <ul style="list-style-type: none"> ○ Zusätzlich wäre es gut, wenn das BZgA Print Material in den entsprechenden Sprachen für Erstaufnahmeeinrichtungen zur Verfügung gestellt würde? ○ Kommunikation mit Bewohnern nicht schwierig, es gibt nichts in deren Sprache, wenn BZgA so etwas schnell für sämtliche Erstaufnahmen (analog zu Flyer für Apotheken, s.o.) organisieren könnte (ggf. 	<p>FG32</p> <p>FG36</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>andere sprachliche Schwerpunkte), wäre dies sehr sinnvoll, damit Bewohner Zugang zu Informationen haben</p> <p><i>ToDo: Brief an BZgA aus dem LZ zu Übersetzung von Material für Erstaufnahmeeinrichtungen</i></p>	
6	<p>Dokumente</p> <p>Sachstand Flussschema Bevölkerung „COVID-19: Bin ich betroffen und was ist zu tun? Orientierungshilfe für Bürgerinnen und Bürger“</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Entwurf ist fertiggestellt und alle Anmerkungen wurden so gut wie möglich aufgenommen ! Papier bezieht sich auf generelle Erkältungssymptome (jede Person mit Atemwegsbeschwerden sollte sich absondern) ! Wer zu testen ist, ist nicht beinhaltet, da Bevölkerung Zielgruppe ist, zur Testung ist Kontakt mit Arzt notwendig (der/die Flussschema für Ärzte verwenden soll) ! Wenn Beschwerden zunehmen wird empfohlen, einen Arzt anzurufen und hartnäckig zu bleiben ! Schema sollte auch Link zum Flyer Heimisolierung beinhalten ! Wird heute auch in AGI vorgestellt und final abgestimmt <p><i>ToDo: IBBS integriert Verweis auf Isolierungspapier in das Schema und dann wird es nach AGI-Abstimmung auf der Webseite veröffentlicht</i></p> <p>Entlasskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wurden überarbeitet und um weitere Kategorien ergänzt ! Bisher waren nach Krankenhausentlassung zwei negative Abstriche im Abstand von 24h gefordert, nach Rücksprache mit ZBS1 ist zeitgleiche Abnahme beider Proben möglich und ausreichend ! Neuerung ist auch relevant für Altenpflegeheime Papier, allerdings ist zeitlicher Probenabstand weniger problematisch als generelle Testkapazität (MA werden auch ohne Tests wieder zugelassen) ! Neu (aber ähnliche/gleiche Kriterien) Entlassung von <ul style="list-style-type: none"> ○ III genesenem medizinischen Personal ○ IV Bewohnern von Altenpflegeheimen ○ V durchgehend asymptomatischen SARS-CoV-2 Infizierten ! Krankenhaus bzw. Pflegeheim-Personal <ul style="list-style-type: none"> ○ Wiederzulassungskriterien für HCW: es wird zunächst an der „Freitestung“ festgehalten ○ In manchen Kliniken besteht die Vorgabe, alle MA regelmäßig abzustreichen ○ Für die, die krank waren, reicht ggf. Testkapazität nicht 	<p>IBBS</p> <p>IBBS</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dies wird auch in der AG Labordiagnostik diskutiert: im Hygienepapier besteht die Empfehlung, dass MA grundsätzlich mit MNS arbeiten sollen, Eintaktung des Krankenhaus-Personals in regelmäßige Überwachung ist noch nicht abgeschlossen, Negativtests sind fraglich, da regelmäßig Re-Exposition erfolgt ○ EpiLag-Frage: kann genesener Fall wieder erkranken, bzw. zu KP Kategorie 1 werden und isoliert werden müssen? Es besteht noch keine Evidenz hierzu, jedoch gehen wir nach durchgemachter Krankheit zunächst von Immunität aus ○ Es ist jedoch noch nicht klar, was Immunität bei Re-Exposition genau bedeutet, dies muss engmaschig durch Beobachtung der getesteten Personen erforscht werden, in der Literatur gibt es noch nichts hierzu ○ Krankenhäuser haben aktuell Testkapazitäten, dies eher ein Problem im ambulanten Bereich, wo MA möglicherweise nicht über das Krankenhaus in schnelle Beprobung und Testung kommen, im ambulanten System dauert dies ggf. viel länger ○ Für nicht-medizinisches Personal, das mit vulnerablen Gruppen arbeitet (z.B. Essenslieferung o.ä.) sollten die gleichen Kriterien wie für medizinisches Personal gelten <p>! Entlassung von Altenheim-Bewohnern (sensible Einrichtungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Für diese wurde auch zweifach negative Testung vorgeschlagen, bevor pflegebedürftige Person nach ihrer Krankheit wieder „in den Routine-Zustand entlassen“ wird ○ „Freitestung“ vor Rückverlegung ins Altenheim von alten Leuten ist problematisch (auch von MRSA und anderen Erregern bekannt), ggf. verweigern Altenheime Aufnahme ○ Es ist wichtig, im Papier zu verdeutlichen dass dies vorläufige Empfehlungen sind, die aufgrund der Erfahrung in der Praxis angepasst werden (müssen) ○ Welche Entlasskriterien gelten wenn ältere Personen aus Altenpflegeheimen (besonders zu schützen) aus anderen Gründen (als COVID-19) ins Krankenhaus kommen, Testung oder gleich Empfehlung einer grundsätzlichen 14-tägigen Quarantäne? Dies muss durch das FG37 Papier abgedeckt werden, IBBS Papier fokussiert nur auf COVID-19 erkrankte <p>! Aktualisierung Entlassungskriterien gehen auch an AGI und werden dann veröffentlicht</p> <p><i>ToDo: Fertigstellung und Veröffentlichung der aktualisierten Entlassungskriterien durch IBBS</i></p>	<p>FG37</p>
--	---	-------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Papier Pflegeeinrichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Auftrag Papier zu Pflegeeinrichtungen mit Frist heute Abend, soll bis zu Minister Spahn gehen, deswegen Aufschiebung unmöglich ! Papier ist aktuell in Überarbeitung und geht heute Nachmittag an FG14, trotz sehr kurzer Frist ist bis heute Abend ein sinnvolles Ergebnis absehbar ! Papier des paritätischen Verbands sollte berücksichtigt werden ! Bitte von AL1: aufgrund mangelnder Abstimmungsmöglichkeiten sollten Aussagen zu Teststrategien nicht zu detailliert sein, denn medizinisches Personal/Personal in Pflegeheimen ist auch in Diagnostik-Strategie beinhaltet, bitte nichts aufnehmen wo hinterher möglicherweise gegengesteuert werden muss ! BZgA arbeitet auch an Papier zu Pflegeeinrichtungen 	
<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>Antikörperteste</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Andreas Nitsche (ZBS1) ist für Fragen zur Qualität verfügbar ! PCR-Test ist der Bestätigungstest und bleibt aktuell für die Klassifizierung von akuten Infektionen entscheidend, aber Antikörpertests werden bereits in einigen primärversorgenden Laboren angewandt ! Aktuell kann ein einzelner Antikörpertest nicht als Nachweis für akute Infektion gesehen werden, dies wäre über wiederholte Abnahmen möglich, solche werden aber vermutlich nicht durchgeführt ! Antikörpertest hat im Rahmen von Reihentests höchste Bedeutung, weniger für akute Versorgung im Krankheitsfall ! Zuverlässigkeit von Antikörpertests und Deutung von Titeranstieg und Serokonversion ist zurzeit noch unklar ! Über ARS sollen auch Serologie Ergebnisse erfasst werden ! RKI interne Gruppe ist hierzu in engmaschigem Austausch, mehr Informationen ist vor öffentlicher Stellungnahme notwendig ! Sprechzettel für Minister bezüglich Testungen und Testkapazitäten ist in Abstimmung in kleiner Runde (Janna Seifried, Andreas Nitsche usw.), Frist morgen ! Meldepflicht steht im Gesetz: laut IfSG Verordnung muss auch indirekte Detektionen akuter Infektion gemeldet werden ! Eine Stellungnahme des RKI ist dringend notwendig da täglich Meldungen oder Anfragen hierzu eingehen <p><i>ToDo: Erstellung eines Textes für RKI-Webseite um Meldung(sbedarf) serologisch getesteter Fälle zu klären (wer?)</i></p>	<p>AL1/FG32/alle</p>
<p>8</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p>	

	<p>Unterstützungsangebot China – Medizinisches Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Angebot von China, Personal und PSA zu schicken, dies ist u.a. wegen der verpflichtenden 14 Tage in Quarantäne schwierig, könnte an STAKOB bzw. AGI weitergegeben werden ! Übergeordnetes Ressourcenmanagement solcher Angebote wäre sinnvoll, Frage des Vorgehens soll an BMG gerichtet werden <p><i>ToDo: LZ/Ute Rexroth kontrollieren, woher Angebot kam (ausschließen, dass es vom BMG selbst kam) und Weiterleitung an BMG</i></p> <p>Genesene/Entlasskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Auf Anfrage zu PCR-positiven Genesenen, die außerhalb der Entlasskriterien sind, gab es knapp 10 Rückmeldungen aus den BL, serielle Beprobung ist nicht mehr möglich, deswegen werden nun erhaltene Proben von ZBS1 analysiert und angezchtet, Überprüfung der Entlasskriterien nicht mehr möglich ! Vorschlag IBBS: da dies nicht über ÖGD laufen kann, sollten Möglichkeiten über Kontakte zu medizinischem Personal, wo auch RKI-Beratung stattfand, erfolgen ! So kann eine kleine Studie entworfen und weitere Abstriche genommen und Anzchtung veranlasst werden ! FG37 glaub dies kann veranlasst werden, Krankenhäuser mit denen Kontakt besteht werden gefragt ob sie mitmachen ! ZBS1 würde Laboranalysen machen 	<p>FG32</p> <p>IBBS</p>
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
10	<p>Surveillance</p> <p>Umgang mit Klinisch-Epidemiologisch bestätigten Fällen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vershoben oder aufgehoben? 	<p>FG32</p>
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Quarantänepflicht für Einreisende</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Corona-Kabinett Beschluss: ab Freitag soll jeder aus dem (auch EU-) Ausland Einreisende unter angeordnete Quarantäne, Umsetzung und rechtliche Rechtfertigung noch fraglich <p>BMI/BMEL Konzept für Erntehelfer</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Konzept stößt auch in IGV-Flughafengruppe und EpiLag auf Bedenken, Landwirte müssen medizinische Untersuchung der einreisenden Erntehelfer am Flughafen einleiten, die Umsetzung davon ist fraglich 	<p>FG32</p>
12	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
13	<p>Studien (nur montags)</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Nicht besprochen	
14	Information aus dem Lagezentrum ! Nicht besprochen	
15	Andere Themen ! Wichtige Termine: AGI, Staatskanzlei und Staatssekretäre ! Straffung der Krisenstabssitzungen: Vorschläge hierzu werden an Krisenstab geschickt (Abt. 3) ! Thinktank E-Mail-Adresse noch nicht final abgestimmt, AL3 und VPräs besprechen die noch abschließend ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 08.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	08.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Frau Thaiss

- ! Bundeswehr
 - Frau Roßmann

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag: nichts neues zu berichten, abfallender Trend in Spanien und Italien ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag: ebenso keine großen Trendwenden, Fallabfall in Österreich und Schweiz bereits berichtet <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Norwegen</u>: Maßnahmenlockerung (z.B. Wiedereröffnung von Schulen) geplant, Bericht an Krisenstab wenn mehr Information zu genutzten Deeskalationskriterien zur Entscheidungsfindung bekannt ist ○ Südamerika Fokus <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Brasilien</u>: aktuell häufig in den Medien, ~ 12.000 Fälle, Inzidenz (~6/100.000), Fallsterblichkeit 4,6%; alle Bundesstaaten sind betroffen, 58% der Fälle im Südosten wo die größten Städte liegen (Sao Paolo, Rio de Janeiro, Espirito Santo, Minas Gerais); ~ 55.000 Testungen nur von schweren Fällen, 29 Labore akkreditiert, positiv 14,4%; 1. Fall aus Italien zurückkehrender Geschäftsmann; laut Ministerium im ganzen Land community transmission, weiterer Fallanstieg ist zu erwarten; bereits Mitte März wurden an die jeweiligen Bundesstaaten-Gesundheitssysteme angepasste Maßnahmen etabliert die in jedem Staat verschieden sind (Politik der Bundesstaaten richtungsweisend), Grenzen zu Nachbarstaaten wurden geschlossen; könnte als Risikogebiet erwogen werden ▪ <u>Venezuela</u>: gestern 3h TK mit 35 venezolanischen TN; <200 Fälle, 7 Todesfälle, Fallsterblichkeit 4,2%, Inzidenz ~0,6/100.000; Fälle vor allem in Caracas und Miranda; initial war nur von importierten Fällen die Rede, seit 24.03. von lokaler Übertragung; Testungen ~ 1.800, bis zu 200 Tests/Tag in 1 Labor, positiv 9,3%, kaum Kapazitäten aber Kits aus China und Russland erhalten; landesweit gibt es nur 200-400 ICU-Betten; Brockmann Projektion suggeriert abfallende Kurve beruht jedoch auf kleinen Zahlen; wegen isolierter politischer Situation ist Influx ggf. gering, Lage ist schwer zu interpretieren; TN der TK wiesen keine Panik vor, Vorbereitungen laufen und System scheint nicht über- 	ZIG1

	<p>lastet, Venezuela ist neben Haiti PAHO-Fokusland (große Vulnerabilität); gesundheitlicher Notstand bereits am 12.03. ausgerufen, bundesweit nicht heterogener partieller Lockdown, Reiserestriktionen, Schulschließungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Russland</u>: morgen TK es mit Partnern vor Ort, Fallzahlen noch beschränkt, Maßnahmen sehr ausgeprägt, kein Verdacht großer Untererfassung, gute Laborkapazität ○ Nature Medicine Publikation: 1. Publikation zum Effekt von Masken bei SARS-CoV-2, Nutzung eines Apparats zur Messung der Viruspartikel in Tröpfchen und Aerosol, chirurgische Masken können Übertragung von symptomatischen Personen verhindern ○ Maskenpflicht-Evaluierung: von 97 Ländern haben 10 diverse Arten von Maskenpflicht, in ganz Asien gibt es keine Maskenpflicht, nur Empfehlung, dennoch Compliance sehr hoch, Thema wird weiter beobachtet <ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 europäische Region: Slowakei, Tschechische Republik, Österreich, Slowenien, Ukraine, Usbekistan, Israel ▪ 2 Afrika: Äquatorialguinea, Elfenbeinküste ▪ 1 Westpazifik: Vietnam ▪ 1 Amerika: Venezuela <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Am Freitag den 10.04. werden wahrscheinlich die Risikogebiete abgeschafft und eine 14-tägige angeordnete Quarantäne aller Einreisenden etabliert ○ Verweis auf länderspezifische Inzidenzen, und Beobachtung des Verhältnisses zwischen importierten und autochthonen Fällen in Deutschland ○ Wenn Eindämmungsstrategie erfolgreich ist, wird das Thema importierte Fälle wieder relevanter werden ○ In der AGI besteht keine Einigkeit zur Abschaffung der Risikogebiete und kein Konsens zur anzuordnenden Zwangsquarantäne ○ Rechtslage zu Quarantäne nicht ganz abschließend geklärt, bezieht sich auf „ansteckungsverdächtige“ Personen, wo ist Ansteckungsverdacht größer? ○ Möglicherweise sollte IfSG angepasst werden? ○ Vorschlag: besser Rede von „Aussetzung“ des Ausweisens von Risikogebieten <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 103.228 (+4.003), davon 1.861 (1,8%) Todesfälle (+254), Inzidenz 124/100.000 Einw., ca. 46.300 Genesene, R=1,3 (1,0- 	<p>FG32</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>1,6)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inzidenzen: BY (211/100.000), dann BW, HH, SL, LK Tirschenreuth am stärksten betroffen ○ Todesfälle: Altersmedian 82 Jahre, 62% Männer ○ Genesene: Sprachregelung zur Umstellung heute im Anschluss an Krisenstab zu klären ○ Expositionsorte: neue Darstellung nach Import/ autochthon, starke Abnahme importierter Fälle, aber viele (45%) ohne Angabe von Expositionsort ○ Labortestungen KW14 ~ 362.000, positiv 9%, Anstieg seit KW12 (15-20%), dies soll auch beim Nowcasting berücksichtigt werden (mit Matthias an der Heiden abgesprochen), allerdings können diese Zahlen nicht nach BL aufgesplittet werden <p>! Amtshilfeersuchen: nicht besprochen</p> <p>! Modellierungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ s. Folien zu Nowcasting und Trendanalyse Brockmann ○ Nowcasting wird morgen veröffentlicht, heute noch Anpassungen und Integration der neuesten Daten, muss verständlich kommuniziert werden ○ IHME (Institute for Health Metrics & Evaluation, Link) <p>! Sentinelsurveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb und AGInfluenza ARE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorläufiger Wochenbericht in Vorbereitung ▪ ILI Raten auf niedrigem Niveau im Vergleich zu Vorjahren ▪ Auch ARE-Konsultationsinzidenz in allen Altersgruppen abgefallen, drastischer Abfall bei jüngeren Gruppen ▪ Grippesaison offiziell zu Ende (basierend auf Positivrate in KW12) ▪ EpiBull Artikel hierzu in Abstimmung ▪ Wahrscheinlich wurde Grippewelle durch COVID-Maßnahmen frühzeitig beendet ▪ AGI Positivrate mit 1,1% niedrig in Sentinel-Proben, durch Nachmeldungen in KW13 etwas mehr mit 3% ! keine Anzeichen für flächendeckende community transmission in der Allgemeinbevölkerung ▪ COVID-Positivrate in Grafik nicht ersichtlich, es ist ein logistisches Problem da es ein anderer Nenner ist (wenn Patienten nicht auf richtigem Schein einwilligen, können Proben nicht auf COVID getestet werden, ist nur selten ein Problem) 	FG36
--	---	------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ ICOSARI <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für hospitalisierte Fälle tägliche Datenlieferung ▪ Alle ICD-Diagnosen ab Grippe (JXX) berücksichtigt ▪ Bei jüngeren Zahlenrückgang, Anstieg bei 35-50-jährigen (anders als in vorherigen Jahren) ▪ Anteil ICOSARI mit COVID-Laborbestätigung: Kinder (<15 J.) nicht betroffen, aber Anteil von 7% (KW12) angestiegen auf 24% (KW13) und 37% (KW14), ○ Influenza Wochenbericht wird beibehalten, und alle COVID-spezifischen Ergebnisse einmal wöchentlich in den RKI COVID-19-Lagebericht integriert (Mi od. Do) ○ FG36 erhält auch Daten von Helios, Kristin Tolksdorf arbeitet mit FG31 an einer Automatisierung ○ Frage von Präs: Könnte ein Dienstleister FG36 unterstützen und diese Prozesse beschleunigen? ○ Kurzfristig nicht absehbar da es eine komplexe Datenbank ist, die von zuständigen MA gut bearbeitet wird, Möglichkeit wird jedoch im Hinterkopf behalten und Optimierungspotential mit FG31 besprochen ○ GrippeWeb App soll bald laufen und Erkrankungs-Surveillance erhöhen ! Datenspende-App <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestern angelaufen, sehr großes Interesse, Ende der Woche mehr Klarheit zur Nutzung und Situation ○ Könnte sie in gezeigte syndromische Surveillance integriert werden? ○ Alle Vergleichswerte der syndromischen Surveillance sind auf ILI (nicht COVID-19) abgestimmt, deswegen ist noch viel Arbeit notwendig, Potentiale sind groß, aber Interpretation aktuell sehr schwierig ! DIVI-Zahlen liegen nicht vor, Umstellung des Portals hat zu Zusammenbruch geführt, MF4 arbeitet an der Behebung, neue Kliniken nehmen teil aber Zahlen noch nicht verfügbar 	<p>FG21/FG36</p> <p>FG32</p>
<p>2</p>	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Studie zu Masken s.o. 	
<p>3</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kein Anpassungsbedarf: noch steigen die Fallzahlen, Anpassung ggf. demnächst notwendig, tägliche Evaluierung ist wichtig ! Situation der Intensivstationen ist für die Bewertung auch relevant, diesen Zahlen sollten ebenfalls täglich evaluiert werden 	<p>Alle</p>



4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frage: gibt es Studien zu Expositionsnahe und -dauer im Hinblick auf medizinisches Personal? Aktuell zu COVID-19 noch nichts verfügbar, Einsatz von PSA heißt nicht, dass keine Exposition möglich ist ! Dauer fremdsprachiger Übersetzung von RKI-Empfehlungen: Abstimmung auf Fachebene, Lieferung voraussichtlich Osterdienstag 14.04. ! Informationen in leichter Sprache: Einigung auf fachlicher Ebene zwischen RKI und BZgA, Schaffung von Komplementärprozessen ! Definition/Terminologie Risiko- und vulnerablen Gruppen <ul style="list-style-type: none"> ○ BZgA vulnerable Gruppen: Risiko psychischer Schwierigkeiten/ Problematiken ○ RKI Risikogruppe medizinisch, Risiko eines schweren Verlaufs bei Infektion, RKI vulnerable Gruppe z.B. auch medizinisches Personal ○ Präzisierung/klare Definition der Begrifflichkeiten bzw. Trennung der Gruppen wäre wünschenswert ! Anstehende Kommunikationsmaßnahmen: Themen MNS, Ostern Programmanpassung „Kinder stark machen“ Beschäftigungs-programme für Kinder und Familie, Anleitungen für ältere Menschen „wie bleibe ich in Kontakt“, soll morgen online gehen <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Heute Morgen viele Anfragen zum Dashboard, läuft jetzt wieder ! EpiBull zu Atemwegserkrankungen Rückgang ist seit letzter Woche online ! Abgestimmter Satz zu Risikogebieten (Interpretation) ist online ! Von Donnerstag auf Freitag werden die Risikogebiete mit allem was dazu gehört abgeschafft, d.h. ab Freitag dem 10.04. kein Ausweisen der Risikogebiete mehr, dies wird jedoch vorher genau beobachtet falls es doch noch zu Änderungen kommt ! Ab 10.04. soll gemäß Reiseverordnung Quarantäne für aus dem Ausland einreisende Personen angeordnet werden, befindet sich noch in finaler Abstimmung (BMI, BL), Umsetzung ist Ländersache, und einzelne BL werden dies wahrscheinlich unterschiedlich umsetzen, RKI sollte auf Webseite hierzu hinweisen, bitte im Kopf behalten und ggf. an entsprechender Stelle darauf hinweisen ! Sprachregelung für Umstellung der Errechnung der Genesenen (siehe auch Protokoll 07.04.) ist noch nicht an Presse gegangen, wird morgen PK berichtet, diese erhält enorme 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
---	--	---------------------------

	<p>Aufmerksamkeit, Sprachregelung wichtig</p> <p><i>ToDo: Vorbereitung der Abschaffung von Risikogebieten und verbundenen Empfehlungen (Presse)</i></p> <p><i>ToDo: Vorbereitung der Webseite auf Quarantäne-Verordnung für Einreisende aus dem Ausland (Presse)</i></p> <p><i>ToDo: Sprachregelung zur Umstellung der Errechnung der Genesenen für PK und Webseite an Presse (FG36, FG32, Abt.3?)</i></p>	
<p>5</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Deeskalation: Nicht besprochen <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kommunikation Deeskalationskriterien <ul style="list-style-type: none"> ○ RKI hat mögliche Kriterien vorgegeben, und wird Zahlen zu deren Quantifizierung liefern müssen ○ RKI hat Dokumente beim BMG eingereicht, BMG hat RKI nicht freigegeben, sich hierzu zu äußern ○ Regierung befindet sich in Abstimmung, Entscheidung unterliegt politischen Entscheidungsträgern ○ Eventuell erneut Klärung, dass Ball bei BMG liegt ○ RKI soll bis Donnerstag Kriterien entwickeln, diese werden ans BMG geschickt und nicht veröffentlicht ! Kommunikation Modellierungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Nowcasting geht diese Woche online ○ Brockmann Forecast mit Kurzzeitprognosen ist nicht auf unserer Webseite verlinkt (trägt aber RKI Logo) ○ Publikation des Modells in Science akzeptiert ○ Annahmen sind artifiziell, gehen z.B. von statischer Quarantäne aus, wirkliches Erkrankungsbild wird nicht berücksichtigt und Verschiebungen darin nicht aufgenommen ○ Erklärung der Darstellung und der dem Modell unterliegenden Annahmen ist sehr wichtig, muss differenziert zum Nowcasting gesehen werden, welches auf aktuellen Zahlen und Parametern beruht ○ Vor möglicher Verlinkung von RKI-Webseite müssen Annahmen klar verständlich erklärt werden <p><i>ToDo: Dirk Brockmann sollte die klar formulierten Annahmen für sein Modell auf seine Webseite stellen, damit RKI-Webseite darauf verweisen kann</i></p>	<p>FG32/Alle</p> <p>VPräs/FG36/alle</p>



<p>6</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>AGI Sentinel</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Probeneingang sehr gering, Absturz des Praxisindex, letzte positive Probe (aus KW14) am Montag ! Freiwerdende Zeit aktuell zur Prozessoptimierung genutzt, z.B. Einbau der Corona-PCR in Multiplex-PCR ! Montag wurde Ringversuch erhalten, weitere Ringversuche befinden sich in der Pipeline ! Da Patienten mit ARE Symptomen wahrscheinlich seltener werden soll ein Aufmunterungsschreiben an Praxen gehen damit weiter systematisch abgestrichen wird, FG36 und FG17 stimmen sich hierzu ab, ggf. auch Aufnahme in den Wochenbericht <p><i>ToDo: Aufmunterung zu Abstrichen durch FG17 und FG36 in Vorbereitung</i></p>	<p>FG17/FG36</p>
<p>8</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> ! IBBS sieht hohen Klärungsbedarf bezüglich klinischem Vorgehen von HCW, z.B. zu invasiver bzw. nicht invasiver Beatmung auch im Sinne des Arbeitsschutzes, teilweise werden aufgrund von Aerosol-produzierenden Arbeiten Entscheidungen nicht nur mit Sicht auf Patienten getroffen ! Unklar, ob es hierzu bereits existierende Daten gibt, jede Uniklinik kann anhand ihrer Daten selber Studien durchführen ! Szenario: HCW die positiv sind schleppen Virus ein und dann folgen viele Übertragungen, teilweise 70% Ansteckung, z.B. Bericht aus kleinem Haus im Saarland wo 13-14 HCW (jedoch kein Patient) positiv waren ! Betrifft vor allem medizinisches Personal, weniger die Patienten, was den Fremdschutz durch MNS bestätigt ! SurvNet stellt zusätzliche Datenquelle dar aber Abfrage ist für diese Zielsetzung nicht differenziert genug (Ziel=Surveillance) ! FG37 webkess Krankenhaussurveillance schwerer Fälle ist startklar, seitens RKI muss aus datenschutzrechtlichen Gründen nach §26 noch ein Vertrag abgeschlossen werden, für die Charité ist dies nicht notwendig, deswegen läuft Pilotphase an und Vertrag wird parallel unterschrieben ! Präs berichtet: Abteilungsleitung von BMBF berichtete von Gesetzesänderung bei klinischen Studien, Votum eines (und nicht aller BL) Datenschutzbeauftragten genügt, RKI-L hat Auftrag, aus der aktuellen Krisenzeiterfahrung mögliche Prozessoptimierungen zu identifizieren/etablieren 	<p>IBBS/FG36</p>

	<p>! alle MA sind eingeladen Verbesserungsmöglichkeiten festzuhalten die ggf. dauerhaft umgesetzt werden können</p> <p>Erfahrungen aus der klinischen Praxis</p> <p>! O.g. Bedarf an praktischen und aktualisierten Therapiehinweisen für HCW soll niederschwellig und in kurzen Zeitabständen zur Widerspiegelung der aktuellen Erfahrung umgesetzt werden</p> <p>! STAKOB abgestimmte Empfehlungen alleine werden dem Bedarf nicht gerecht, mit weiteren intensivpflichtigen Patienten sind mehr Empfehlungen notwendig, da Patienten nicht dem typischen Krankheitsbild anderer Erreger entsprechen</p> <p>! Überarbeitung von Dokumenten durch Fachgesellschaften oft langwierig (10 Tage)</p> <p>! Regelmäßiger „Bericht aus der Praxis“ mit Schwerpunkt intensiv-medizinische Versorgung ist geplant, soll keinen Leitlinien-Anspruch haben und nicht evidenz- sondern erfahrungsbasiert sein</p> <p>! Kleiner ausgewählter Kreis von namentlich genannten Infektiologen und Intensivmedizinern (aus STAKOB, DGI, DIVI) soll fortlaufendes, wöchentlich aktualisiertes Dokument erstellen, das für breite Fachöffentlichkeit zur Verfügung und bei Wunsch Kommentierung gestellt wird</p> <p>! Vorgehen birgt Konfliktpotential aber Bedarf soll abgedeckt werden, klare Kommunikation, dass RKI keine Therapie-Empfehlungen gibt sondern lediglich eine Plattform bietet</p> <p>! Format ist aktuell noch in Überlegung und wird noch mit diversen Akteuren (z.B. DÄB) besprochen</p>	FG36
9	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen	
10	Surveillance ! Nicht besprochen	
11	Transport und Grenzübergangsstellen ! Nicht besprochen	
12	Internationales ! Nicht besprochen	
13	Studien ! Nicht besprochen	
14	Information aus dem Lagezentrum ! Nicht besprochen	
15	Wichtige Termine	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Mittwoch 08.04. <ul style="list-style-type: none"> ○ HSC-TK: ZIG-L ○ PHE – Teststrategien ○ ÖGD-Webinar: FG32, FG36 ! Donnerstag 09.04. <ul style="list-style-type: none"> ○ EpiLag: FG32 ○ AGI-TK: FG32 (u.a.?) ○ AG Flughafen-TK: FG32 ! Generell zahlreiche Diskussionen zu Kreuzfahrtschiffen 	FG32/ alle
16	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Straffung Krisenstabs-Sitzung: nicht täglich jedes Thema ! Gegenseitiges Informieren über Erkenntnisse und Aktivitäten weiterhin sehr wichtig (bevor offizielle Berichte herausgehen) ! Update zu aktuellem Stand der AG Diagnostik durch <u>AL1</u> – <u>Dienstag 14.04.</u> ! Nächste Sitzung: Donnerstag, 09.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	Alle

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	09.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Abt. 1 Leitung
 - o Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - o Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - o Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - o Annette Mankertz
- ! FG14
 - o Melanie Brunke
 - o Mardjan Arvand
- ! FG17
 - o Barbara Biere
- ! FG 32
 - o Ute Rexroth
 - o Michaela Diercke
- ! FG 34
 - o Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - o Walther Haas
- ! FG37
 - o Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - o Christian Herzog
- ! Presse
 - o Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - o Andreas Jansen
- ! BZGA
 - o Frau Thaiss
- ! Bundeswehr

- Frau Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag: abfallender Trend setzt sich fort; in Türkei, GB und USA weiter ansteigende Fallzahlen ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag: keine großen Änderungen ○ <u>Russland</u>: 8.672 Fälle, 63 Todesfälle; geringe Fallsterblichkeit: 0,7%; geringe Inzidenz: 6/100.000 Ew; die meisten Fälle in Moskau <ul style="list-style-type: none"> ▪ Am 31.01. zwei importierte Fälle aus China, am 02.03. erster Fall mit Reiseanamnese Italien ▪ Frühe Grenzschließung zu China, seit 30.03 Grenzübertritt allgemein beschränkt ▪ Weitere, relativ restriktive Maßnahmen seit Ende März: Ausgangssperren in fast allen Bezirken, Schließung von Schulen, Versammlungsorten, Geschäften ▪ Extensives Contact tracing ▪ Teststrategie: Massentestung auf kommerzieller Basis o. ärztliche Verschreibung, Testung durch mobile Teams; Positivquote: 1% ▪ Krankenhauskapazitäten: Krankenhausedichte ähnlich wie in Deutschland; spezialisierte Krankenhäuser in Moskau, Neubau eines KH Nähe Moskau, Einsatz von Hospitalschiffen des Militärs zur Entlastung der KH ▪ „Observator“ Stationen mit 30.452 Betten bei fehlender Möglichkeit zur Selbstisolierung: bei Quarantäne oder mildem Verlauf ▪ Internationale Unterstützung: Lieferung von Hilfsgütern an zahlreiche befreundete Staaten und die USA ▪ Anmerkung: hohe Zahl an Wohnungslosen, Prävalenz TBC und HIV hoch, schlechte karitative Versorgung: keine Information verfügbar, inwieweit hier schon Testungen vorgenommen wurden ▪ Anmerkung: niedrige Fallsterblichkeit: bis jetzt hauptsächlich 40-60 Jährige betroffen, >65 Jahre zu 15-20% betroffen; med. Versorgung in großen Städten im Moment noch gut ○ <u>Kasachstan</u>: noch wenige Fälle: 709, geringe Inzidenz: 3,9/100.000 Ew; die meisten Fälle in Hauptstadt Nur-Sultan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anfrage ans RKI zur telefonischen 	ZIG1

	<p>Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ erste Fälle importiert aus Deutschland (13.03.) ▪ Maßnahmen: nationaler Notstand seit 16.03., Ein- und Ausreisebeschränkungen, Temperaturkontrollen, Schließung öffentlicher Orte, Quarantänemaßnahmen ▪ Teststrategie: Symptomatische Personen mit Reisevorgeschichte oder Kontakt zu bestätigten Fällen; Positivenanteil: 2,3% <p>! Neue Publikation, systematisches Review zur Effektivität von Schulschließungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ergebnis: keine harten Daten zum Beitrag von Schulschließungen zur Übertragungskontrolle verfügbar. Modellierungen sagen voraus, dass durch Schulschließungen nur 2-4% der Todesfälle verhindert werden können. Bereits 1 Woche vorher kam eine Untersuchung aus Norwegen zu dem Ergebnis, dass keine Daten zu finden sind. <p>! Gibt es in anderen Ländern Empfehlungen zur Selbstquarantäne für einreisende Deutsche? Zahlreiche Länder schicken Reisende aus Deutschland für 2 Wochen in Quarantäne. Bundeswehr: Soldaten gehen zum Teil in Deutschland vor Einreise oder vor Ort im Land 2 Wochen in Quarantäne je nach Einreise-bestimmung der Länder.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 108.202 (+4.974), davon 2.107 (1,9%) Todesfälle (+246), Inzidenz 130/100.000 Einw., ca. 49.900 Genesene ○ Inzidenzen: BY (220/100.000), dann BW, HH, SL ○ Alters- & Geschlechtsverteilung: Inzidenz ist bei >80 jährigen Männern am größten; höhere Altersgruppen sind zunehmend stärker betroffen ○ Todesfälle: Altersmedian 82 Jahre, 62% Männer ○ 7-Tages-Inzidenz: Tirschenreuth weiterhin am stärksten betroffen, ganz Bayern stark belastet; zum Teil vielleicht auch aufgrund großzügiger Testung in Bayern; Anzahl LK mit 7 Tages-Inzidenz >100 geht zurück ○ Kapazitäten med. Versorgung: keine Engpässe, Verteilung auch in Nachbarlandkreise ○ Vorschlag zu freien Bettenkapazitäten: Aufnahme von Patienten aus anderen Ländern wäre möglich. Fraglich ist, ob die Entwicklung so bleibt, aktuell fehlt eine gute Entscheidungsgrundlage. Hilfsangebote und die Verwaltung von Mangelressourcen muss von Politik entschieden werden. Signal der Unterstützung ist sehr wichtig, die 	<p>FG32</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>politischen Entscheidungsträger sollten darauf aufmerksam gemacht werden. Die Aufnahme von Patienten oder die Unterstützung vor Ort hat Mehrwert über lange Zeit. Nowcast, Daten aus Sentinel zu Beatmungszeiten kann Einschätzung der Lage unterstützen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl Labortestungen ist weiter angestiegen, Anteil mit pos. Ergebnis ist ebenfalls leicht angestiegen. Kapazitäten sind noch nicht ausgeschöpft, zum Teil regionale Engpässe; Testung aber auch durch Kostenfaktor limitiert. ○ Es gibt im Moment verschiedene Instrumente um Testung abzufragen: über Voxco, detailliertere Angaben über ARS von ca. 40% der Testungen, jedoch keine Angaben von GA oder Landesämtern. Die Frage, wer die Testung in Auftrag gibt, kann nicht beantwortet werden. Über ARS sind Angaben möglich, wo wieviel getestet wird. ○ Europäische Mortalitätssurveillance (Bulletin hier): Exzessmortalität nimmt stark zu, auch in mittleren Altersgruppen. Die Frage ist, inwieweit andere Todesursachen dazu beitragen, sekundäre Morbidität, die keine Behandlung mehr erreicht. Kliniken berichten, es wird viel zu spät hospitalisiert. Kollateralschäden werden nicht systematisch erfasst. Gesamtkrankheitslast sollte geschätzt und mit Gesamtmortalität verglichen werden. ○ Amtshilfeersuchen aus Bremen erhalten, vulnerable Gruppen (KH, Altenheime) sind nach wie vor gefährdet. FG37 wird sich darum kümmern. 	FG37
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! demnächst Bericht von FG33 zum Stand der Impfung geplant</p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Heute um 0 Uhr werden Risikogebiete von der Webseite genommen.</p> <p>! Stattdessen wird es eine Musterverordnung zur Einreise nach Deutschland mit dem Grundsatz: 14 Tage häusliche Selbst-Quarantäne nach Einreise mit vielen Ausnahmen geben. Die Verordnung wird auf Länderebene umgesetzt werden.</p>	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Alle FAQ und Materialien werden in Hinblick auf Risikogebiete überarbeitet.</p> <p>! Kooperation mit RKI funktioniert sehr gut.</p> <p>! Das Flusschema für Allgemeinbevölkerung ist sehr textlastig.</p>	BZgA

	<p>Es gibt Nachfragen von Hausarztpraxen nach Infomaterial für die ältere Bevölkerung (sehr heterogene Gruppe). Vergleichbare Anfragen können gerne an die BZgA weitergeleitet werden. Zurzeit wird der Hausärzteverband befragt, wo Bedarfe liegen. Ziel wäre bedarfsgerechtes Infomaterial in enger Zusammenarbeit mit RKI zu erstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anregung Flussschema nicht nur im A3 Format anbieten. ! Infoblatt zur ambulanten Pflege wird zurzeit überarbeitet. BZgA wartet auf Rückmeldung von Pflegeverbänden in Hinblick auf Praktikabilität der Empfehlungen. ! Es gibt ein relativ umfangreiches Papier von FG37 zu Alten- und Pflegeheimen, dieses ist im Moment beim BMG. Das Infoblatt der BZgA richtet sich eher an ambulante Pflege und ist somit komplementär. <p><i>ToDo: Dokumente sollen auf Arbeitsebene ausgetauscht werden.</i></p> <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Pressebriefing hat heute nicht stattgefunden, da Hr. Wieler heute an der Bundespressekonferenz teilnehmen wird. ! Gibt es schon ein Papier zur Quarantäne? Es wird eine Musterverordnung zum Einreiseregime geben, die Umsetzung liegt in der Zuständigkeit der Länder. Sobald diese vorliegen, sollen sie auf der RKI-Seite untergebracht werden. ! Die Überarbeitung des Steckbriefs sowie die Entlasskriterien werden heute auf die Webseite gestellt. Über Ostern wird es absehbar keine neuen Dokumente geben. 	<p>FG37</p> <p>Presse</p>
<p>5</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Konzept für die verbesserte technische Ausstattung der Gesundheitsämter <ul style="list-style-type: none"> ○ Auftrag von Hr. Wieler zur Erledigung bis heute Abend: Erstellung eines Konzept zur Unterstützung der Gesundheitsämter mit 100.000 Euro zur Beschleunigung der Meldewege (Ausgaben für techn. Equipment) ○ Es können nur sehr allgemeine Empfehlungen gegeben werden, da es lokal sehr unterschiedliche Bedarfe gibt. Es gab zwar eine DEMIS-Evaluation, die jedoch auf den personellen Bedarf und nicht auf den technischen Bedarf ausgerichtet war. <p><i>ToDo: Wer Ideen hat, soll diese gerne einbringen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Tragen von Mund-Nasen-Bedeckung in der Allgemeinbevölkerung: 1.Entwurf wurde in kleiner Runde (FG36, FG14) zirkuliert, soll mit Bitte um Kommentierung an Krisenstab gesendet werden. Könnte ein Baustein im Konzept der Deeskalation sein. ! Anfrage der WHO über Hr. Wieler zu Serosurveys: Heute werden erste Ergebnisse aus Heinsberg erwartet. Der Blutspendesurvey startet nach Ostern. 	<p>FG32/Alle</p> <p>FG36/FG14</p>



6	<p>Dokumente</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Mitgliederkreis der AG Labordiagnostik ist nun komplett, mit internen und externe Experten sowie Vertretern aus den Ländern. Die Arbeitsgruppe ist arbeitsfähig, am Di, Mi, Do nächste Woche finden TK mit den 3 Gruppen statt.</p> <p>! Die Berliner medizinische Gesellschaft wird am 15.04., von 12-14 Uhr ein virtuelles Symposium zur Diagnostik und Therapie in Wuhan veranstalten.</p> <p>! Mehr als 220 Labore werden sich am Ringversuch beteiligen, das ist eine gute Basis für die Laborkapazität in Deutschland.</p> <p>! Nicht alle diese Labore sind in die Erfassungssysteme integriert.</p> <p><i>ToDo: Abgleich der akkreditierten Labor mit den an INSTAND teilnehmenden und den ans RKI meldenden Laboren</i></p> <p>! Favorisiert wird, dass sich möglichst viele Labore an ARS beteiligen. Jede Unterstützung, ARS weiter zu bewerben, wird gerne angenommen. Alternativ können Labore Angaben zur Testung über das Voxco-Tool machen.</p> <p>! Nächsten Dienstag, um 14 Uhr wird es im Rahmen der demis-Beschleunigung eine TK mit Vertretern aus Laboren zur Laborschnittstelle für SARS-CoV-2 geben. Eine automatisierte elektronische Meldung von SARS-CoV-2 von den Laboren an die GA soll vorgezogen werden.</p> <p><i>ToDo: Dokumente aus demis zur Kenntnis an Hr. Mielke für AG Labordiagnostik schicken.</i></p> <p>! Es findet sich auf der Webseite noch keine Information für GA, wie mit serologischen Befunden umgegangen werden soll. In der Meldeverordnung sind indirekte Nachweise zwar erwähnt, Antikörperrnachweise liefern aber keinen Hinweis auf eine akute Infektion. Einigung: PCR bleibt Goldstandard und ist alleiniges Kriterium für die Diagnostik der Infektion, hierzu muss eine Stellungnahme ins Internet gestellt werden. In den FAQ ist ein guter Textentwurf enthalten, die Formulierung müsste für das Meldewesen angepasst werden.</p> <p><i>ToDo: Fr. Diercke formuliert Text zu serologischen Befunden für Webseite</i></p>	<p>FG17/ZBS1</p> <p>FG37/Abt.1</p> <p>FG32/Abt.1</p>

8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Neue Hinweise zur Therapie abgestimmt <ul style="list-style-type: none"> ○ Abstimmung zur Therapie mit Medikamenten mit off label use ist in letzter Runde und soll heute noch auf die Internetseite. Verteilung der off label use Medikamente auf Apotheken geht zur Abstimmung ans BMG. ! PEP bei SARS-CoV-2-Infektion <ul style="list-style-type: none"> ○ Mehrere Medikamente aus unterschiedlichen Substanzklassen wurden betrachtet: Datenlage ist sehr dünn, aktuell laufen auch klinische Studie hierzu. Es werden Kriterien zur möglichen Anwendung in Alten- und Pflegeheimen überlegt, Hr. Herzog teilt Infos hierzu. 	<p>IBBS</p> <p>IBBS</p>
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Stellungnahme Externe zu Distanz 1-2 m <ul style="list-style-type: none"> ○ Hr. Wieler hat vor dem Hintergrund der Bluetooth App um Kontaktaufnahme mit einem externen Experten für eine kurze Stellungnahme zur Abstandregel gebeten. ○ Das Kriterium der Distanz von 1-2 m ist in Anlehnung an die Krinko-Empfehlung erfolgt. Ein Regelabstand kann jedoch nicht exakt festgelegt werden, da die Entfernung, die von Tröpfchen tatsächlich zurückgelegt wird, von diversen Faktoren abhängig ist und unter entsprechenden Bedingungen bis zu 3 m betragen kann. Ein Cut off ist dennoch nötig und muss praktikabel sein. ○ Eine Stellungnahme der Krinko ist laut Fr. Arvand hierfür nicht erforderlich, sondern kann vom RKI selbst begründet werden. ○ Hr. Wieler möchte eine externe wissenschaftliche Expertise hierzu. Eine Festlegung auf 1,5 Meter mit den genannten Einschränkungen soll vorskizziert und von einem externen Experten bestätigt werden. ○ Das Lagezentrum soll Fr. Wendt von der Krinko nicht direkt kontaktieren. <p><i>ToDo: Bitte um kurze Stellungnahme von Fr. Wendt zur Distanz soll über die Krinko-Geschäftsstelle erfolgen.</i></p> ! UpDate Containment Scouts: <ul style="list-style-type: none"> ○ Trainingsmaterial wurde an Gesundheits- und Landesämter bereits verschickt. (Link) 	<p>FG36/FG14</p> <p>FG37</p>
10	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! TK zur Mortalitätssurveillance geplant 	
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Viele Anfragen ans Lagezentrum, wie das Papier zur Einreise von Erntehelfern zustande gekommen ist, da angeblich mit RKI abgestimmt. Fachliche Beratung zu med. Fragen durch Hr. Haas hat stattgefunden, nicht jedoch Abstimmung mit RKI.	
12	Internationales ! Nicht besprochen	
13	Studien ! Nicht besprochen	
14	Information aus dem Lagezentrum ! Nicht besprochen	
15	Wichtige Termine ! Epilag ! AGI ! AG Flughafen ! TK WHO zur Serologie geplant, Weiterleitung an Hr. Lampert	FG32/ alle
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Samstag, 11.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	Alle

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	11.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade (Moderation)
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG33
 - Sabine Vygen-Bonnet
- ! FG36
 - Walther Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
- ! ZIG1

- Andreas Jansen
- ! BZGA
 - -
- ! Bundeswehr
 - Frau Roßmann



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Risikogebiete wurden abgeschafft ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ! USA: hat über 70.000 neue COVID-19 Fälle in den letzten 7 Tagen. Die Medien zeigen Massengräber etc.. Die Situation hat sich nicht gebessert. ! Länder mit mehr als 7.000 Fällen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Es wurden 2 neue Indikatoren (R0 und Verdopplungszahl) mit in die Analyse mit aufgenommen. Sowohl Italien, Iran und Spanien haben alle ein R0 unter 1. Frankreich hat noch ein R0 von 1,25 und eine höhere Verdopplungszahl als andere Länder. ○ Im Lagebericht des RKI gibt es für Deutschland eine andere Zahl für R0. Dies beruht u.a. darauf, dass für die Folien die Zahlen der John Hopkins Universität genutzt wurden. Bitte die Rechenformel dazu schreiben bzw. mit Matthias an der Heiden kommunizieren. Die Zahlen der INIG werden mit FG31 besprochen; M. an der Heiden wird zukünftig kontaktiert werden. Für Deutschland wird das R0 in der Präsentation raus genommen. Ferner kommuniziert das RKI nach außen, dass bei einem R0 unter 1 die Verdopplungszahl kein sinnvoller Indikator ist. ! Japan: 6.005 Fälle, 3.544 Fälle hospitalisiert, 99 Todesfälle. Erste Fälle traten Anfang Februar aus. Es wird davon ausgegangen, dass es Community Transmission gibt. Japan gilt als große Ausnahme im asiatischen Raum, da sie eine andere Strategie haben. Die Maßnahmen sind weitgehend freiwillig. Ausgangsperren etc. sind rechtlich nur dann möglich, wenn ein Notstand ausgerufen wird. Am 07.04. wurde ein Notstand für 7 (von 47) Präfekturen (u.a. Tokyo) ausgerufen; es gab aber keine neuen Maßnahmen. Teststrategie: Über 61.000 Testungen wurden durchgeführt (Positivanteil 6,9); Kapazitäten wären höher. Momentan werden nur Testungen für Patienten in Krankenhäusern oder aus bekannten Clustern durchgeführt. Japan hat die höchste Bettenkapazität der Welt, daher ist die Sterblichkeit wahrscheinlich so gering. Ein Anstieg der Fallzahlen war am 24.02.2020 zu beobachten; an dem Tag wurden die Olympischen Spiele offiziell abgesagt. Japan wird weiterhin intensiv beobachtet, insbesondere da es keine Teststrategie (empfohlen von der WHO) und keine richtigen Maßnahmen gibt. ! Ecuador: Es gab einen großen Anstieg an Fällen und eine hohe Reproduktionsnummer: 7.161 Fälle, davon 1.600 (40%) HCW; 297 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 4,1%); Hospitalisierte 	ZIG

	<p>Fälle 223 (171 ICU). Insbesondere die Provinz Guayas ist betroffen. Am 11.03. wurde der nationale Notstand. Es gibt restriktive Maßnahmen (z.B. Ausgangssperren ab 14 Uhr, Schulschließung etc.), aber es hapert aber an der Umsetzung. Zum einen gibt es eine große Regierungskrise und zum anderen Kommunikationsprobleme mit der indigene Bevölkerung. Es gibt 27 Krankenhäuser spezifisch für COVID-19. Es werden nur schwersten Verdachtsfälle getestet. Die meisten Fälle sind zwischen 20 und 50 Jahre, was den Anteil der Verstobenen geringer halten kann.</p> <p>! Österreich: Es gab eine Studie zur Schätzung der Periodenprävalenz. In einer Zufallsstichprobe von 1.544 Personen wurden 0,33% positiv getestet. Es gibt damit einen Untererfassungsfaktor von 3. Die Studie ist ausschließlich PCR basiert, d.h. die Untererfassung bezieht sich nur auf akute Infektionen und nicht wie bei der Studie in Heinsberg, in der auch durchgemachte Infektionen erfasst werden.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <p>! Genesen sind knapp 60.000</p> <p>! Sowohl in Bayern, Baden-Württemberg und Saarland gibt es eine Inzidenz von über 200 Fälle/100.000 Einwohnern.</p> <p>! Hohe Aktivität gibt es weiterhin in Tirschenreuth und im südlichen Bayern.</p> <p>! Die Meldeaktivität ist in der aktuellen Woche geringer als in der letzten Woche.</p> <p><i>ToDo: Am Dienstag beim Pressebriefing muss Herr Wieler kommunizieren, warum sich das Nowcating von den Meldedaten unterscheidet. Abteilung 3 soll in Abstimmung mit der Presse eine gute Sprachregelung erarbeiten.</i></p> <p>! DIVI: Der Effekt der Umstellung ist kompensiert; die Daten sind hochgegangen: Es gibt 2.304 COVID-19 Fälle auf Intensivstationen, davon 1.810 beatmet. Aktuell sind 754 Kliniken registriert. Es wird daher geschätzt, dass diese Zahlen ungefähr die Hälfte der Situation abbilden. Ist.</p> <p>! In ICOSARI sind ca. 470 Kliniken beteiligt; es sind 166 Patienten beatmet; 101 Patienten verstorben.</p> <p><i>ToDo: Die Zahlen des DIVI Registers und von ICOSARI sind nur ein Auszug der Gesamtzahl an belegten Intensivbetten. In SurvNet gibt es ebenfalls Informationen zu den Intensivbetten; Problem ist, das diese ggf. nachgetragen/aktualisiert werden muss. FG36 soll sich überlegen, wie die Anzahl der intensivpflichtigen Patienten in dem Erregersteckbrief dargestellt werden kann.</i></p> <p>! Amtshilfeersuchen Halberstadt: In Halberstadt gibt es eine ZAST (zentrale Erstaufnahmestelle) mit bis zu 850 Personen auf einem Gelände. Am 25.03. war ein Mann von dort in ein Krankenhaus verlegt und dort positiv auf SARS-CoV-2 getestet</p>	<p>FG32</p> <p>FG33</p>
--	---	-------------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>worden. 26 Personen aus dem gleichem Gebäude wurden abgesondert und 5 Personen vom Personal getestet. Am 27.03. wurde für die gesamte ZAST eine Quarantäne mit 5 Kohorten (4 Wohnanlagen plus 1 Kohorte mit den Kontaktpersonen) gestartet. Alle Personen wurden getestet, was vom 27.03-03.04 dauerte . Es war logistisch nicht möglich, es schneller zu machen (insbesondere aufgrund Kommunikationsproblemen, kommunikativ sehr schwierig). Am 03.04 kamen 2 MA des RKI zur Unterstützung vor Ort an. Die Identifizierung von Risikogruppen wurde als oberste Priorität angesehen. Das Innenministerium wollte die Isolierung aufheben und die Infektionswelle durchlaufen lassen, wovon das RKI massiv abgeraten hat. Die RKI Empfehlung war, noch kleiner Kohorten (unter 200 Personen) inklusive Symptomüberwachung und Testung zu machen. MSF war auch bereit, zu unterstützen, aber trotz Bitten der Kreisebene hat das Land die Notwendigkeit nicht gesehen und keine Einladung ausgesprochen. Am 07.04. war das RKI erneut in Halberstadt. An dem Tag endete die 14-tägige Quarantäne. Maßnahmen wurden nur sehr mangelhaft umgesetzt (Abstrich nehmen, Isolierung von Risikopersonen, Symptomerhebung etc.). Es ist dringend notwendig, dass Sozialarbeiter Schulung bekommen, damit sie wissen wie Symptomerhebung geht. Insgesamt gibt es. 53 bekannte Fälle, niemand schwer erkrankt (Stand 08.04.). Die Kohortierungsmaßnahmen wurden aufgehoben; das Gesundheitsamt wollte eine Verlängerung der Quarantäne bis zum 21.04 ausgesprochen. MSF ist inzwischen eingeladen worden und vor Ort.</p> <p>! Herkunft Übertragung: In SurvNet gibt es die Information, wo die Übertragung stattfand (nosokomial, familiär) nur für einen kleinen Teil der Fälle.</p> <p><i>ToDo: FG32 (Frau Diercke) präsentiert in der nächsten Krisenstabssitzung, was es in SurvNet zur Herkunft der Übertragung bereits gibt.</i></p> <p>! Nosokomiale Fälle: Die Auswertung von nosokomialen Fällen/Fällen bei HCW ist ein relevanter Punkt für Deutschland, da beides zunimmt. FG37 wird zu verschiedenen Geschehen eingeladen und macht Distanzberatung. Nächste Woche wird es ein Dokument hierzu auf der RKI Internetseite geben. Der Krankenhausbetriebsarzt ist fast nicht beteiligt, was ein großes Problem ist. Eine Übertragung passiert oft unter den HCW und weniger oft zwischen Patient und HCW. Die Rolle des Betriebsarztes soll daher mit im Papier mit aufgenommen werden.</p>	<p>FG37</p> <p>FG37</p>
<p>2</p>	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Es gibt eine Studie zur Aerosolübertragung beim Singen. FG36 (Herr Jahn) wird sich das anschauen. Im neuen</p>	

	<p>Erregersteckbrief, der Donnerstagabend publiziert wurde, gibt es bereits einen Satz, dass eine Aerosolübertragung außerhalb von medizinischen Berufen nicht auszuschließen ist.</p> <p>! Störungen des Geruchs- und Geschmacksinn sind bislang nicht mit im Steckbrief aufgenommen. Es gibt aber mehrere Studien dazu. In den RKI Pressebriefings werden bislang auch nur Husten, Fieber etc. als Symptome genannt, was daran liegt, dass bislang nur diese in SurvNet erfasst werden. Nach Ostern gibt es allerdings eine neue Version von SurvNet, die die Störungen des Geschmacks- und Geruchssinns als Symptome erfassen. Eine Frage wäre, ob bei der 48 Stunden Symptomfreiheit Störungen des Geschmacks- und Geruchssinns auch dazu zählen oder wie damit umgegangen werden soll. Meist sind solche Störungen länger, aber es ist nicht bekannt, wie es dabei mit der Virusausscheidung aussieht. Bei 12% der Fälle war eine solche Störung bereits das erste Symptom.</p> <p><i>ToDo: FG36 (Herr Jahn) spricht mit Maltesern in Esslingen, die dazu eine Studie gemacht haben. Herr Wieler kann mit Herrn Streeck Rücksprache halten.</i></p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Keine Änderung</p>	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA ! Nicht anwesend</p> <p>Bundesehr ! Keinen Beitrag</p> <p>RKI ! Pressestelle: Die Risikogebiete sind rausgenommen worden; es gab keine medialen Anfragen hierzu. Auch sonst ruhig. ! Corona-Datenspende-App: Es gibt viel zu tun. Ca. 5.000/6.000 E-Mails zu beantworten. Es gibt ca. 400.000 erfolgreich verknüpfte Benutzer. Ggf. muss noch klarer kommuniziert werden, dass die App nicht eine Coronainfektion erkennt nicht, ob jemand an COVID-19 erkrankt ist, sondern sie erkennt verschiedene Symptome, die mit einer Infektion mit dem Coronavirus in Verbindung gebracht werden Ggf. muss dies besser aufarbeitet werden. Herr Schmich hat die Federführung und ist an einem RKI –internen Austausch zu Fragen und Anmerkungen interessiert. ! Differenzierte Darstellung der Surveillance- und Monitoring-Systeme am RKI: Teilweise herrscht in der Bevölkerung die Auffassung, dass die Auswertungen des RKI ausschließlich auf den Meldedaten beruht. Natürlich gibt es aber mehr Systeme, aus denen Daten zur Auswertung herangezogen werden (z.B. AG Influenza, Grippeweb). Im Lagebericht werden teilweise auch schon System (z.B. DIVI) beschrieben.</p>	<p>Presse</p> <p>FG21</p> <p>VpräS</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>FG36 (Frau Buda) hat bereits einen Vorschlag für eine tabellarische Darstellung, in der neben dem Surveillancesystem auch Studien und Ausbruchsuntersuchungen (inkl. Links) aufgeführt werden. Es soll bei jedem System beschrieben werden, wie dieses genutzt wird und welche Aussagen daraus entstehen. Gelistet sollen alle System, die das RKI selber betreibt oder bei denen es mitarbeitet (z.B. EURO MoMo)</p> <p>FG32 und FG36 haben bereits die Aufgabe erhalten, dies für das Pressebriefing bis zum 14.04.2020 zusammenzustellen. Eine gute Erklärung ist wichtig, da die Bevölkerung die Pressebriefings verfolgt und es dabei keine Möglichkeit der Visualisierung gibt.</p> <p><i>ToDo: Eine solche Liste soll mit einer kurzen Erklärung auf die RKI Internetseite gestellt werden. Zusätzlich soll ein EpiBull Artikel verfasst werden, um u.a. zu zeigen, wie die Systeme ineinander greifen und miteinander agieren.</i></p> <p>! Auftrag vom Minister: Die RKI Internetseite zu COVID-19 soll durch einen professioneller Designer neu gelauncht werden. Ein Auftrag hierzu geht nächste Woche raus.</p>	Präs
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>! Umgang mit Halberstadt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt weiteren Austausch mit Berlin, Heidelberg und Neumünster, wo es Fälle in Erstaufnahmeeinrichtungen gab. Auf Grundlage der Erfahrungen in Halberstadt, können allgemeine Hinweise erstellt und veröffentlicht werden. ○ Ein erster Bericht zu der ZAST in Halberstadt ist an die Seuchenreferentin und das BMG gegangen; ein zweiter Bericht ist jetzt fertig und wird den Auftragsgebern und BMG zur Verfügung gestellt. ○ Das Geschehen aus Halberstadt soll nicht an die Öffentlichkeit gehen. Es ist aber wichtig, dass dokumentiert wird, dass das RKI die Beratungstätigkeit offiziell beendet hat. In einem Dokument (Bericht) sollen die RKI Empfehlungen festgehalten werden. Es soll dokumentiert werden, welche Empfehlungen aus Sicht des RKI fachlich nicht als sinnvoll erachtet wurden. Es soll auch festgehalten werden, was für Zahlen das RKI bekommen bzw. nicht bekommen hat. 	Alle
6	<p>Dokumente</p> <p>! Flusschema für die Bevölkerung ist veröffentlicht.</p> <p>! 3 Dokumente zum Management von COVID-19-Ausbrüchen im Gesundheitswesen :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Schutz von Pflege-/ Alten- und Menschen mit Beeinträchtigungen: Das Dokument ist vom BMG freigegeben und kann veröffentlicht werden. 	FG37

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Leitfaden zum Management von Ausbrüchen in Krankenhäusern: in Bearbeitung ○ Versorgung von COVID-19-Verdachtsfällen / -Fällen und anderen Patienten im stationären Bereich: Das Dokument wurde bereits an den Krisenstab mit Bitte um Rückmeldung geschickt. <p>! Prognose benötigter Intensivbetten für SARS-CoV-2 Fälle: Das Dokument soll bald veröffentlicht werden. Die DIVI hat Interesse an einer gemeinsamen Publikation geäußert. Es handelt sich aber um ein RKI-intern erstelltes Dokument. Basierend auf dem Nowcasting sieht es mit der Bettenkapazität in Deutschland gut aus.</p> <p>! Herr Wieler hat Herrn Spahn ein Konzept zur finanziellen Unterstützung der Gesundheitsämter geschickt.</p> <p>! Herr Wieler hat dem BMG ein Dokument zur Rationale der 1,5 Meter bzw. die 15 Minuten Sprechkontakt geschickt.</p> <p>! IBBS hat Neue Therapiehinweise zusammen mit 3 Fachgesellschaften (Pneumologie, Infektiologie, Pädiatrie) neue Therapiehinweise veröffentlicht.</p> <p><i>ToDo: Bitte alle Dokumente vor Veröffentlichung mit dem Krisenstab teilen.</i></p>	<p>IBBS</p> <p>Präs</p> <p>IBBS</p>
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>! FG17: In der KW 14 gab es 102 Proben, davon eine positiv. KW 15: 10 Proben, 1 positiv. Mit mehr Proben aus der Woche sind zu rechnen.</p> <p>! ZBS1: 4.500 Proben, 15% positiv</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! RKI Beteiligung an Auswertung LEOSS-Daten: In der Datenbank werden die einzelnen klinischen Verlaufsfälle erfasst. FG34 (Uwe Koppe) unterstützt IBBS hinsichtlich der epidemiologischen Auswertung. Gemeinsam werden Kriterien festgelegt, welche für die Auswertung relevant sind.</p>	<p>IBBS</p>
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Mund-Nasen-Bedeckung: In den RKI FAQs gibt es schon die Hinweise, dass ein MNS getragen werden kann. Im Cochrane Review von 2011, der nun aktualisiert wurde, steht, dass zusammen mit anderen Maßnahmen auch das Tragen von Masken bedacht werden soll. Es soll nun in die RKI Strategie mitaufgenommen werden, dass situationsbedingt z.B. im öffentlichen Raum bei engerem Kontakt (Frisörbesuch, Supermarkt) ein MNS sinnvoll sein kann. FG14 wird Details beitragen. Im Vorfeld soll die Ergänzung auch mit der BZgA abgeklärt werden, da diese auch in dem Bereich tätig werden wollen. Eine gute Kommunikation ist nötig, da das RKI bzgl. MNS zurückhalten war.</p>	<p>FG36</p>
10	<p>Digitale Projekte</p> <p>! Tracking App: Das BMG und die Bundesregierung haben entschieden, dass das RKI der Inhaber der App ist. Die</p>	<p>Präs</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	Federführung hat Herr Schmich.	
11	Surveillance ! Meldepflicht für serologische Nachweise (<i>nicht besprochen</i>)	FG32
12	Transport und Grenzübergangsstellen !	
13	Internationales ! Nicht besprochen	
14	Studien ! Nicht besprochen	
15	Information aus dem Lagezentrum ! Nicht besprochen	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Dienstag 14.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	Alle

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
 - o 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: 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 screeing 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	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	15.04.2020, 11-12:45 Uhr

Sitzungsort Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade (Moderation)
- ! Abt. 1 Leitung
- ! Abt. 2 Leitung
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG36
 - Walther Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Frau Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International Fälle, Schwere, Risikofaktoren</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>! Länder über 70.000 Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In den USA Trend zu Entspannung sichtbar, 26.000 Todesfälle, inzwischen viele Testungen (3,1 Mio), R = 1, Verdopplungszeit 11 Tage <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In den europäischen Ländern konsolidiert sind die Zahl der Neuinfektionen oder sinkt. ○ Ein Anstieg ist in Russland und der Türkei zu sehen. Bericht darüber Anfang nächster Woche. ○ Gespräch von ZIG1 mit russischer nationaler PH Behörde am Freitag. <p>! Länder mit 1.400 – 7.000 Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hohe R in Saudi Arabien und den Vereinigten Arabischen Emiraten ○ Japan und Singapur werden weiter beobachtet <p>! <u>EMRO-Region:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hotspot mit 75.000 Fällen ist der Iran, seit mehr als einer Woche Rückgang zu sehen, Testkit-Verfügbarkeit ist nun besser, da selbst produziert wird, Positivanteil inzwischen geringer. ○ In der EMRO-Region nehmen die Fallzahlen von Osten nach Westen ab. Im Maghreb-Staaten bislang kein besonders großes Ausbruchsgeschehen sichtbar, aber der westliche Bereich wird weiter beobachtet. ○ Im Jemen und in Syrien niedrige Fallzahlen, auch aufgrund fehlender Tests – es wird mit der BW überlegt wo man unterstützen könnte 	ZIG1

	<p>Angaben vorhanden, davon 239 hospitalisiert und 7 verstorben (0,12%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In anderen Ländern dazu viel in der Presse, in D bislang wenig ○ Im Vergleich zur letzten Woche deutlicher Rückgang der Kreise mit sehr hoher kumulativen Inzidenz. ○ Trendanalysen der BL und Kreise zeigen deutlichen Abwärtstrend. ○ Nur noch 11 COVID-19-Fälle mit Expositionsort Ausland. ○ Laut Mobilitätsanalyse von Google geht Mobilität insgesamt herunter, in Parks und Wohngebieten nimmt sie etwas zu. <p>! Syndromische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grundsätzlich sieht man Effekt der Ostertage, ggf. Nachmeldungen und damit Veränderung möglich. ○ Grippeweb: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ILI-Raten auf sehr niedrigem Niveau, „Allzeittief“ ○ AGI: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 KW sehr wenig Meldungen (25% weniger), es gibt sicherlich Nachmeldungen, aber insges. Konsultationsinzidenz seit mehreren Wochen steil abfallend (über alle Altersgruppen) ▪ Es sind in der 15 KW nur sehr wenige Proben eingegangen. Gründe dafür: Post über Feiertage verzögert, Praxen geschlossen und das Motivationsschreiben an die Praxen in dem zum weiteren Abstreichen der Patienten aufgefordert wird, ist noch nicht rausgeschickt worden. Die wenigen Proben waren Influenza negativ, aber eine Probe SARS-CoV-2 positiv (wahrsch. verzerrt durch wenige 	<p>FG36</p>
--	--	-------------

	<p>Proben).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Syndromische Krankenhaus-Surveillance (ICOSARI) (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterschiedliche Abdeckung in versch. BL ▪ Seit KW40/2015 Daten von entlassenen Patienten mit J-Diagnose (respiratorische ICD10-Diagnose), zusätzlich werden weitere Diagnosen, Beatmungsdauer, Dauer Intensivbehandlung und Alter, Geschlecht und BL übermittelt. ▪ Zusätzlich seit 13.KW nicht nur entlassene, sondern täglich auch Daten liegender Patienten. ▪ Seit KW15 zusätzlich Informationen über Beatmungsprozeduren ▪ 73 KH liefern wöchentlich, 50 Häuser grundsätzlich täglich (Daten gehen aber nicht von allen an jedem Tag ein) ▪ Pro Klinik 2 Datensätze: 1. Datensatz von Patienten mit respirator. J-ICD10-Diagnose (plus beschriebene weitere Daten) (=Nennerdatensatz), 2. Datensatz mit Daten für alle Patienten in der Klinik (mit wenigen weiteren Daten) (=Zählerdatensatz), Inzidenzberechnung ist durch diese beiden Datensätze möglich ▪ COVID-19 ist codiert als U07.1! ▪ Falls jedoch als Hauptdiagnose keine respirator. Diagnose (J-Diagnose), sondern z.B. Sepsis (A41.*) diagnostiziert wird, werden die Daten in ICOSARI nicht im 1. Datensatz (Nennerdatensatz) übermittelt und können damit nicht ausgewertet werden. ▪ Aktuelle Daten: 58% der Pat. Liegen noch im KH, 55% der Pat. sind männlich, 32% liegen auf der Intensivstation, 14% sind beatmet, 8% verstorben ▪ Gesamtfallzahl je Altersgruppe: zw. 50 und 90 Jahren kommt es häufiger zu Intensivbehandlungen, in letzten Wochen 	<p>AL3</p>
--	--	------------

	<p>Zunahme v.a. von Pat. im Alter von 70-90 Jahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chron. Vorerkrankungen in EpidBull 14/2020 publiziert. Wenn man sich diese Untergruppe der Risikofaktoren anschaut (Bluthochdruck, Diabetes/Stoffwechselerkrankungen, COPD, Krebs/Lymphom, Niereninsuffizienz, Lebererkrankung), scheint es so zu sein, dass COVID-19-Verstorbene zuvor weniger Risikofaktoren gehabt haben als Influenza-Verstorbene. ▪ Es wird daran gearbeitet weitere Vorerkrankungen identifiziert zu können. ▪ Es gibt verschiedene Parameter für Erkrankungsschwere in ICOSARI: Ort der Behandlung, Krankheitsergebnisse (z.B. Tod) und Prozeduren (z.B. Beatmung, ggf. wird auch Dialyse noch mit integriert) ▪ Eine Diskussion über die gemeinsame Nomenklatur Risikofaktoren/ Grunderkrankungen muss noch geführt werden, es sollte ein gemeinsames Sprachverständnis (RKI/BZgA) gefunden werden ▪ Das Risiko, bei Hospitalisierung mit COVID-19 zu versterben ist in der Altersgruppe 60-69 Jahre 6mal höher, wenn eine der genannten Vorerkrankungen (Diabetes, Bluthochdruck etc.) vorliegt. ▪ Die Daten zur Schwere des Verlaufs und zu den Risikofaktoren werden nun wöchentlich dargestellt, wenn vorhanden mit weiteren Infos zu Beatmungszeiten. <p>! Durchgeführte Tests und Testkapazitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 191 Labore insgesamt beteiligt, 149 Labore haben in KW15 über ihre Tests berichtet ○ Die Testzahl hat etwas abgenommen, aber insges. über 360.000 Tests. Positivenanteil ist etwas zurückgegangen. 	<p>FG32/ AL3/ VPräs/ Präs</p>
--	--	-----------------------------------

- Insgesamt 1,7 Mio Tests durchgeführt, entspricht grob den Meldedaten (da einige Doppeltestungen)
- Testkapazitäten: 112 übermittelnde Labore: 123.000 pro Tag, d.h. 730.000 Tests pro Woche
- Es gibt regionale Unterschiede, aber derzeit Kapazitäten nicht ganz ausgenutzt, Rückstau wurde abgebaut
- Große Anzahl von Laboren berichtet über Lieferschwierigkeiten.
- In AGI gab es Nachfragen welche totale Testkapazität vom RKI im weiteren Verlauf angestrebt wird, da Labore derzeit nicht ausgelastet sind. Gleichzeitig kam aber auch die Anfrage, ob auch klinisch-radiologische und – epidemiologische Fälle mit einbezogen werden, da nicht alle getestet werden können. Hier gibt es also teils widersprüchliche Eindrücke bzw. Aussagen.
- Grundsätzlich sollten, gerade bei sinkenden Fallzahlen ggf. alle ARE getestet werden. Thema soll am 16.04. im Krisenstab diskutiert werden.
- Es gibt häufig Fragen zur Kostenübernahme von Public health (PH)-Testen in KH und Altenheimen. Empfehlungen gehen dahin auch asympt. Personal zu testen, damit sie weiter arbeiten können.
- Grundsätzlich werden die PH-Teste vom GA angefordert und vom Land bezahlt. Allerdings müssen GÄ z.T. mehr für die Beauftragung der Labordiagnostik zahlen als die Krankenkassen, daher der Wunsch weniger zu testen (z.B. bei klinisch-epidemiolog. Fällen).
- Gerade in der Phase der Lockerung sollten keine Teste vermieden werden.
- Chef des BKamt und Chefs der Staatskanzleien sollen das klären

ToDo: Bericht ans BMG per E-Mail an VPräs – der die E-Mail weiterleiten wird mit der Bitte das zu klären. – FG32

! Schätzung der Reproduktionszahl/Nowcasting:

- Nowcasting-Methode überarbeitet, Stabilisierung der Anzahl der Neuerkrankungen

	<p>auf Nivea von 3000/3500</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Derzeit arbeitet Hr. an der Heiden an der Berechnung der Reproduktionszahl für die BL ○ In den kommenden Tagen wird zunehmend auf die Reproduktionszahl geschaut werden und sie sollte daher immer ausgewiesen werden ○ Wichtig ist, dass kleine Veränderungen der Modellierungen z.T. große Effekte zeigen, daher stabiles, publiziertes Verfahren wichtig, das dann nicht mehr verändert wird. ○ EpiBul Artikel soll im Laufe des Tages veröffentlicht werden. <p><i>ToDo: Die Schätzung von R und auch die Abb. zum Nowcasting soll vom LZ in den Lagebericht aufgenommen werden.</i></p>	
<p>2</p>	<p>Erkenntnisse über Erreger Vorstellung des aktuellen Stands zu Impfung (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Selbst wenn Impfstoffe zu spät für Verlauf der Pandemie, dann wichtig in Post-Pandemie-Phase ! Laut aktueller Nature Publikation gibt es sehr viele Kandidaten in der Pipeline (115, 5 davon in Phase I) mit einem sehr großen Spektrum an unterschiedlichen Ansätzen. ! Alle Ansätze haben jedoch Spikeprotein als Ziel Blockierung der Interaktion mit ACE2-Rezeptoren ! Es gibt jedoch bislang keine Erfahrungen mit RNA- und DNA-Vakzinen, im Zulassungsprozess u.U. relevant. ! Entwicklungen verlaufen mit enormer Geschwindigkeit, Mitte März erste Phase I in USA und China ! Impfstoffkandidaten in Phase I-II aus den USA, China, UK und Kanada ! Der virale Vektorimpfstoff aus China soll in Phase II auch an (gesunden) über 80-jährigen getestet werden. ! UK will kombinierte I/II Studie durchführen. ! Viele Impfstoffkandidaten in Biotec Firmen und akademischen Gruppen entwickelt, dort keine keine Produktionskapazität, daher ist Tech Transfer nötig, Diskussionen laufen mit Gates Foundation und CEPI 	<p>FG33/alle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ! Noch fraglich, ob dann genügend Impfstoff zur Verfügung steht. Die US Regierung hat schon Produktionsstätten mittels ihrer Notstandsgesetze beschlagnahmt. ! Normalerweise plant man 12-18 Monate ab Beginn Phase I ! EMA und Pfizer überlegen, ob sie ggf. die Phase III Studien auslassen und direkt in eine breite Anwendung gehen, wenn das von den Regulatoren so entschieden wird, dann kann es schneller gehen als 12-18 Monate ! Solch eine Entscheidung bedeutet für uns: gute Risikokommunikation und entsprechende Post-Marketing Surveillance, damit man wesentliche Impfkomplicationen schnell erkennt ! Derzeit wird in der Literatur Immune Enhancement diskutiert (schwere Erkrankung durch Impfung) ! Impact verschiedener Impfstrategien während Pandemie und in Post-Pandemie-Phase, Priorisierung der Gruppen, unter Berücksichtigung einer steigenden Immunität in Bevölkerung, serolog. Studien auch für diese Fragen wichtig, Modellierung einer „Test-Vaccinate“-Strategie: Zunächst Schnelltest, dann erst Impfung (vgl. Dengue) ! Eine AG zum Thema wurde in der STIKO aufgebaut ! Studie zur pandemischen Kontaktmatrix ! Auf Anfrage vom PEI Hintergrundinzidenzen für Nebenwirkungssignale wieder priorisiert, um Daten zu haben bei Einführung der Impfung ! Konzept zur Einführung der COVID-19 Impfung soll zusammen mit dem PEI geschrieben werden, UK hat solch ein Konzept schon, auch Studien zu Impfkomplicationen/-effektivität geplant, da viele Impfstoffe in Pipeline, die nicht gut getestet sind. ! BCG-Impfstoffe: <ul style="list-style-type: none"> ○ möglicher unspezifischer Effekt („Immun-Training“) ○ unklar, ob tatsächlich wirksam, werden Studien ergeben ○ Ergebnisse beruhen auf Studien in high mortality settings, z.T. mit Bias ○ 3 studien in Phase III: ggf. Ansatz für mediz. Personal zur Überbrückung ! Derzeit kann man schwer sagen welcher Impfstoffansatz der erfolgversprechendste ist, Joint Procurement vorab schwierig, CEPI (auch finanziert durch BMBF) wirkt hoffentlich bei Tech Transfer ausgleichend. ! Es gibt keine Erfahrung wie gut und wie dauerhaft die Immunität durch die Impfung sein wird. ! Firmen sind zuversichtlich, dass ein Impfstoff 	
--	---	--

	<p>entwickelt werden kann. Bei MERS und SARS wurde die Impfstoffentwicklung in Phase II wg fehlender Finanzierung angehalten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt keine Erfahrung mit mRNA- Impfstoffen, aber ein großer Vorteil wäre, dass wenn man die Produktionsstätten hat, rel. schnell viel Impfstoff hergestellt werden kann. ! Immunantwort bei älteren Personen: Normalerweise laufen Studien nur mit Probanden zw. 18-60 J., es wäre gut in Phase II auch in höhere Altersgruppen zu gehen, die derzeitige Studie in China wird nur mit gesunden alten Probanden durchgeführt. Post- marketing Surveillance ist daher sehr wichtig. ! Anmerkung zur Impfstrategie: z.T. bei Impfungen unerwünschte Wirkungen, die auch bei der Erkrankung vorkommen (dabei aber in größerem Maßstab), wurde auch bei anderen Impfstoffen beobachtet 	
<p>3</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>-</p>	
<p>4</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mund-Nase-Bedeckung ist weiterhin Thema ! KMK und Lehrerschaft hat angefragt zu Unterstützung bzgl. Prüfungen, BZgA entwickelt Pakete mit Informationen zur Unterstützung bei Prüfungen, Einrichtungen sollen aktiv begleitet werden, Materialien sind vorhanden – Abstandhalten, Hygienemaßnahmen – klare Regeln wichtig Absprache mit RKI gewünscht ! In höheren Schulklassen Hygienemaßnahmen erst möglich, Vorbereitung ganz konkret vor Ort, wichtig Änderungen in Abläufen, die auch längerfristig eingehalten werden müssen ! Klärung der verwendeten Anzahl von Tagen vor Symptomen: Auf dem InfoFlyer der BZgA wird von 2-3 Tagen gesprochen. Es handelt sich aber um die Zeit vor Auftreten von Symptomen in der es zur Übertragung kommen kann – sollte zu 1-3 Tagen korrigiert werden. <p>Presse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Viele Anfragen zum Flussdiagramm der Kriterien zum Kontaktpersonenmanagement, ggf. sollte und 	<p>BZgA/FG36</p> <p>Presse</p>

	<p>oder oder zugefügt werden</p> <p>! Sollte zunächst von inhaltlich Verantwortlichen geklärt werden, dann setzt IBBS das in Flussdiagramm um.</p> <p><i>ToDo: FG36 und FG37 prüfen die vorhandenen Flussdiagramm inhaltlich und informieren IBBS</i></p>	
5	<p>Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Helmholtz- und Leopoldina-Stellungnahmen</p> <p>RKI-intern</p> <p>! Es gibt ein 4-seitiges Strategie-Papier vom Helmholtz Zentrum, 3 Szenarien dargestellt: 1. R>1, 2. R=1 , 3. R<1. Letzteres Szenario wird favorisiert, sprechen sich dafür aus, dass strikte Maßnahmen noch länger aufrechterhalten bleiben. Keine bekannten Autoren, (Hr. Krause ist nicht beteiligt), stammen aus Braunschweig, Forschungszentrum Jülich, Frankfurt etc.</p> <p>! WHO hat "Strategic Preparedness and Response Plan" veröffentlicht</p> <p>! Weitere Diskussion auf 16.04. verschoben</p>	alle
6	<p>Dokumente</p> <p>! Dok zum Entlassmanagement ist überarbeitet und am 14.4. veröffentlicht worden</p> <p>! EpiBul Artikel zu Mund-Nase-Bedeckung</p>	IBBS/FG36
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Kaum Proben eingegangen, keine Änderung zum Vortag.</p>	FG12
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>-</p>	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! BMI wünscht, dass Verlegung von Pat. innerhalb D organisiert wird, Konzept unter FF des BMI wird erstellt</p> <p>! RKI mit DIVI soll Auftrag bekommen eine Fachgruppe Intensivmedizin aufzubauen</p> <p>! V.a. BW und Hilfsorganisationen eingebunden</p>	IBBS

10	Surveillance -	
11	Transport und Grenzübergangsstellen ! Internetseite und Handzettel/Poster für Reisende aktualisiert, werden in Kürze online gehen.	
12	Internationales (nur freitags) -	
13	Update Digitale Projekte (nur montags) Wird am 16.04. besprochen	
14	Information aus dem Lagezentrum -	
15	Wichtige Termine -	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Donnerstag 15.04.2020, 11:00-12:30	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	16.04.2020, 11-12:45 Uhr

Sitzungsort Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade (Moderation)
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2 Leitung
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3 Leitung
- ! ZIG Leitung
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA

- Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Frau Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International Fälle, Schwere, Risikofaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ! Länder über 70.000 Fällen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Regierung USA steht wegen Einstellung der Zahlungen an WHO unter starker Kritik. ! Länder mit 7.000 – 70.000 Fällen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine große Veränderung seit gestern, bei den meisten Länder ist Rt unter oder nahe 1; Problem: Türkei, Russland. ! Länder mit 1.400 – 7.000 Fällen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Singapur: deutlicher Anstieg der Fallzahl ! <u>Singapur:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ 3.252 Fälle, 10 Todesfälle, sehr geringe Fallsterblichkeit: 0,3%, 1.287 hospitalisierte Fälle, Inzidenz/100.000 Ew.: 57,7 ○ viele Testungen mit Positivenanteil von 4,5% ○ deutlicher Anstieg der Neuinfektionen in letzten 2 Wochen ○ Bisher kein „Lock-down“, Maßnahmen primär Reisebeschränkungen ○ Seit 07.04 neue Periode mit wesentlich stärkeren Maßnahmen: Ausgangsbeschränkungen, Schließung von Schulen und nicht-essentiellen Arbeitsplätzen; strikte Durchsetzung der Maßnahmen; Einreisende müssen 14 Tage in Quarantäne. ○ Sehr differenzierte Erfassung der Fälle, importierte Fälle (568), „community transmission“ (867), „construction clusters“ (1.699) ○ 1.Welle: importierte Fälle, 2.Welle: autochtone 	ZIG1

	<p>Fälle, 3.Welle: Gastarbeiter.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fast 300.000 Gastarbeiter, Arbeit auf Baustellen, Hauptproblem liegt bei Unterkünften, Schlafsiedlungen mit bis zu 20.000 Betten auf engstem Raum, mangelnde hygienische Verhältnisse. Wurden bisher in Strategie von Singapur nicht berücksichtigt, führt aber dazu, dass sich die Fallzahl auch in Allgemeinbevölkerung wieder erhöht. ○ Inzwischen 8 Unterkünfte in Quarantäne für 4 Wochen; keine Lösung, da weiterhin gleiche Unterbringung. ○ Schlussfolgerung: Schwache soziale Gruppen müssen mitberücksichtigt werden. <p>! <u>Publikation aus Island</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ PCR-Screening-Studie: 31.01.-04.04: Testung von 6% der Bevölkerung; 1.Gruppe: Risikopersonen (Reiseanamnese, Kontakt zu COVID-Patienten), 2.Gruppe: nicht repräsentative Zufallsstichprobe ○ Gruppe 1: 13,3% positiv, Gruppe 2: 0,7% positiv ○ Infektionsursache Reiseanamnese nimmt ab, autochtone Übertragung nimmt zu. ○ Kinder unter 10 Jahren und Frauen hatten eine geringere Inzidenz, Gründe hierfür sind unklar. ○ Schlussfolgerung, dass Kinder weniger betroffen sind, kann anhand der Studie nicht getroffen werden. <p><i>ToDo: Publikation wird an Lage geschickt.</i></p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Inzidenz, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inzidenz 157, + 2.866 neue Fälle ○ +315 Todesfälle, bis jetzt die höchste Anzahl an einem Tag, Anteil Verstorbener steigt auf 2,7 ○ Für intern nun auch Epikurve nach Meldedatum und Krankheitsstatus verfügbar. 	<p>FG32</p> <p>FG37</p>
--	--	-------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ RO heute 0,9 ○ Alters- & Geschlechtsverteilung: keine großen Änderungen ○ Fälle unter Personal in med. Einrichtungen: 6.395 ○ Beschluss der MPK: RKI Containment Scouts 5/20.000 EW. sollen bereitgestellt werden; können schnell per Amtshilfeersuchen angefordert werden. GA müssen, wenn sie mehr Personal bekommen, auch bessere Daten liefern. ○ Übermittelte Fälle nach Expositionsort: Ausland nimmt stark ab, häufig keine Angabe verfügbar. <p><i>ToDo: Aufstellung, wie viele Fälle auf „community transmission“ und wie viele auf Gemeinschaftsunterkünfte zurückzuführen sind.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ist den Daten nicht immer einfach zu entnehmen, im Moment nur grobe Einteilung in Deutschland vs. Ausland; es wird versucht die Transmission in Deutschland besser aufzuschlüsseln, auch „keine Angabe“ muss genauer betrachtet werden. <p>! <u>Antibiotika-Resistenz Surveillance: SARS-Cov2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl Testungen steigt an; Knick in der Kurve am 26.03 mit Einführung einer neuen Teststrategie, gleichzeitig Abnahme der Positivenrate. ○ Bundesländer: ähnliche Entwicklungen: BW, BY, NRW haben die meisten Fälle und führen am meisten Testungen durch; insgesamt sind relativ gute Testkapazitäten vorhanden. ○ Testverzug bundesweit: großer Zeitverzug deutet auf Überlastung hin. Es sieht so aus, als würde der Testverzug wieder zunehmen. Ca. 2 Tage von Probenentnahme bis zur Testung ist zu lange. ○ Testverzug in BW und BY ist runtergegangen, Berlin sieht auch gut aus. ○ Anteil der positiven Testungen nach Altersgruppe (</> 65 Jahre) und Organisationseinheit (Praxen, KH): bei über 65 jährigen hat sich mehr getan. 	<p>IBBS</p>
--	--	-------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl Testungen nach Altersgruppen, in 12-13 KW erfolgte Änderung der Teststrategie. Es werden immer mehr >80 Jährige getestet, 60-79 Jährige werden nicht in gleichem Umfang getestet. Anzahl positiver Tests nimmt bei > 80 Jährigen zu, das hängt auch mit der häufigen Testung zusammen. ○ AG Diagnostik: KBV sieht auch, dass Testung bei bestimmten Bevölkerungsgruppen nicht ausreichend wahrgenommen wird. Das könnte damit zusammenhängen, dass für die Altersgruppe der 60-79 Jährigen zumeist keine Krankenschreibung nötig ist. ○ Ab nächster Woche wird es einen Report zu COVID auf der ARS-Seite geben. ○ Zu Drive-through Testung und Testungen in GA wird es ab nächster Woche mehr Informationen geben. ○ Orientierungshilfe für Bürger sollte dahingehend ergänzt werden, dass auch leicht Erkrankte Testung in Anspruch nehmen können. Ein Symptom reicht bereits aus um die Testung auszulösen. Inanspruchnahme der Testung hängt davon ab, inwieweit dies in der Bevölkerung bekannt ist und in den Praxen umgesetzt wird. <p><i>ToDo: Überarbeitung Flussschema IBBS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ob Schnupfen als Kriterium für Testung ausreicht, ob symptombezogen getestet wird oder als Screening, hängt von der epidemiologischen Situation ab und muss im Verlauf immer wieder verändert und klar kommuniziert werden. 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG33
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Vorschlag von Presse: Seite mit aktueller Risikobewertung löschen und stattdessen Verweis auf Situationsberichte, da diese sehr aktuell sind.</p> <p>! Risikobewertung wird aber im Moment im Lagebericht nicht eigenständig bearbeitet, denn die Überlegungen hierzu sollen aus dem Krisenstab kommen und im Lagebericht ergänzt werden. Keine Zustimmung: Bewertung soll zunächst auf extra Seite belassen werden.</p> <p>! RKI-Seiten zu Corona sollen mit Hilfe externer Experten zu überarbeitet werden. Presse steht hierzu im</p>	Presse/Alle

	<p>Austausch mit IT-Dienstleister, soll schnell umgesetzt werden und wird vom BMG finanziert. Ist jedoch nicht ganz so schnell zu leisten, da es im gleichen Content Management System stattfinden muss und die bestehenden Links weiter funktionieren müssen.</p>	
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nach gestrigen Beschlüssen der Kanzlerin wurden Infos zu Mund-Nasenschutz breit gestreut. ! Zuarbeit zur NINA App von Seiten der BZgA erfolgt. ! Bitte das Papier zur Unterstützung der Schulen und Hochschulen an die BZgA weiterzuleiten. Beitrag für Epid Bull wird erarbeitet, sobald das Manuskript fertig ist, wird es geteilt. ! Bitte in den Verteiler für Einladungen und Folien aufgenommen zu werden; Folien werden nicht vorab zirkuliert. <p>Presse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FAQ wurde neu strukturiert mit Unterüberschriften und durch einige Fragen ergänzt. ! Neue Publikationsliste unter Forschung eingestellt; Projektliste ist in Arbeit. ! Hr. Brockmann soll Annahmen zum Forecast genauer darstellen. Alternativ kann auf Publikation verwiesen werden. <p>NINA App BBK</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Update: IBBS wurde um inhaltliche Zuarbeit gebeten, Grundlage waren Veröffentlichungen des RKI. 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>IBBS</p>
5	<p>Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>d) Bericht aus der BMG-Telefonkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Erlassbericht zu Schulen wurde vom BMG gelobt. Bericht kann intern aber nicht extern geteilt werden 	<p>FG32</p>

	<p>(„work in progress“).</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Für Erweiterung von Containment Scouts wird Zuarbeit von RKI notwendig werden. ! Abbildung von Hr. Braun, bei der RO mit Intensivkapazität in Verbindung gebracht wird, wurde evtl. von ihm selbst erstellt. Damit konnte die Freihaltung von Intensivbetten für COVID-19 Patienten begründet werden. ! Evtl. wird das RKI sich zu Empfehlungen für Gotteshäuser äußern müssen. 2009 hat sich FG14 schon im Rahmen von Influenza intensiv damit beschäftigt. ! Finanzierung der Testung wird in der AGI besprochen. ! Logo #wirbleibenzuhause wird in #wirhaltenzusammen“ geändert. Frage: Besteht die Möglichkeit der fachlichen Kommentierung, da Botschaft nicht unproblematisch ist. Eher kein Einfluss möglich; Hr. Schaade wird sich mit Hr. Wieler beraten. 	
<p>6</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Flussschema Orientierungshilfe für Ärzte /Testkriterien <ul style="list-style-type: none"> ○ Testkriterien sollen sensitiver gestaltet werden; nur die Hälfte der Testkapazitäten wird in Anspruch genommen. ○ Akute respiratorische Symptome könnten bei genügender Testkapazität prominenter platziert werden. Es wäre im Sinne der KBV die Testung Symptomatischer sensitiver zu gestalten. Hr. Mielke kann sich vorstellen, auf die Klammer mit „(COVID-19 Diagnostik nur bei hinreichender Testkapazität)“ zu verzichten. Eine Aufnahme des Geruchs- und Geschmacksverlusts könnte zu einer hohen Erwartungshaltung führen und ist schwierig zu definieren. ○ Auch in der Orientierungshilfe für Bürger müsste deutlich gemacht werden, dass einzelne Symptome für die Kontaktaufnahme ausreichen. ○ Es stellt sich die Frage, wie Tests die Bevölkerung erreichen können. Die GA gingen bisher sehr restriktiv mit Testungen um, inwieweit die Bevölkerung Praxen aufgrund der mangelnden Ausrüstung mit Schutzkleidung als sichere Orte betrachtet, ist fraglich. Praxen müssen sich an ein Leben mit dem Virus anpassen und stärker in die Beprobung eingebunden werden. ○ Heute findet eine TK mit der Unterarbeitsgruppe 	<p>IBBS/Abt.1/ FG36</p>

	<p>der AGI statt, hier sollen Testangebote angesprochen werden. Diese Gruppe soll zur Labordiagnostik Best Practice Beispiele für die AGI darstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Selbsttestung wäre hilfreich und würde Akzeptanz und Zugang erleichtern. ○ Fr. Michel hat noch keine Rückmeldung von Hr. Drostens aus KL zur Selbstbeprobungsstudie. Es sind keine Originalproben fürs RKI verfügbar, schnell umgesetzter Ansatz ist leider gescheitert. Gibt es von anderer Seite belastbare Informationen? Falls ja, bitte zirkulieren. Im Moment wurden keine weiteren systematischen Untersuchungen begonnen. ○ Zusammenarbeit von FG36 und Abt. 1 um Studie anderweitig weiterzuführen. Proben vom 20.03 könnten rausgenommen und davon ausgegangen werden, dass die anderen stimmen, um zumindest ein paar Informationen rauszuziehen zu können. ○ Einige Ärzte haben mit der Selbstbeprobung von Rachen und Nase gute Erfolge. Hinweise aus AGI Sentinel: auch nach 12 Tagen Postversand sind die Proben noch gut geeignet, sehr zielführendes Verfahren, systematische Ergebnisse fehlen jedoch noch. ○ In der Orientierungshilfe für Ärzte soll bei Punkt „Akute respiratorische Symptome jeder Schwere“ der Klammertext (nur bei ausreichender Symptomatik) gestrichen werden, ein Hinweis auf Risikogruppen ist nicht mehr nötig. ○ Bei der Orientierungshilfe für Bürger sollen die Risikogruppen weiterhin explizit genannt werden, Risikogruppen und HCW, aber auch 60-70 Jährige und autochton bekannte Risikofaktoren. Die Testung soll mitaufgenommen werden. <p><i>ToDo: Überarbeitung Orientierungshilfe für Ärzte und Orientierungshilfe für Bürgerinnen und Bürger, IBBS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Infomaterialien zur Nutzung von PSA für medizinisches Personal <ul style="list-style-type: none"> ○ Ist mit ABBAS abgestimmt und wird veröffentlicht. 	
--	--	--

<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>! ZBS1: Insgesamt ca. 4.800 Proben getestet, davon ca. 730 positiv; Eingang 100-200 Proben pro Tag. Erneut Kontaminationsproblem bei einer Firma; neues Extraktionsgerät ist in Sensitivität etwas weniger genau, wird versucht zu beheben.</p> <p>! Ringversuche sind sehr wichtig um Ansprüchen an Qualität der Diagnostik auch beim Hochfahren der Testanzahl gerecht zu werden. 280 Labore sind zum Ringversuch angemeldet. Ein Teil der Ringversuchsergebnisse wird vorab veröffentlicht und ermöglicht den Laboren sich an den Sollwerten zu orientieren. Im Sommer wird der nächste Ringversuch stattfinden. RKI hat am Ringversuch bereits teilgenommen.</p> <p>! FG14: viele geschlossene Arztpraxen, deshalb nur 30 Proben diese Woche, 3* respiratorische Viren gefunden, 1 davon COVID-19 positiv.</p>	<p>ZBS1</p> <p>AL1</p> <p>FG14</p>
<p>8</p>	<p>Klinisches Management/ Entlassungsmanagement</p> <p>! Entlasskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Änderung von 2 negativen PCR-Ergebnissen aus Abstrichen mit zeitlichem Abstand zur zeitgleichen Abnahme von 2 Abstrichen ist missverständlich und wird anders formuliert. ○ Kriterien zur Entlassung von Personal aus medizinischen und Pflege-Einrichtungen: 2 negative PCR-Untersuchungen werden nur vorausgesetzt, wenn Personal anschließend wieder beruflich tätig wird. ○ Es handelt sich nur um Präzisierungen, die nicht nochmal in die große Abstimmungsrunde gehen. 	<p>FG36/IBBS/ FG32</p>
<p>9</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Es gibt Bedenken von Seiten des ABBAS zu PSA Empfehlungen.</p> <p><i>ToDo: Fr. Brunke nimmt Kontakt mit ABBAS hierzu auf.</i></p>	<p>IBBS</p>
<p>10</p>	<p>Surveillance</p> <p>! Meldepflicht für serologische Nachweise</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fr. Diercke hat Vorschlag zirkuliert. Dieser wurde mit einem Ergänzungsvorschlag angenommen und kann ins Internet gestellt werden. 	<p>FG32</p>
<p>11</p>	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p>	

	! Am Abend TK zu diesem Thema	
12	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
13	Update Digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
14	Information aus dem Lagezentrum ! Nicht besprochen	
15	Wichtige Termine ! TK Staatskanzleien ! AGI-TK 13 Uhr ○ Unzufriedenheit von Seiten der AGI, dass nicht alle Dokumente (z.B. zu Masken, Pflegeeinrichtungen) im Vorfeld geteilt wurden. ○ Falls Input von den Ländern nötig ist, wird dieser erfragt. Interne Papiere können nicht immer geteilt werden, zum Teil sind Fristen auch sehr eng. Wenn der Inhalt freigeben ist, können Dokumente zur Information mit den Ländern geteilt werden. Anmerkungen werden für die nächste Überarbeitung aufgenommen. Bitte um Verständnis, dass dies nicht immer möglich ist.	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Donnerstag 17.04.2020, 13:00-14:30	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	17.04.2020, 13-14:30 Uhr

Sitzungsort Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - 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
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! 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</p> <p>International Fälle, Schwere, Risikofaktoren</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>! Länder über 70.000 Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ USA: absteigender Trend in prognostizierten Fallzahlen mit Plateau in Gesamtfallzahlen ○ Präsident stellte Exitstrategie mit drei Phasen vor. Kriterien für die Einleitung sind: Reduktion der Fallzahlen in den letzten 14 Tagen, ILI-Symptome in den 14 Tagen, alle Patienten können versorgt werden. ○ PHASE I <ul style="list-style-type: none"> ○ Ansammlungen von weniger als zehn Menschen sind möglich; Schulen bleiben geschlossen ○ Restaurants, Kinos und religiöse Einrichtungen können öffnen, wenn „physical distancing“ gewährleistet werden kann; Weiterhin Home Office (wenn möglich) ○ PHASE II <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht essentielle Reisen wieder möglich; ○ Schulen öffnen wieder; Schrittweise Rückkehr zum Arbeitsplatz, Gemeinschaftsbereiche in Firmen bleiben geschlossen; Besuche in Altersheimen und Krankenhäusern weiterhin untersagt ○ PHASE III <ul style="list-style-type: none"> ○ Vollständige Rückkehr an Arbeitsplätze ○ Besuche in Altersheimen und Krankenhäusern erlaubt; Gefährdete Bevölkerungsgruppen sollen aber weiterhin Abstand zu anderen Menschen einhalten; Gefährdete Bevölkerung nicht genau definiert. 	ZIG1

	<p>! Länder mit 7.000 – 70.000 Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine große Veränderung seit gestern, Russland: steigender Trend bei hoher Reproduktionszahl; ○ Anstieg der Todesfälle in China ist auf die Aufarbeitung der Daten der letzten Monate zurückzuführen. Anstieg bei Frankreich ist am ehesten ein Meldeartefakt, wird abgeklärt. <p>! Länder mit 1.400 – 7.000 Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine große Veränderung <p>! WHO-EURO</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenige Fälle in die östlichen Länder der WHO-Region können unter anderem durch sehr frühe Reiserestriktionen erklärt werden, die Entwicklung ist somit verzögert. Turkmenistan und Tadschikistan haben noch keine Fälle gemeldet und bisher kaum Maßnahmen umgesetzt. Estland berichtet eine vergleichsweise hohe Inzidenz. <p>! Estland</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Insgesamt: 1.434 Fälle; 36 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 2,5%); 137 aktuell hospitalisiert (10 ICU); 33 genesen ○ Inzidenz: 108,5 / 100.000 Ew. ○ Großes Infektionsgeschehen durch Import von SARS-CoV-2 im Rahmen eines Volleyball-Turniers durch einen italienischen Volleyballclub auf der Insel Saaremaa. Weitere Verbreitung durch später stattfindendes Champagnerfest (50% der Inseleinwohner infiziert) ○ Dieses Geschehen ist für einen großen Teil der Gesamtfälle verantwortlich, Zahl der Neuinfektionen ist rückläufig. ○ Aktuelle Verdopplungszeit: 16 Tage ○ Ausnahmezustand seit 13.03.2020 (bis vorerst 01.05.) – Ende April soll über Lockerungen entschieden werden ○ Tests gesamt: 36.024, Positivanteil: 4,0% ○ Exit-Plan besteht aus 7 Bewertungskriterien: <ul style="list-style-type: none"> 1. Gesamtzahl der bekannten Infektionen, 2. Zahl 	<p>FG32</p>
--	---	-------------

	<p>der hospitalisierten Fälle, 3. Zahl der Fälle an Beatmungsgeräten, 4. Situation bei geplanten (elektiven) Behandlungen, d.h. Wartelisten für die Routinebehandlung von Patienten in Krankenhäusern, 5. Vorhandensein von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) und sichtbare Bereitschaft zur Abwehr der nächsten möglichen Viruswelle, 6. Zustand der Wirtschaft, einschließlich der Arbeitslosenquote, 7. Mentale Bereitschaft der Bevölkerung, Einschränkungen zu (er-)tragen</p> <p>! Polen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 7.582 Fälle; 286 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 3,8%); 2.607 aktuell hospitalisiert; 774 genesen; Inzidenz 20,0/ 100.000 Ew. ○ Erster Fall am 04.03.2020 (aus Deutschland) ○ Verdopplungszeit: Gesamtfallzahlen: 13 Tage; ○ Effektive Reproduktionszahl: 0,9 ○ Tests gesamt (Stand 15.04.): 156.493, Positivanteil: 4,7% ○ 20.000 Tests pro Tag möglich (ca. 40% genutzt); geringe Nutzung wird im Land kontrovers diskutiert und liegt am ehesten am Mangel der Ausstattung des Personals (bsp. PPE um Testung durchzuführen). ○ Krankenhausbetten: 6,6/1.000 Ew.; ICU-Betten: 6,9/100.000 Ew. ○ Am 14. April landete der erste von zwei Transporten von Hilfsgütern aus China in Polen um den Versorgungsmangel zu entlasten. ○ Maßnahmen insgesamt sehr restriktiv; erste Vorsichtige Lockerung am Montag: Aufenthalt in Wäldern, Parks und Grünanlagen wieder erlaubt und größere Zahl von Kunden in Lebensmittelgeschäfte zugelassen. <p>National</p>	<p>IBBS</p>
--	--	-------------

! Fallzahlen, Todesfälle, Inzidenz, Trend (Folien [hier](#))

- Inzidenz 161, + 3.380 neue Fälle
- +299 Todesfälle, Anteil Verstorbener steigt auf 2,9
- Nowcasting (M. an der Heiden) Anzahl der Fälle geht zurück
- Geschätzte R0 variiert nach BL; MV mit 1,6 (95%KI 1,1-2,1) am größten, das liegt am ehesten an wenigen Fallzahlen, da kleine Veränderungen einen großen Effekt zeigen.
- Alters- & Geschlechtsverteilung: keine großen Änderungen
- DIVI ist seit dem 16.04.2020 für Kliniken verpflichtend und das zeigt sich in den Daten:

Anzahl meldender Kliniken: 1.138; 2.868 Fälle auf IST, davon 2.145 beatmet.

Gesamtkapazität: ca. 29.000
- Nosokomiale Ausbrüche:

15.Meldewoche: 27 mit 181 Fällen, Anstieg/Nachmeldungen möglich.

Ausbrüche sind schwer aus den Meldedaten zu extrahieren und werden unterschiedliche gemeldet. Ab nächste Woche gibt es dafür eine eigene Meldekategorie.

FG37 betreut einige Ausbrüche (ca. 7) und berät telefonisch. Papier zu Ausbrüchen in Krankenhäusern geht heute online

U. Grothe (FG32) und S. Buda (FG36) erstellen ein Papier zu Ausbruchmanagement (Auftrag Fr. Merkel an Hr. Wieler)
- Fälle unter Personal in med. Einrichtungen: 6.711/6% der Gesamtfälle
- 7-Tage-Inzidenz: wenig verändert; 4 LK mit Inzidenz 101-500 Fälle/100 000 Ew.
- Trend in den BL unverändert;
- Eintrag aus dem Ausland nahezu nicht existent
- EURO-MOMO: Mortalität in einigen Ländern mit

	Ausschlag nach oben sichtbar, Veränderungen in den Zahlen, durch Nachmeldung, noch möglich	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Beteiligung von Herzmuskel (Refraktäre Arrhythmien) im Rahmen der COVID-19-Erkrankung Auffällige Beobachtungen aus den USA bekannt. In Italien wurden vermehrt Myo- und Endokarditiden im Rahmen von Obduktionen beschrieben. In Deutschland besteht ein enger Austausch mit Intensivmedizinern. Es wurden vereinzelt Tachykardien beobachtet. Grundsätzlich werden kardiale Erkrankungen und Symptome in diesem Zusammenhang eng beobachtet.</p>	Präs/alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Erfassungen von im Verlauf wechselnder/widersprüchlichen Testergebnisse auf EU-Ebene sind nicht bekannt. Studie zu Genesenen ist geplant. In den Entlasskriterien wird beschrieben, dass ein positiver PCR-Nachweis bei einem Genesenen nicht zwangsläufig mit einer Infektiösität einhergehen muss. Für diese Fälle sollte immer eine Viruskultur angelegt werden. Diese Konstellation der Testergebnisse (Testung pos-neg-pos) ist bei Erkrankung der tiefen Lungenabschnitte nicht ungewöhnlich. Es bedarf einer guten Kommunikation nach außen.</p> <p>! Papier für stationäre Pflegeeinrichtungen, dass auf Wunsch des BMGs erstellt wurde, wird gerade überarbeitet. Rückmeldungen aus der Praxis und Abstimmung mit den Fachverbänden werden eingearbeitet.</p> <p>Presse:</p> <p>Entlasskriterien fordern zwei negative PCR. Es gibt Anfragen zum Poolen von Proben. IBBS hat das Papier entsprechend angepasst. 14.04.2020 ist Information und Empfehlung zu Mund-Nasen-Bedeckung erschienen EpiBull-Artikel zum Ausbruchgeschehen im Altenpflegeheim in Wittenberg von C. Frank wurde publiziert. Die Unterstützung erfolgte im Rahmen eines Amtshilfeersuchens.</p>	<p>BZgA/alle</p> <p>Presse</p>

	<p>Weiteres Dokument zu Schulschließungen wird am Montag veröffentlicht Es gibt viele Anfragen von Schulen und Abi-jahrgängen über das Postfach.</p> <p>Publikation zu unterschiedlichen Surveillance/Monitoringsystemen, durch FG32 und FG36 erstellt, sollte Anfang nächster Woche fertig sein.</p> <p>Bundeswehr ! Bittet um Weiterleitung von Infos zu Unterstützung der Bundeswehr bei KoNa. Aktuell sind keine Infos bekannt. In den Nachrichten wurde berichtet, dass 25 Bundeswehrangehörige telefonisch KoNa-Aktivitäten unterstützen würden.</p>	<p>VPräs/FG32 /FG36</p> <p>BW</p>
<p>5</p>	<p>Strategie Fragen</p> <p>Allgemein ! Die Möglichkeit Informationen/Einzelfalldaten zu Todesfällen auf dem Dashboard runterladen zu können wird als problematisch gesehen. Diese Daten dürfen nicht in dieser Form an das ECDC weitergeleitet werden. Da das Dashboard auf Einzelfalldaten basiert, besteht diese Option und die verfügbaren Variablen wurden vom Datenschutz genehmigt. Die detaillierte Auskunft (Dashboard) sollte die zahlreichen Anfragen zu unterschiedlichen Abfragen bedienen. Dieses Problem stellt eine grundsätzliche Entscheidung über Verfügbarkeit der Daten dar.</p> <p>RKI-intern ! Serologische Studien sind generell nicht über einen längeren Beobachtungszeitraum geplant. Möglich sind mehrere Erhebungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten an einem Hotspot. FG37 plant im Rahmen der Studie zu HCW eine Beobachtung über 3 Jahre. Aktuell besteht der Kontakt mit BMG bezüglich der Finanzierung.</p> <p>! Modellierung (Graphik) von Hr. Braun wurde den Modellierern am RKI zur Verfügung gestellt, bei einigen Annahmen, bsp. Einbezug der Gesamtbettenkapazität, besteht Optimierungsbedarf. Es wird angepasst/aufbereitet und mit den BL geteilt</p>	<p>FG36/alle</p> <p>AL2/FG37</p> <p>FG37/alle</p>
<p>6</p>	<p>Dokumente</p>	

	○	
7	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FG17: weiterhin niedrige Probenzahlen ! Mitarbeit an einer Publikation zu Veränderung von Testindikationen und Testkapazitäten in verschiedenen Ländern im Verlauf des Geschehens; Publikation wird zeitnah erwartet 	FG17
8	<p>Klinisches Management/ Entlassungsmanagement</p> <p>○</p>	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Prüfung des BMAS Anfrage bzgl. Empfehlung des RKI zur Verwendung von MNS/Masken bei Versorgung von COVID-Patienten. Die Bearbeitung erfolgt durch FG14, die Antwort versendet VPräs. ! Leitfaden zu Ausbruchmanagement für COVID-19 im Auftrag der Kanzlerin soll möglichst zeitnah (Deadline Heute 17 Uhr) über Hr. Wieler versendet werden. Der Entwurf ist bereits weitfortgeschritten und einzelne Szenarien werden noch ergänzt. Praktikabilität soll im Vordergrund stehen. Dieses Papier kann anschließend im Rahmenplan verankert werden. ! Verantwortlichkeiten im Umgang mit erkranktem med. Personal scheinen nicht immer ganz klar zu sein. Die Krankschreibung für 14 Tage erfolgt durch das zuständige GA, zwischen Ablauf der 14 Tage und zwei negativen PCR-Nachweisen entsteht eine zeitliche Lücke, in der keine Krankschreibung mehr erfolgen kann. Hier muss ein Tätigkeitsverbot ausgesprochen werden. Dies wurde bei der AGI bereits thematisiert. ! TK mit BMG und Herr BM Braun zu DEMIS: Vorstellung des Meldewesens, DEMIS und der Beschleunigungsaktion sowie die Beschreibung der Hauptprobleme im ÖGD: Ressourcen und Personal, 	<p>FG14</p> <p>VPräs/alle</p> <p>IBBS/alle</p> <p>FG32</p>

	<p>genaue Beschreibung des ÖGD und Aufgaben und Ziele des Meldewesens. Vorstellung des Meldewesens und DEMIS soll während Schaltkonferenz des Chefs des Bundeskanzleramtes mit den Chef des Staats-/Senatskanzleien der Länder nächste Woche (20.04.2020; Anwesenheit im BMG Friedrichstr. im Raum 5.01) durch RKI erfolgen.</p> <p>! IfSG-Anpassung 3.Gesetzgebungsverfahren</p> <p>Rechtsreferat hat einen Bericht an das BMG mit Anpassungsvorschlägen verschickt. Es ist eine gute Möglichkeit Sachen/Projekte zu verstetigen. Sollten die Änderungsvorschläge angenommen werden, können diese voraussichtlich in Mai in Kraft treten. Zusätzliche Punkte können noch über das Rechtsreferat nachgereicht werden. FG36 und FG37 sind interessiert Punkte zu ergänzen. Es soll abgewogen werden, ob inhaltliche Veränderungen gemeinsam mit Veränderungen der Zuweisung von Ressourcen eingereicht werden. Chancen der Bewilligung von rein inhaltlichen Veränderungen werden als größer eingeschätzt.</p>	FG32/alle
10	<p>Surveillance</p> <p>○</p>	
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>!</p>	
12	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Zunahme von Anfragen zu Kooperation und Assistenz im Rahmen von COVID-19-Response</p> <p>Diagnostik</p> <p>In Zusammenarbeit mit WHO AFRO, WHO EMRO und African CDC werden remote/online training angeboten, Bilaterale Unterstützung von mehr als 20 Ländern</p> <p>Bereich Kooperation</p> <p>Anfragen von unterschiedlichen Ländern mit Kontakt durch Botschaften und Kanzleramt</p> <p>Anfragen über SEEG</p> <p>Unterstützungsanfragen aus Süd- und Mittelamerika; Koordiniert durch GIZ/BMZ</p> <p>Charité ist zur Unterstützung eingebunden</p> <p>GHPP-Partnerländer</p> <p>BMG hat einen Sonderfond für bestehende Projekte zur</p>	ZIGL

	<p>Unterstützung des COVID-19-Response eingerichtet und es besteht der Wunsch die bestehende Zusammenarbeit im Rahmen der Projekte für Unterstützung zu nutzen. Demnächst soll diskutiert werden, ob bestehende Projekte verlängert werden und in den nächsten 12 Monaten zu COVID-19 gearbeitet wird. Verschiebung der nächsten Runde soll diskutiert werden.</p> <p>Verstärkter Austausch</p> <p>Aktuelle Interessenten sind Korea, Singapur, Vereinigte Arabische Emirate, Israel und Türkei. Umsetzung mit BMG-Beteiligung und befindet sich noch in Entwicklung.</p>	
13	<p>Update Digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Wichtige Termine</p> <p>○</p>	
16	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag 20.04.2020, 13:00</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	20.04.2020, 13 Uhr

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda (Moderation)
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 32
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
 - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen

- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Frau Roßmann
 -

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International Fälle, Schwere, Risikofaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ! Länder über 70.000 Fällen: <ul style="list-style-type: none"> ○ USA: Ein abfallender Trend bleibt bestehen. Es gibt nun fast 762.000 Fällen mit über 35.000 Todesfällen. In den südlichen Staaten ist ein Anstieg von Fällen zu beobachten. Die Fall Zahlen im Staat New York sind weiterhin rückläufig. ! Länder mit 7.000 – 70.000 Fällen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Frankreich: Es gab Nachmeldung von Fällen aus Altenheimen, wodurch im R0 Trend der Huckel entstanden ist. Von den nachgemeldeten Fällen gibt es auch einige Todesfälle. ○ Russland: Für Russland hat sich ein R0 Trend um die 2 eingependelt. Es gab bereits am Freitag einen TK mit dem russischen Ministerium für Epidemiologie. Ergebnisse aus dieser TK werden im Laufe der Woche vorgestellt. Es sind in Russland nun auch mehr ländliche Gebiete betroffen. Vorher gab es Hotspots in St. Petersburg und Moskau. ! Länder mit 1.400 – 7.000 Fällen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Weißrussland: Es gab gestern orthodoxen Feierlichkeiten. In anderen Ländern wurden diese abgesagt. Es ist mit einem Anstieg der Fälle in Weißrussland zu rechnen. ! Südafrika: Die Strategie der Länder ist es, die „Kurve flach zu machen“. In Südafrika wurde die Kurve nicht flacher, sondern gebrochen. Es gibt 3.148 Fälle (54 Todesfälle). Die am meisten betroffenen Regionen sind Western Cape und Gauteng. Es gibt seit Beginn viele Testungen seit Beginn. Es wurden 114.711 Teste durchgeführt (Ziel: 10.000-15.000 Tests pro Tag). Anfangs wurden Kontaktpersonen und Personen aus Risikogebieten, nun Personen mit COVID-19 typischen Symptomen getestet. Am 15.03. wurde landesweit der Katastrophenfall ausgerufen und ab 27.03. ein landesweiter Lockdown eingeführt, der u.a. Ausgangssperre, Schließung von Geschäften und Schulen als auch von Grenzen auch innerhalb der Regionen beinhaltet. Die Maßnahmen werden mit starkem Militäreinsatz durchgesetzt. Es wird befürchtet, dass wenn Maßnahmen aufgehoben werden, es einen extrem 	ZIG1

starken Anstieg von Fällen gibt. Die Maßnahmen hatten primär das Ziel, Zeit zu gewinnen. Es gibt inzwischen Pläne mit 8 verschiedenen Stadien zum Umgang mit der Situation nach dem Lockdown. Südafrika hat den Vorteil, dass es eine aktive Fallfindung durch HCW gibt.

! 2 interessante Publikationen:

- Bericht über Ausbruch in Ort Vò (Italien): Hier gab es Abstriche in 2 Phasen: 1. nach ersten Todesfall am 21.02. und nach der 2 wöchigen Quarantäne. Ergebnisse zeigen, dass über 43% der bestätigten SARS-CoV-2 Infektionen asymptomatisch waren. Die Viruslast bei asymptomatischen und symptomatischen Personen war gleich. Von den 374 Kindern wurde kein Kind positiv getestet. Dies steht im starken Widerspruch zu bisherigen Ergebnissen/Publikationen. Falsch negative Tests spielen hier eine große Rolle. Darüber hinaus zeigt das Ergebnis des Berichts, wie groß der Anteil asymptomatischer Patienten ist und ggf. doch die Wichtigkeit von Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen.

! Offener Brief (Lancet 17.04.): Von 37 Experten 8u.a. von der LSHTM) wurde eine alternative Exit Strategie vorgestellt. Es wird vorgeschlagen, wöchentlich ein Screening durchzuführen. Eine Pilotierung sollte in mehreren Städten von 200.000-300.000 EW stattfinden. Bei positivem Befund soll für den Fall sowie die Haushaltsangehörigen eine Quarantäne verhängt werden. Bei nationaler Einführung sollten 10 Millionen Test pro Tag durchgeführt werden. Es wäre kein Lockdown nötig.

Wenn man dies in Deutschland einführen würde bräuchte man eine gute Teststrategie. Eine solche Massentestung bringt viele Personen zusammen, sodass es ggf. eher ein Verbreitungs- als Kontrollinstrument ist. Auch die Logistik (z.B. Umgang mit Kontakten) muss bedacht werden. Evtl. können auch Mitarbeitende von Krankenhäusern oder Alten- und Pflegeheimen öfter getestet werden, damit dort eine Infektion nicht eingeschleppt wird. Es sollte auch überlegt werden, wie die Bevölkerung mit einbezogen werden kann (mobile Tester, verstärkte syndromische Surveillance durch Grippeweb). Die zentrale oder de-zentrale Steuerung sollte in den Händen des ÖGD sein (Fokus: Stärkung des ÖGD).

! Es kommt die Frage auf, ob diese lessons learnt (auch von anderen Ländern) systematisch erfasst werden. Das BMG hat ZIG1 gebeten, den Austausch mit anderen Ländern schriftlich festzuhalten.

	<p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Inzidenz, Trend (Folien hier) ! Die Inzidenz liegt bei 170/100.000 Einwohner, der Anteil Verstorbenen bei über 3% ! Von den Bundesländern ist Bayern weiterhin am stärksten betroffen. Die Entwicklungen sind weiterhin rückläufig. ! Bei dem R0 gab es am Wochenende wegen der SurvNet Umstellung Probleme. Beim BMG gibt es viel Irritation, wie das R0 mit Korrelation zu den Maßnahmen in den Medien aufgegriffen worden ist. ! Es gibt auch eine R0 Berechnung für die Bundesländer, bei der Bremen und Mecklenburg-Vorpommern hervorstechen. Insgesamt ist das R0 für Deutschland bei 0,8; von den Bundesländern gibt ein R0 von 0,8 haben. Umso kleinteiliger die Berechnung ist, umso unsicher wird sie. Sowohl Bremen als auch Mecklenburg-Vorpommern haben eine für das R0 ein großes Präditionsintervall. Daher soll die R0 Berechnung nicht auf Land- oder Stadtkreise ausgeweitet werden. ! Bei der Geschlechtsverteilung der COVID-19 Fälle hat sich nichts geändert (m=48%, w=52%). Das mediane Alter (50 Jahre) ist etwas gestiegen. Die Kurve der Verstorbenen steigt an. ! Daten aus dem DIVI Register: Es werden mehr abgeschlossene Behandlungen gemeldet. Der Anteil aktuell beatmeter Patienten ist gesunken. ! Es gibt 7.413 COVID-19 Fälle unter HCW; 13 sind verstorben. Der Altersmedian liegt bei 42 Jahre. Es sind mehr Frauen als Männer betroffen, was die Zusammensetzung beim medizinischen Personal widerspiegelt. Es gibt keine Informationen zu Vorerkrankungen. Wenn es zu einer Aufstockung an Personal für die Gesundheitsämter kommt, wäre es gut, wenn solche Daten ermittelt und nachgetragen werden könnten. Bislang sind keine Studien zu an COVID-19 erkrankten HCW in Deutschland bekannt. <p><i>ToDo: FG32 fragt über die AGI/EpiLag an, ob es in Ordnung ist, dass die Daten im RKI zusammengetragen und ausgewertet werden kann (insbesondere für die verstorbenen HCW)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Amtshilfeersuchen: Es gibt 2 Amtshilfeersuchen aus 	<p>FG32</p>
--	---	-------------

	<p>Berlin (Domchor und Trompete). Darüber hinaus bittet Tirschenreuth um Wiederaufnahme der Amtshilfe. Abteilung 3 befürwortet dies und will unterstützen.</p> <p>! Es sollte eine klare Sprachregelung herrschen, welche Faktoren das RKI als relevant ansieht, um Ausbruch zu betrachten: Meldezahlen, RO etc. Neben RO ist auch Schwere (nicht nur die Anzahl von Todesfällen) wichtig, d.h. behandelte, klinische Beatmungsfälle. Auch die AGI fragt nach solchen Kriterien.</p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Es gibt Publikationen zur Übertragbarkeit im Umfeld mit Patienten: neben der Tröpfcheninfektion spielt die Aerosolübertragung in bestimmten Situation doch eine Rolle. Dies wird weiter beobachtet. Ggf. müssen Dokumente angepasst werden. Es gibt bislang wenig Informationen zur Rolle des Grundverhaltensmuster im normalen Leben auf Infektionen, d.h. wie viel spricht jemand mit Person, wie laut, viel lachen u.ä. Wenn dies einen Einfluss auf Infektion hat, könnte eine Anpassung des Sprechverhaltens empfohlen und ggf. Masken empfohlen werden, Masken werden allerdings im häuslichen Umfeld nicht getragen, daher besteht dort keinen Schutz.</p> <p>! Es gibt hierbei eine Limitation der Contact Tracing Apps, die nur physische Nähe von 2 Geräten messen und nicht so ein Verhalten. Dadurch können leicht negative Effekt entstehen z.B. 2 Personen in U-Bahn sitzen physisch in der Nähe, wechseln jedoch kein Wort.</p>	Alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA:</p> <p>! Es gibt im infektiösen Geschehen 3 Komponenten: Der Sender, der Tröpfchen aussendet, das physikalische Geschehen der Übertragung dazwischen und dann der Empfänger. Es gibt leider auch nach vielen Wochen Personen in der Bevölkerung, die nichts über den Übertragungsweg wissen. Wenn Lockerungen kommen, wird die Frage nach der Umsetzung aufkommen. Es besteht sehr viel Informationsbedarf. Schon jetzt erhält die BZgA Fragen, ob in der Schule beim Austeilen von Unterlagen die Lehrkraft Handschuhe tragen muss. <i>(Anmerkung RKI: Das Tragen von Handschuhen ersetzt nicht die Händehygiene. Hände waschen ist ausreichend.)</i></p> <p>! Bei den telefonischen Anfragen häufen sich Anrufe mit physischen Problematiken (z.B. Sucht,</p>	BZgA

	<p>Therapiefortsetzung). Es gibt daher von der BZgA ein neues, mit dem BMG abgestimmtes telefonisches Angebot.</p> <p>! 2 Fragen zur Terminologie:</p> <p>1) Das BMG spricht von AHA – Formel (Abstand halten, Hygiene, Atemschutz). <i>Antwort RKI: dies ist nicht mit dem RKI abgestimmt.</i></p> <p>2) Mund-Nase-Schutz (MNS) -> wie wird medizinischer im Gegensatz zu nicht-medizinischen MNS ausgewiesen? <i>Antwort RKI: Das RKI spricht für Personal im Gesundheitswesen von MNS (Mund-Nasen-Schutz) und für die Bevölkerung von MNB (Mund Nase Bedeckung)-> die BZgA wird den Sprachgebrauch übernehmen.</i></p> <p>! Zur Kommunikation, dass Handschuhe tragen nicht sinnvoll ist hat die BZgA eine FAQ sowie ein Video (wie man z.B. Mundschutz wäscht/wiederverwendet).</p> <p>Bundeswehr</p> <p>! Bittet um Zusendung der Ausbildungsunterlagen für Containment Scouts, da die Bundeswehr darin mit eingebunden werden soll.</p> <p><i>ToDo: Herr Eckmanns schickt der Bundeswehr (Dr Harbaum, KdoSanDstBwVII-2EFueZSan@bundeswehr.org) einen Link zu den Schulungsmaterialien.</i></p> <p>! Momentan ist die Risikokommunikation auf die Transmission/Progression des Ausbruchs fokussiert. Es könnten aber auch chronische Leiden mit angesprochen werden. <i>Anmerkung RKI: Die Abteilung 2 kümmert sich um die chronischen Leiden. In dieser Situation wäre eine Empfehlung diesbezüglich sehr kurzfristig (z.B. abnehmen, Rauchen aufhören etc.).</i></p> <p>RKI Pressestelle:</p> <p>! Geplante Epibull Artikel:</p> <p>1) Frau Frank (FG35) hat einen Artikel zur Amtshilfe in Wittenberg erstellt, der heute oder morgen früh online gestellt wird.</p> <p>2) Herr Haas (FG36) bereitet einen Artikel zu Schulschließungen vor. (<i>siehe auch TOP „6</i></p>	<p>BW</p> <p>Presse</p>
--	--	-------------------------

	<p><i>Dokumente“)</i></p> <p>3) Es gibt eine 3. Version zum Nowcast mit veränderter Grafik und Erklärung zu R0</p> <p>! Allgemein gibt es einen großen Informationsbedarf zu R0.</p> <p>! Morgen am Pressebriefing um 10 Uhr nimmt Herr Schaade teil.</p> <p>! Bei den Kolleginnen, die die Infohotline und das RKI Info Postfach betreuen gibt es Fragen zum Flussschema z.B. ist es ein und oder ein oder bei den einzelnen Kategorien)</p>	
5	<p>Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>! Sicherheitsbetrachtung Datenspende-App, Chaos Computer Club (<i>vertagt</i>)</p> <p>! <u>Contact tracing app</u>: Es gibt eine große Gruppe, die sagt, Daten dürfen nur dezentral genutzt werden, d.h. es dürfen nur die Personen selber die Daten erhalten zusammen mit Informationen und sie müssen sich selber beim Gesundheitsamt melden. Es gibt eine weitere Gruppe, die eine zentrale Lösung favorisiert, d.h. die Daten werden auch auf einen Server gespeichert. Dies ist für eine Auswertung, wie viele Personen betroffen sind und aufgefordert wurden in Quarantäne zu gehen, nötig. Heute gibt es hierzu einen offenen Brief, in dem eine dezentrale Lösung gefordert wird. Eine Entscheidung folgt diese Woche.</p> <p>! <u>„Ampelsystem“ für GÄ (Erfassung, Dashboard)</u>: Es gab eine Anfrage aus dem Bundeskanzleramt zu der Entwicklung eines Konzepts entwickeln, bei dem auf zentraler und Landesebene erkannt werden kann, ob Gesundheitsämter überfordert oder ob sie z.B. noch in der Lage sind Kontaktpersonennachverfolgungen durchzuführen, Fälle zu melden etc.. Dies geht in Richtung performance Indicator oder Überlastungsanzeige. Das RKI soll fachlich beraten und nicht als Kontrollinstanz angesehen werden.</p> <p>! Ministerielles Anliegen: Testung aller KP 1 und alle in Alten- und Pflegeheimen liegenden und arbeitenden und besuchenden Menschen (<i>nicht besprochen</i>)</p> <p>RKI-intern</p> <p>! Strategie-Papier „Stärkung ÖGD“ (<i>nicht besprochen</i>)</p>	Präs/FG32/ alle
6	<p>Dokumente</p> <p>! <u>Entwurf Artikel Epi. Bull., Stand 17.04.2020, „Wiedereröffnung von Bildungseinrichtungen – Überlegungen, Entscheidungsgrundlagen und Voraussetzungen“</u>: Der Artikel sollte nicht ins Detail</p>	FG36/FG32

	<p>gehen bzgl. Entscheidungen von Maßnahmen, die vor Ort von den zuständigen Personen getroffen werden müssen. Das Dokument sollte vor Veröffentlichung mit Bitte zur Kenntnis und ggf. Kommentierung her an das BMG gehen. Zeitgleich soll das Dokument an zur Kenntnis an die AGI gehen.</p> <p>! <u>Übersicht über Surveillance Systeme</u>: Es gibt neben der von Frau Buda angefangenen Übersicht, bereits eine Übersicht zu Surveillance Systemen im Internet. Frau Buda sollte dies weiterentwickeln (z.B. kurze Beschreibung). Ziel ist es, Interessierten, aber auch dem Laienpublikum zu zeigen, dass es mehr gibt, als nur die Meldedaten. <i>Es soll in einer der nächsten Krisenstabssitzungen besprochen werden, wie mit den beiden Übersichten umgegangen werden soll.</i></p> <p>! <u>„Kochbuch“</u>: Das Dokumenten wurde Freitag an das BMG geschickt. Eine Überarbeitung, Abgleichung, Aktualisierung und Feinabstimmung ist noch möglich, bevor die nächsten Schritte (z.B. AGI, Veröffentlichung) stattfinden.</p> <p>! <u>Gemeinsames Papier zwischen FLI und RKI zu Haustieren</u>: Das Dokument beschäftigt sich mit Haustieren (insbesondere Katzen) mit COVID-19. Es soll mit Hinweisen für die Besitzer ergänzt werden und dann auf der FLI Internetseite veröffentlicht werden. Es ist in Ordnung, wenn das RKI in dem Dokument nur erwähnt wird und es ein dokument des FLI ist. Das RKI kann verlinken, (insbesondere Katzen).</p>	
<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Freitag wurde das Papier von Jens Spahn mit dem Titel „Testen, testen, testen“ finalisiert. Dies ist nur zum Teil mit der AG Diagnostik abgestimmt. Kritische Aspekte wie z.B. zur umfangreichen Testung von asymptomatischen Personen hat das BMG eingebracht. Für Rückfragen steht Herr Mielke für die AGI TK morgen zur Verfügung.</p> <p>! <u>ZBS1</u>: Letzte Woche war von der Anzahl eingehender Proben die schwächste Woche (660 Proben). Wenn die serologische Studie beginnt, wird mit einem Arbeitsanstieg gerechnet. Proben treffen aus der ganzen Bundesrepublik ein und betreffen immer mehr die Entlasskriterien.</p> <p>! <u>Virologische Surveillance AGI</u>: Die Sentinel Praxen</p>	<p>Abt 1</p> <p>ZBS1</p> <p>FG36</p>

	<p>wurden noch einmal mit der Bitte, mehr Proben zu senden, angeschrieben. Es gibt von den Sentinel Praxen zunehmend die Rückmeldung, dass sie keine Patienten mehr mit COVID-19 Symptomen sehen, da diese zu speziellen Teststellen gehen. Es ist die Frage, wie sich dies auch auf die allgemeine ARE/Influenzasurveillance auswirkt, wenn keiner mehr in die Praxen geht. Ggf. gibt es zukünftig auch wieder mehr Proben, da jetzt keine elektronische Krankschreibung mehr möglich ist. Diese Entscheidung, die elektronische Krankschreibung aufzuheben wurde vom G-BA ohne BMG Abstimmung gefällt. Das BMG versucht Rücksprache zu mit dem G-BA zu halten, da eine elektronische Krankschreibung sehr sinnvoll ist.</p> <p>! <u>Sero-Epi Studien</u>: Frau Seeling (Abt 2) hat sich mit FG36 ausgetauscht, von wo statistisch repräsentativ Proben gewonnen werden könnten. FG36 hat die Standorte der AGI Praxen geteilt und könnte diese anschreiben, um sie für die Studie zu gewinnen.</p> <p>! Blutspendeeinrichtungen: Die Vorbereitungen sind schon weit fortgeschritten, eine letzte Abstimmung mit dem Datenschutz ist noch offen.</p>	FG34
8	<p>Klinisches Management/ Entlassungsmanagement</p> <p>! Herr Grabenhenrich soll zukünftig den Anteil der freien High Care Bettenkapazität in der Verlaufskurve (DIVI) mitzunehmen.</p>	FG32
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Spezifische Hygiene-Empfehlungen für Berufsstände: Von immer mehr Stellen gab es den Wunsch nach spezifischen Empfehlungen für unterschiedliche Berufe. Das BMG hat angefragt, in wie weit das RKI für unterschiedliche Berufsstände Empfehlungen zur Wiedereröffnung geben kann. Das RKI hat hierfür aber weder die Zuständigkeit noch die Kapazität.</p>	FG32
10	<p>Surveillance</p> <p>! Es gab ein 3. Gespräch, um Grippeweb zu IZT Bund umzusiedeln. Ziel ist u.a. die Kapazitätserweiterung sowie die Identifizierung von Gruppen/Regionen, in denen Test nötig sind. Es werden dabei auch Daten zu Vorerkrankungen erhoben. Grippeweb kann eine Kombination aus Befragung, aber auch Kommunikation (push)/Rückmeldung sein.</p>	FG36
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p>	

	! Nicht besprochen	
12	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
13	Update Digitale Projekte (nur montags) ! Global Alert/Alert Germany (<i>vertagt</i>)	
14	Information aus dem Lagezentrum ! Anfrage aus BMFSJ zu Beteiligung RKI an Leitfadenerstellung zur Wiedereröffnung Kitas (<i>vertagt</i>)	
15	Wichtige Termine ○	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Dienstag 21.04.2020, 11:00 Uhr	

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



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

- Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>USA</u>: 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Russland</u>: 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Singapur</u>: R0=2,04, bereits besprochen ▪ <u>Bangladesch</u>: 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Australien</u>: 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 	



	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Schulschließungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) ▪ 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 <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	
--	--	--



	<p>notwendig</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ IHME Forecast zu Krankenhausressourcen und Todesfällen: s. Folien oder hier ○ Brandherde erscheinen in den letzten Tagen geringer, möglicherweise ist Wochenendeffekt noch beinhaltet ○ DESTATIS Mortalitätssurveillance wird verfügbar ○ Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <p>! DIVI IntensivRegister (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ >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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Low-care: nicht-invasive Beatmung ▪ High-care: mit invasiver Beatmung, ~8.000 frei ○ Steuerungs-Prognose von intensivmedizinischen COVID-19-Kapazitäten (SPoCK) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Molekulare Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 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 	FG17/FG36

	<p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Strategie-Papier „Stärkung ÖGD“ <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p><i>ToDo: RKI LZ (LZ-Leitung?) bittet BMG LZ das RKI über solcherart Dinge zu informieren</i></p> <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	<p>FG32/Präs/ VPräs</p>
<p>6</p>	<p>Dokumente</p> <p>Sprachregelung R (Basis vs. Effektive Reproduktionszahl) / aktuelle Entwicklung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ Transmission (vielleicht auch R) ○ Individuelle klinische schwere (Klinikberichte) 	<p>FG32/FG36</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p><i>ToDo: Dirk Brockmann soll die erwünschten Bewegungsdaten einfügen</i></p> <p><i>ToDo: Walter Haas ergänzt im o.g. Sinne, dann soll es zurück ans BMG (Iris Andernach) gehen</i></p> <p>Empfehlungen für Erstaufnahmeeinrichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 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 <p>Wiedereröffnung von Schulen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Dokument ging an BMG, noch keine Rückmeldung, wurde an AGI geschickt und wird dort heute besprochen, Walter Haas nimmt deswegen an AGI teil 	<p>FG32</p> <p>FG36/FG32</p>
7	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Letzte Woche hat FG36 ein Motivationsschreiben an AGI Influenza Praxen geschickt, heute werden 27 Proben getestet, (zu) niedriges Probenaufkommen ! Kostenübernahme für Testungen <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 AGI 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	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Präsentation/Update zum DIVI-Register, s. oben Lage National 	FG32
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Hygieneempfehlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 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 	VPräs/FG14



	<p>! Wurde als rechtswidrige Empfehlung gesehen</p> <p>! BMG möchte nun, dass RKI dem BMAS Formulierungsvorschlag nähertritt mit zusätzlichem Disclaimer „wenn Notlage...“</p> <p>! Eine TK hierzu steht aus, Einladung durch BMG wird erfolgen</p> <p>MNS oder MNB am RKI</p> <p>! Außerhalb des Büros sollen MA eigenständig den Empfehlungen des RKI Folge leisten, dies beinhaltet auch ÖPNV</p> <p>! Wie soll im Büro vorgegangen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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? <p>! Masken sinnvoll, gerade bei längeren Besprechungen zusätzlich zu Abstand implementieren</p> <p>! Aktuell wird diesbezüglich von der Allgemeinbevölkerung selber eine Lösung erwartet</p> <p>! Wenn Masken sollte auch Desinfektionsmittel zur Verfügung gestellt werden, genug 1-mal MNS mit Desinfektionsmittel spendern</p> <p>! Es sollte eine institutsweite Regelung gefunden werden, auch bezüglich auf- und absetzen der Masken, Lagerung etc. sollte unter angemessenen Hygieneumständen erfolgen</p> <p>! Schlussfolgerung: MNS am RKI, noch nicht klar, ob immer oder bei Abstandsproblemen, professioneller MNS mit entsprechendem Desinfektionsmittel</p> <p>! Große Mehrheit des Krisenstabs ist für Masken am RKI</p> <p><i>ToDo: VPräs bespricht dies mit den entsprechende Stellen im Haus</i></p>	Alle
10	<p>Surveillance</p> <p>Rechtsänderungen IfSG</p> <p>! Kommentierungsfrist bis morgen, auch Meldung von Negativtestungen soll ermöglicht werden, wurde bereits bei der EpiLag diskutiert, besser die Diskussion morgen zu führen</p> <p>! Vertrag auf morgen (bitte wenig auf die Agenda)</p>	FG32
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Update Digitale Projekte (sonst nur montags)</p>	



	<p>! 1. Charité-App</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p>! 2. Datenspende-App:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p>! 3. PEPP-PT Konsortium:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	FG21
--	---	------



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Es wurde eine Karte erstellt, auf der die digitalen Projekte veranschaulicht werden 	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Anfrage aus BMFSJ zu Beteiligung RKI an Leitfadenerstellung zur Wiedereröffnung KITAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p><i>ToDo: überprüfen ob Anfrage über BMG kam, ansonsten zunächst Weiterleitung an BMG mit Frage ob RKI beteiligt werden soll</i></p>	FG32
15	<p>Wichtige Termine</p> <p>! 12:00 Wöchentliche Pressekonferenz von ALM (PreAkkreditierte Labore in der Medizin)</p> <p>! 13:00 AGI Telefonkonferenz</p> <p>! 10:00 und 15:30 Pressekonferenzen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz</p>	
16	<p>Andere Themen</p> <p>! Noch offen: Soll großzügiges home office für MA jetzt rückgängig gemacht werden? E-Mail Präs am 16.04. um 16:22</p> <p>! Bitte wenig auf die Agenda morgen um Diskussion zu IfSG-Änderungen zu ermöglichen (VPräs)</p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 22.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	22.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! L1
 - Joachim Mehlitz
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen

- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>USA</u>: am stärksten betroffenes Land, 825.306 Fälle, >45.000 Todesfälle (5,5%), starker Peak über Nacht, ggf. verbunden mit Testungen, morgen hoffentlich mehr Informationen dazu ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage, generell weiter abfallender Trend, Russland (links unten) vermehrter Anstieg von Neuinfektionen <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Russland</u>: Tendenz steigt, Inzidenz 36,5/100.000, R>1 mit leicht abfallender Tendenz, Todesfälle <500, Fallsterblichkeit 0,9%; TK vor 2 Tagen; <ul style="list-style-type: none"> - Fälle in allen 85 Regionen, auch außerhalb von Kernregionen Moskau und St. Petersburg; - Teststrategie: alle symptomatischen aber auch Kontaktpersonen, 8 selbstentwickelte Tests, Kapazität nicht begrenzt, keine Abhängigkeit von ausländischen Ressourcen, >2 Mio. Testungen, Positivrate 2,5%, 220 Labore im Land; - Klinische Versorgung: 20.000 Betten in Hauptstadtregion, dort KKH-Neubau mit 800 Betten, insgesamt national 70.000 Betten, 40.000 Beatmungsplätze, auf dem Land ist Versorgung schlechter, im medizinischen Bereich sind die Kapazitäten an der Grenze, aber es gibt kaum Informationen über Zustände in der Peripherie; - Vermehrte Unterstützung anderer Länder (inkl. Italien, USA); - Maßnahmen: etablierter Selbstisolierungsindex, der die Mobilität/ Selbstisolierung der Einwohner beschreibt, keine Stratifizierung verfügbar (Privat vs. Berufsverkehr), verschiedene Phasen, initial Fokus auf einreisende Personen, dann Verbot von Versammlungen und Schließung öffentlicher Einrichtungen, dann Putin-Urlaub (Rede am 15.04.), der zu vermehrten Urlaubsreisen geführt hat, dann Ausgangsbeschränkungen, jetzt zusätzlich digitale Ausgangspässe etabliert, massive Probleme in der Durchsetzung der Maßnahmen ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Bangladesch</u>: weiterhin problematisch, mehr hierzu Ende dieser Woche ▪ <u>Singapur</u>: weiterer Fallanstieg, Ursache ist ein 	<p>ZIG1</p> <p>FG32/FG36</p>

	<p style="text-align: center;">Ausbruch in Gastarbeitersiedlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >100 Fällen und einem $R_0 > 1$: Länder mit höchstem $R > 2,5$ (links) sind Sudan, Somalia, und Venezuela, niedrige Fallzahlen aber starker Start und sehr schwache Gesundheitssysteme <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 145.694 (+2.237), davon 4.879 (3,3%) Todesfälle (+281), Inzidenz 175/100.000 Einw., ca. 99.400 Genesene, $R=0,9$ (95% KI 0,8-1,1, Stand 17.04.) ○ Zu allen Zahlen und Darstellungen siehe Folien ○ Todesfälle: jetzt auch Alterskategorie 100+ Jahre in der nationalen Inzidenz und Altersverteilung der Fälle enthalten, Altersgruppe >100 ist stark betroffen (550-650/100.000 Einw.) ○ Trend generell deutschlandweit abnehmend ! BZgA Frage: RKI Einschätzung der Anzahl von Todesfällen <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteilig besteht eher eine Übererfassung der Todesfälle im Vergleich zu mildereren Verläufen, insgesamt keine große Untererfassung erwartet ○ Generell werden schwere Verläufe besser erfasst, da leichte Verläufe weniger/seltener getestet werden ! Obduktionen <ul style="list-style-type: none"> ○ Obduktionen werden international und national viel diskutiert, verstorbene an bzw. wegen COVID-19 ○ Im Vergleich zu anderen Ländern wird in Deutschland weniger obduziert ○ Dem RKI ist nicht bekannt, wie viele COVID-19-Fälle in Deutschland obduziert werden ○ In HH wurde angeordnet, dass alle Fälle obduziert werden, dann sollte die Situation etwas klarer werden ○ RKI soll weiterhin offensiv eine Maximalzahl (labor-diagnostische Fälle, die versterben) berichten ○ Um aus Obduktionen zu lernen, ist individuell vor Ort zu erfolgende wissenschaftliche Aufarbeitung nötig ○ Klinischer Bericht aus Hamburg (BZgA): dort gab es noch keine Obduktion eines Falles ohne Grunderkrankung ! DIVI Intensivkapazitäten: insgesamt 10.252 Intensivbehandlungen, <1.300 meldende Stellen, recht zuverlässige Darstellung ! Fälle unter Personal in medizinischen Einrichtungen: Länder sind mit näherer Untersuchung dieser Gruppe einverstanden, bisher wurden <8.000 übermittelt, 18 hiervon sind verstorben ! Syndromische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ○ AG Influenza 	<p>FG32/FG36/ Alle</p>
--	--	----------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ungewöhnlich wenig ARE-Aktivität ○ AG Influenza virologische NRZ Surveillance: sehr wenige Proben (Stand 21.04.), in KW 15 ist ein zusätzlicher SARS-CoV-Fall hinzugekommen ○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auch hier ILI-Raten (basierend auf ICD-10, beinhaltet nur infektiöse und keine allergischen Atemwegserkrankungen) auf allzeit-niedrigem Niveau, das sonst nur zu Hochsommer/ Ferienzeit gesehen wird, die Außergewöhnlichkeit der Lage lässt sich durch GrippeWeb gut nachvollziehen ▪ Konsultationsverhalten: Arztbesuche wegen ARE sehr viel weniger, auch da Krankschreibungen vor Ort nicht mehr notwendig sind, Videokonsultationen sollen auch eingetragen werden ○ ICOSARI <ul style="list-style-type: none"> ▪ Raten sind auch hier deutlich gefallen, besonders bei Kindern aber auch in anderen Altersgruppen, nur nicht bei 15-34-jährigen ▪ KW 16 zeigt, dass der Anteil von SARI- Fällen abnimmt, der von COVID-19-Fällen steigt, Auswertung läuft noch ○ In Kontakt mit KV-en, viele haben zugesagt Daten schneller zukommen zu lassen (normalerweise zunächst Datenprüfprozess), Daten bis März erhalten, 3-4 Wochen Verzögerung ○ Validation mit KV-Daten ist wichtig, aber ansonsten keine Daten über liegende Patienten, dies ist nahe dran am System <p>! Thema Schwangere</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Viel diskutierte und von Interesse ○ Erste Meldedaten-Analyse zeigt 217 schwangere mit erhöhten OR für Hospitalisierung (mag an Krankheitsschwere oder auch Schwangerschaft liegen), jedoch keine ICU-Aufnahmen und keine Todesfälle ○ In der Literatur sind diesbezüglich große Schwankungen (0-32%) dokumentiert, teilweise viele asymptomatische Verläufe (88%) und selteneres Auftreten von Fieber ○ In den ICOSARI-Daten sind lediglich 3 schwangere enthalten ○ Generell sollten schwangere niedrigschwellig getestet werden <p>! Testkapazität und Testungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ >2 Mio. Testungen insgesamt, in KW 16 >323.000, Positivanteil 6,7%, Rückstau wird geringer ○ Weiterhin Lieferschwierigkeiten gewisser 	
--	--	--

	<p>Reagenzien</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Testkapazität ist vorhanden aber Verteilung nicht optimal, teils lange Wartezeiten bis ein Ergebnis verfügbar ist (13 Tage)! wir haben mehr Testkapazität aber längere Wartezeit ○ Durch neues Gesetz wird die Einbindung von Veterinärlaboren in SARS-CoV-Testung erleichtert, dies wird in manchen BL (BY) kritisch gesehen, in anderen gut praktiziert, große regionale Unterschiede ○ Nach der Umstellung der Teststrategie am 26.03. ist ein deutlicher Wandel im Anteil der Positivtestungen zu sehen, Positivrate ist gesunken, und jetzt bei knapp 6% relativ stabil ○ % Positivtestungen pro BL: generelle Tendenz des Anteils sinkend, liegt in BW und BY mit den meisten Fällen jetzt bei knapp 10%, in BE und BB niedriger, in HH Phase wo Positivrate bei 15% lag, sie ist jetzt jedoch wieder gesunken 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Anpassungsbedarf</p>	
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Aktualisiertes Material für ArbeitgeberInnen, zu ambulanter Pflege</p> <p>! Einzelne Berufsgruppen äußern Mangel an Schutzausrüstung, besonders OP-masken, z.B. Hebammen</p> <p>! MNS/MNB</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weiterhin ein großes Thema mit vielen Nachfragen ○ Z.B. Benutzung während der Pflege, wie handhaben und wiederverwerten ○ BZgA hat einen Film, der ausschließlich MNB-Nutzung im freien zeigt ○ RKI Empfehlung ist MNS/MNB vor allem in geschlossenen Räumen ○ ! Bitte an BZgA, dies anzupassen <p>! Desinfektion von Oberflächen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BZgA fragt nach RKI Empfehlung mit konkreter Anleitung welche Desinfektionsmittel (Materialoberfläche/Desinfektionsmittel) ○ RKI Dokument Reinigung in allgemeiner Öffentlichkeit (Reinigung vor Desinfektion, ist Desinfektion notwendig, welche Mittel) ○ Außerdem gibt es Dokumente von BfR und BAUA (auch auf RKI-Webseite verlinkt) 	BZgA

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Thema Sucht: nimmt bei BZgA im Rahmen der Ausgangssperre in allen Variationen zu (weniger Drogen als Alkohol zu Hause), damit hat das RKI sich bisher nicht auseinandergesetzt</p> <p>Presse</p> <p>! Sprachregelung R wurde nach der Überarbeitung durch Matthias an der Heiden und Kommentierung von Walter Haas vom BMG freigegeben und wird im Laufe des Tages publiziert</p> <p>! Schulschließungen bzw. Wiedereröffnung: Publikation ist für heute geplant, empfiehlt eine stufenweise Öffnung, RKI wartet auf BMG-Rückmeldung</p> <p>! Internetseite: kann die Fallzahlen Tabelle (hier) entfallen, da die Zahlen auch über das Dashboard verfügbar sind? Diese war ursprünglich vor allem auf besonders betroffene/ Risikogebiete bezogen, muss aufgrund der Dopplung nicht erhalten werden</p>	<p>Presse</p>
<p>5</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>6</p>	<p>Dokumente</p> <p>Prüfung von Konzepten von Institutionen/ Organisationen/ Verbänden</p> <p>! RKI wird vermehrt von externen Akteuren gebeten, deren Konzepte zu beraten, prüfen, bewerten usw.</p> <p>! In den wenigsten Fällen handelt es sich um fachliche, eher um organisatorische, ingenieur-technische oder logistische Anfragen</p> <p>! Dies ist nicht leistbar und geht an den RKI-Aufgaben und Zuständigkeiten vorbei</p> <p>! Beispiel: Sportministerkonferenz, Frage zur Gestaltung des stufenweisen Wiedereinstiegs in Wettkampfbetrieb! dies müssen die in den Verbänden tätigen Fachkräfte erledigen</p> <p>! Teilweise können Anfragen auch an andere Instanzen weitervermittelt werden (z.B. BMAS)</p> <p>! Es muss zwischen primärer Zielgruppe und dritten unterschieden werden (Sportverbände ≠ primäre Zielgruppe)</p> <p>! Anfragen von Bundesebene sollte das RKI versuchen, zu bearbeiten oder weiterzuleiten, bei anderen Anfragen Verweis auf Gesundheitsbehörden der entsprechenden Ebene</p> <p>! Zielstellung RKI: Zusammenfassung und Aktualisierung der fachlich relevanten Empfehlungen, die dann von den jeweiligen Verbänden angepasst werden können</p> <p>! RKI-Empfehlungen werden ständig aktualisiert, deswegen</p>	<p>FG36</p>

	<p>punktueller Prüfung auch nicht sinnvoll</p> <p>! Sollte so klar von allen/LZ aus dem RKI kommuniziert werden</p>	
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>BMG Papier „testen, testen, testen“/AG Diagnostik</p> <p>! Papier kommt von Jens Spahn, Arbeitsebene wurde vorab nicht stark eingebunden</p> <p>! Inhalte werden in der AG Diagnostik von 3 Unter-AGs bearbeitet</p> <p>! Frau Korr (BMG) ist Teil der AG, die dienstags tagt, und möchte einen wöchentlichen Bericht (Format hier)</p> <p>! Dieser wurde RKI-intern kommentiert und Martin Mielke gibt BMG heute Rückmeldung</p> <p>! BMG-Papier wurde gestern polemisch bei der AGI TK besprochen</p> <p>! RKI Priorität: langfristig gucken, wie Maßnahmen so gering einschränkend wie möglich, aber mit größtmöglicher Sicherheit eingehalten werden können, z.B. sich durch Testen eine gewisse Sicherheit erkaufen</p> <p>! Es gibt in Deutschland viele Gebiete, in denen die Inzidenz sehr niedrig ist und viel getestet wird, z.B. Studie aus Leipzig in Altenheimen, in denen keine positiven Fälle gefunden wurden</p> <p>! RKI-Vorschläge werden beim BMG oft angenommen, deswegen sollten wir bereits für die Phase, wenn es weniger Fälle gibt, planen</p> <p>! AG Diagnostik arbeitet fruchtbar und hat viel Sachverstand, der RKI-interne Teil sollte in Vorbesprechungen gut abgestimmt werden, auch mit den BL</p>	AL1/alle
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Surveillance</p> <p>Rechtsänderung IfSG: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (Folien hier)</p> <p>! RKI-Kommentierung des BMG-Papier muss heute erfolgen</p> <p>! Sehr umfangreiches Gesetz, 66 Seiten</p> <p>! Für RKI relevante Änderungsvorschläge:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ COVID-19 und SARS-CoV-2 permanent verankert, auch in Bezug auf neu eingeführte Meldepflichten ○ ÖGD-veranlasste SARS-CoV-2-Testungen sollen symptomunabhängig durch gesetzliche Krankenkassen erstattet werden ○ ÖGD soll verstärkt durch den Bund unterstützt 	L1/FG32



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auch TierärztInnen sollen testen dürfen ○ Verordnungsermächtigung für eine gesetzliche Verankerung einer laborbasierten Surveillance soll aufgenommen werden, auch ggf. Meldung negativer Labortests und Genesungen ○ Immunstatusdokumentation soll analog der Impfdokumentation als mögliche Dokumentation eines Immunitätsnachweises dienen <p>! Andere, weniger für das RKI relevante Punkte: Entlastung KKH, Finanzierung ausländischer Patienten, mehr Flexibilität für Ausbildungsberufe, ersetzen der Terminologie Quarantäne durch Absonderung, usw.</p> <p>! Kurzfristige Ergänzungen, vor allem auf Wunsch vom BKAm, das BMG zu mehr ÖGD-Unterstützung drängt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ RKI Kontaktstelle für ÖGD ○ GA sollen Finanzhilfen vor allem für IT-Modernisierung erhalten ○ ÖGD soll Überlastungsanzeige stellen können (wenn GA keine KoNa Kapazitäten haben, Meldung hiervon an RKI, muss auch an Landesbehörden gehen) ○ Erhebung und Verarbeitung zusätzlicher Angaben im Meldewesen, z.B. wahrscheinlicher Infektionsweg, einschließlich Umfeld, wahrscheinliches Infektionsrisiko, getroffene Ermittlungen und Schutzmaßnahmen ○ Verordnung bezüglich SARS-CoV-Nachweis, elektronische Meldung von Laboren an RKI soll auch ohne Bundesrat-Zustimmung geschehen, letzte <p>! Einzelne betroffene IfSG-Paragraphen (s. Folien, hier sind nur zusätzliche Informationen vermerkt)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ §4 Abs. 1 Kontaktstelle ÖGD am RKI: in AGI TK Besorgnis bei den Ländern, es geht nicht darum Funktion der Landesstellen zu übernehmen, sondern aktuell stattfindende Aktivitäten zu stärken, Lehre, Schulungen, SurvNet Support, Vorschlag zu praktischer Umsetzung ist in Arbeit, Kommunikationsweg zwischen Landesbehörden und GA soll nicht unterbrochen werden ○ §5 Abs. 4 (neu) Meldepflicht Negativbefunde: lange Diskussion, wo dies im Gesetz aufgenommen werden sollte, dem RKI Vorschlag mehrere Erreger zu integrieren wurde nicht nachgekommen, ist auch in Absprache mit DEMIS-Projekt-partnern, einzelne namentliche Nennung von Fällen wäre auch interessant um zu wissen wann ein ehemaliger Fall negativ wird, ggf. Zugriff auf alle Testergebnisse, Wunsch von FG33 Masern und Röteln, von FG36 für Tuberkulose (für welche ein Eliminationssziel 	
--	--	--

	<p>besteht) hinzuzufügen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ §6 Abs. 2 Meldung Genesene (≠Behandlungsergebnis): dies ist ein politischer Wunsch, wahrscheinlich werden keine aussagekräftige Daten erhalten, bezieht sich nur auf COVID-19, Tag der Genesung als Meldeinhalt ○ §9 Abs. 1 zusätzliche Meldeinhalte: Umfelderfassung ist wichtig, z.B. Übertragungsort, ÖPNV, Arbeitsplatz, konkretere Erfassung ist in SurvNet möglich; AGI-TK Diskussion: GA/BL befürworten nicht alle Übermittlung von Schutzmaßnahmen, in der Vergangenheit war dies über §12 IGV abgedeckt, soll nun für COVID-19 standardmäßig etabliert werden bis zur Bezirks- bzw. LK Ebene, keine Einzelfallinformation, z.B. aggregiert wie viele Tätigkeitsverbote, wie viele und wie lange Absonderungen, usw. Wunsch des RKI Risikofaktoren mit aufgenommen nicht berücksichtigt ○ §11 Abs. 1: Einführung einer 8-stelligen Gemeinde-kennziffer, um kleinräumige Auflösung zu ermöglichen, noch zu prüfen, ob Umsetzung aus Datenschutzperspektive möglich ist ○ §12 Abs. 1 Ergänzung: RKI wünscht Erweiterung der Mitteilung von Meldungen, meldende Einrichtung soll auch (proaktiv) zur Übermittlung neuer Informationen verpflichtet werden, bisher nur auf Nachforderung ○ § 13 Abs. 4 laborbasierte Surveillance Verordnung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetzliche Verankerung ▪ Nachteil: BMG muss dies erlassen ▪ Vorteil: ist ohne Zustimmung des Bundesrates möglich, keine große Vorbereitung, kann einfach Verordnung erlassen werden und Pflichten gelten, sachgerechte Lösung ▪ RKI Vorschlag der Verpflichtung bestimmter Labore, Wunsch wurde bereits an BMG übermittelt und FG37 ist in Kontakt mit BMG ○ §22 Abs. 5 Dokumentation Immunstatus: BMG-Wunsch, auch eventuell in Zusammenhang mit Impfpass, praktische Umsetzung noch zu klären, ziemlich unklar wie dies handhabbar sein soll (Immunitätsdauer, Testprobleme), außerdem Risiko, dass Personen sich auf Antikörper testen und dann nicht impfen lassen wollen <p>! L1 Offene Punkte des Berichts vom 16.04., gestern E-Mail Fouquet</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Befugnis im Nachgang zu Amtshilfe Daten in pseudonymisierter Form und Proben für eigene Zwecke zu nutzen (wird seit letztem Sommer gefordert) ○ Ermöglichung der Zusammenarbeit mit internationalen Organisation, Übermittlung 	
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>pseudonymisierter Daten, z.B. für ECDC-Tessy</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verstetigung Syndromische Surveillance: auch die Länder wollen dies <p>! In neuestem CdS-Beschluss vom 21.04. waren viele der o.g. Punkte (Kontaktstelle ÖGD am RKI, Finanzhilfe GA) nicht mehr beinhaltet, lediglich noch Containment Scouts, GA-Überlastungsanzeige, Medis4ÖGD (Projekt Unterstützung ÖGD durch Medizinstudierende), insofern ist anzunehmen, dass diese nicht mehr im Gesetz enthalten sein werden</p> <p><i>ToDo: L1 und FG32 finalisieren RKI-Kommentierung und geben Rückmeldung an BMG</i></p>	
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
16	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Donnerstag, 23.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	23.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! L1
 - Joachim Mehltitz
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss

- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>USA</u>: Der gestern vorhandene Peak ist wieder verschwunden, unklar um was es sich gehandelt hat (Doppelmeldungen o.ä.). Fallzahlen zeigen weiterhin abwärtszeigende Tendenz, wenn auch nicht mehr so deutlich wie zuvor. Santa Clara County, CA: Bei Autopsien wurden zwei Personen, die am 6. und am 17. Februar 2020 zu Hause starben, positiv auf SARS-CoV-2 getestet (bisher ist man vom 1. Fall am 9. März ausgegangen). Hinweis, dass es Zirkulation schon viel früher gab, ähnliche Hinweise auch aus Afrika. Rockefeller Foundation hat neue nationale Strategie veröffentlicht: 30 Mio Teste in der Woche, berechnete Kosten geringer als Lockdown. <p><i>ToDo: Strategie der Rockefeller Foundation wird von Hr. Jansen an Krisenstab versendet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schon in den Tagen zuvor berichtet, keine weiteren Auffälligkeiten. Die meisten Länder pendeln sich bei $R_{eff} = 1$ ein. ▪ R_{eff}: Wenn R_{eff} unter 1 liegt wird nun die Halbwertszeit (decay ? time) berechnet. Sie kann aber nur bis R_{eff} von 0,5 berechnet werden, darunter ist sie unendlich. ▪ <u>Russland</u>: R_{eff} geht etwas herunter, Folgen der starken Maßnahmen ▪ <u>Frankreich</u>: R_{eff} liegt unter 0,5, Frankreich hat allerdings 1800 neue Fälle. Folge des großen Peaks aufgrund der Umstellung der Surveillance-Strategie, muss bei der Interpretation beachtet werden. ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Singapur</u>: stark ansteigend, TK mit Singapur durchgeführt, Heime wurden geschlossen, jedoch weiterhin Probleme. 	ZIG1/BZgA

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Bangladesch</u>: wird morgen berichtet ▪ <u>Weißrussland</u>: Kirchen blieben für die orthodoxen Osterfeierlichkeiten geöffnet, bildet sich in den neuen Fallzahlen ab. ○ Länder mit >100 Fällen und einem Reff >1 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sudan und Nigeria haben gefolgt von Singapur den höchsten R eff. Nächste Woche wird über Sudan und Nigeria im Krisenstab berichtet. ○ <u>Vietnam</u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 90 Mio Einwohner, 1400 km Grenze zu China, 23.01. erster Fall Exposition Wuhan, derzeit 268 Fälle, letzte Woche kein neuer Fall. Es gibt eine gute Surveillance, daher sehr realistische Fallzahl. Es gibt Cluster, aber verteilt über das Land. Hanoi und Ho-Chi-Minh-Stadt am stärksten betroffen. ▪ Teststrategie: Positivanteil 0,14 –vor Südkorea, Taiwan und Singapur, getestet werden symptomatische Personen, Einreisende und KP1-3, Testkits lokal produziert, Test kostet 25 \$ ▪ Auch zwei Wellen sichtbar, insges. 63% importierte Fälle ▪ Maßnahmen: Frühe Schließung der Grenzen (schon Mitte Jan.), Mundschutz-Pflicht, Skalierte Quarantäne-Strategie (4 Ring-Strategie), proaktive KoNa, Quarantäne der Kontakte in Quarantänelagern (militärisch geführt, aber gut in Bevölkerung angenommen), social distancing campaign – bei Fallzahl von 10 – 20 neuen Fällen pro Tag ▪ Falluntersuchung, Ermittlung und Entscheidung liegt auf lokaler Ebene, sehr starkes Primary health care system, viele Personen vor Ort, sorgt. dafür, dass auch ohne Ressourcen die Epidemie ganz gut unter Kontrolle bleibt ▪ Mobilisierung von community health worker sichtbar in allen low and middle income countries – besser als App ○ Im Präventionsgesetz das mit Kassen ausgehandelt wurde, ist eine Stärkung der kommunalen Ebene mit Einbeziehung der GÄ verankert. Es soll ein kommunales Gesundheitsnetzwerk entwickelt werden. Es war angedacht den Koordination im GA zu etablieren, nicht mit GKV zu realisieren, stattdessen in Kommunalverwaltung, idealerweise beim Dezernenten. Stelle muss mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet sein, z.T. Leitung von GA und Sozialamt kombiniert. 	<p>FG32</p>
--	---	-------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>In England und Wales Erfahrungen mit solch einem System nicht nur positiv, muss eng verlinkt sein.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 148.046 (+2.352), davon 5.094 (3,4%) Todesfälle (+215), Inzidenz 178/100.000 Einw., ca. 103.300 Genesene, R=0,9 (95% KI 0,7-1,0, Stand 22.04.) ○ Zu allen Zahlen und Darstellungen siehe Folien ○ Estmals ein BL mit Inzidenz über 300: Bayern = 301 Fälle/100.000 ○ Foliensatz zu Schätzung von R ging an BMG und wird auch an BL verteilt. 2 BL (Saarland und HH) liegen auch im KI unter 1. ○ Altersverteilung: Seit drei Wochen stabile Verschiebung der Fallzahlen in höhere Altersklassen ○ Eine klarere Definition von Risikogruppen wird häufig angefragt, insbesondere bzgl. Lehrer, ggf. sollte diese präzisiert werden. Die BZgA hat eine Information für chron. kranke Menschen (in Zusammenarbeit mit BMG) erstellt. Fr. Thaiss bietet an das Dokument zu teilen. ○ Insgesamt weiter abnehmende Inzidenz, bei den übermittelten Fällen der letzten drei Tage gibt es nur einen LK, der über 50 Fälle/100.000 Einwohner liegt. ○ Notaufnahme-Surveillance: Fr. Schranz wird nächste Woche Daten genauer vorstellen. Vorab: Bei Auswertung nach Triage-Code sieht man, dass weniger leichtere Fälle (Triage Code 5) die Notaufnahmen besuchen (Daten aus AKTIN). Interesse daran diese Daten auch in Lagebericht darzustellen, da viele Nachfragen dazu. Bei Besuchen in Notaufnahmen z.T. auch Besuche aufgrund von KP-Testungen erfasst. ○ Mortalitätssurveillance: <ul style="list-style-type: none"> ▪ EUROMOMO: Man sieht europaweit eine Exzessmortalität über alle Altersgruppen, 2020 sehr kleine Influenzawelle, aber danach starker Anstieg, trotz Maßnahmen höher als die Influenzawellen in den 3 Jahren zuvor. ▪ Es wäre wichtig bei der gegenwärtigen Diskussion zur 	<p>Alle</p>
--	---	-------------

	<p>Bewertung des Geschehens sich nicht nur auf Transmissionsparameter zu beziehen, sondern auch die klinische Schwere und dem Impact von COVID zu kommunizieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es gibt Sprachregelung vom BMG in die Hr. Haas den Aspekt der Schwere eingebracht hat, aber dabei geht es um die Erläuterung von R. Wichtig wäre unsere Bewertung des Geschehens und die Wirksamkeit der Maßnahmen im Bezug auf die Schwere darzustellen. <ul style="list-style-type: none"> ○ Testungen <p>! DIVI Intensivkapazitäten: derzeit 35.000 freie Betten</p> <p>! Syndromische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nachfrage zur begleitenden Surveillance während der schrittweisen Lockerung der Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Derzeit ist syndromische Surveillance nicht ausreichend sensitiv und die Fallzahlen, wenn genug getestet wird, sensitiver. Der Ausbau der syndromischen Surveillance ist jedoch geplant, Steigerung bis Sommer: zunächst Migration von Grippeweb auf ITZ Bund und Weiterentwicklung der App. 200.000 oder mehr Messpunkte für bessere Sensitivität sinnvoll. ▪ In 80% ist COVID eine ARE. Derzeit werden auch schon Syndrome ohne Husten und Fieber erfasst, andere spezifische Marker kann man ebenfalls kurzfristig kombinieren. ▪ Vorteil der syndromischen Surveillance ist Schnelligkeit und ein unverzerrteres Bild. Laborteste können Bild verzerrt darstellen (z.B. durch vermehrtes Testen in KH und Altenheimen). ▪ Zentrale Voraussetzung für die Lockerung der Maßnahmen ist zudem eine Teststrategie nach der sehr viel in wohlüberlegten Bereichen getestet wird und durch die demnach sensitiv auch kleinere Veränderungen identifiziert werden können. ▪ Beide Systeme (syndromische Surveillance und Testungen) sollten parallel weiter ausgebaut werden, um eine höhere Sensitivität zu erreichen. ▪ Nach dem abgestimmten Flusschema sollen alle Atemwegserkrankungen gleich welcher Schwere getestet werden. ▪ Derzeit geht es in AG Diagnostik eher um Konsolidierung und nicht so sehr um eine starke Erweiterung der Testkapazitäten. Fr. Mankertz sendet Diskussionsvorschlag der AG Diagnostik an Krisenstab 	<p>FG37</p> <p>BZgA/alle</p>
--	--	------------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>und wird Herrn Mielke informieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diskussion zu aktuellem Stand der Teststrategie, je nach Verfügbarkeit von Hr. Mielke am 24.04. oder in der folgenden Woche. AG Influenza <p>! Testkapazität und Testungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ARE (Folien hier): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tage zwischen Entnahme und Testung pro BL: Grds. wird die Verzögerung fast überall geringer. In Sachsen liefern alle teilnehmenden Labore die Ergebnisse in unter einem Tag, in Berlin steigt der Testverzug gerade etwas an. ▪ Ein schnelles Ergebnis ist notwendig, sollte wenn möglich unter einem Tag vorhanden sein. Dort wo sehr viel getestet wird, nicht immer zu leisten. ▪ Aufgliederung der Kategorie „Andere“ ▪ Anzahl Testung pro 100.000: viele Tests bei <80-Jährigen 60-79-Jährige werden nicht mehr getestet als jüngere. ▪ Ggf. ist bei 60-79-Jährigen die Inzidenz geringer, da diese sich besser selbst schützen können, (weder im Beruf, noch im Altenheim), daher ggf. nicht so oft Testindikation gestellt. Dafür spricht, dass die Anzahl der pos. Tests in dieser Altersgruppe nicht höher liegt als bei den jüngeren Altersgruppen ▪ Die Anzahl positiven Tests pro 100.000 bei >80-Jährigen geht zurück, wahrsch. wg Testungen bei Ausbrüchen in Altersheimen ▪ In Zukunft sollen auch Ct-Werte übermittelt werden. ▪ Auswertung mit Altersgruppen ist wichtig. Derzeit Kinder und Jugendliche i.d.R. nicht getestet, da hauptsächlich asymptomatisch. Bei der Teststrategie sollte klar definiert sein welche Ziele erreicht werden sollen, und dass es einheitlich deutschlandweit umgesetzt wird. <p>! Nachfrage Kommunikation mit Bevölkerung bei Bedarf an Testung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Derzeit auf BZgA Materialien PLZ-Suche zum Kontakt mit ÖGD zur Testung ○ Testungen ohne Symptome höchstens in 	
--	--	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Sprachregelung zu Konzepten von Institutionen/Organisationen/Verbänden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wurde am 22.04. besprochen. Es werden nach Möglichkeit nur fachliche Anfragen beantwortet. ○ BMG unterstützt Entscheidung. BMG hat nach Rücksprach des LZ mit Herrn Holtherm das RKI aufgefordert eine Sprachregelung zu erstellen. Presse erstellt diese bis morgen DS. <p>! Papier „Backtolife“ der KBV (Seite 6, Bezug auf Tracking App und RKI) (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Satz wird kritisch bewertet, sollte so nicht vermittelt werden, Daten sollen nicht ans RKI gehen (wenn dann an GÄ) und solche Aussagen könnten die App-Entwicklung negativ beeinflussen ○ Ggf. wurden hier verschiedene Entwicklungen vermischt (DEMIS-Beschleunigungsaktion und PEPP-PT App) ○ Bei der App soll es eine TAN/einen Aktivierungscode geben, als Bestätigung, dass man selbst auch wirklich positiv getestet wurde. <p><i>ToDo: Hr Wieler kontaktiert Hr. Mielke, der in Kontakt mit der KV steht.</i></p>	<p>FG36</p>
<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Es wurden 2 Proben SARS-CoV-2-positiv getestet, jedoch nicht aus Sentinel, sondern vom Helios KKH (wahrscheinlich Emil-von-Bering KH, erstes virolog. ICOSARI Sentinel-KH)</p> <p>! Täglich normalerweise 10-20 Proben zur Testung</p>	<p>FG12</p>
<p>8</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Dokument zur Pneumologie/Beatmungsmedizin (auch verlinkt): COVID-19 wird als 3-phasige Erkrankung dargestellt: frühe Phase, pulmonale Manifestation, hyperinflammator. Phase</p> <p>! Nachfrage Paper zu Fällen, die zunächst negativ waren und dann wieder positiv getestet wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei den Fällen in Südkorea wird von Genomausscheidung ausgegangen ○ IBBS vermittelt Einzelfälle an ZBS1, ansonsten wird auf die Studie von FG37 gewartet <p>! Eine Fachgruppe Intensivmedizin/Infektiologie wird auf Anregung von BMI/BMG eingerichtet, setzt sich aus DIVI, STAKOB</p>	<p>IBBS/FG36</p>

	und DVI zusammen, IBBS nimmt teil, Aufgaben: Strateg. Patientenverlegung, Praktische Erfahrungen für Mediziner, Visitenroboter bei Mangel an Fachexpertise	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In der BMG TK wurde heute früh gesagt, dass Hr. Spahn dem RKI letzte Woche den Auftrag zur Erarbeitung eines Konzepts zur Impfung erteilt hätte ! Es gibt eine große Erwartungshaltung ! Es ist nur bekannt, dass die STIKO grds. dazu berät ! FG33 wurde heute kontaktiert. <p><i>ToDo: Hr. Schaade klärt die Frage mit Hr. Wieler</i></p>	FG32
10	<p>Surveillance</p> <p>Rechtsänderung IfSG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorschläge des RKI sind am 22.04. im BMG eingegangen und wurden vom BMG eingearbeitet. <p>Serologische Untersuchungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zunächst wird die Studie mit Blutspendern begonnen, Hotspot-Untersuchungen folgen danach ! Steuerungsgruppe zu serolog. Untersuchungen tagt am 23.04. nachmittags. Es gibt mehrere offene Punkte/Fragen: Kohortenbildung, Kinder, Landkreise ! Grundsätzlich sollen 4-5 Orte angefahren werden (Begonnen wird im Hohenlohe-Kreis, und danach Untersuchungen im LK Rosenheim), es wird nicht an allen Orten das gleiche durchgeführt, Konzept wird so bald wie möglich vorgestellt ! Es ist wichtig sichtbar mit den Serostudien zu beginnen ! Kinder sollten unbedingt einbezogen werden, da gerade dazu Studien fehlen 	FG32 AL2
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Heute TKs mit AkKÜ und der AG IGV-benannte Flughäfen 	FG32
12	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
13	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	

15	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
16	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 24.04.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	24.04.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG 17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
 - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse

- Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>USA</u>: Zustand stabilisiert sich, 869.172 Fälle, 49.963 Tote Innovative Therapieansätze von Präsident Trump (Injektion von Desinfektionsmittel, Lichttherapie) Vorläufige Ergebnisse einer seroepidemiologischen Studie in NY State (Stichprobe von 3.000 Personen, convenience sample): 13,9% der getesteten Personen weisen Antikörper auf; Projektion: möglicherweise bereits 2,7 Millionen bereits infiziert. Studie in Wuhan bei 1.400 Arbeiter, davon 10% positiv. ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht viel Neues, Stabilisierung des Trends ▪ Reff. in den Ländern bei 1 ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ Land mit höchstem Anstieg ist Bangladesch ○ Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine großen Änderungen, Spitzenreiter ist Sudan. ○ <u>Bangladesch</u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3.772 Fälle, 120 Todesfälle, Inzidenz: 2,3/100.000 Ew. ▪ Erste Fälle am 08.03.2020, 3 Personen mit Reisevorgeschichte nach Italien. Verdoppelungszeit 5 Tage, Reff.: 1,6 ▪ Teststrategie: insgesamt 32.630 Teste, Positivanteil: 11,6%; aktuell 20 Labore funktionsfähig. ▪ Quarantänekapazität für 27.062 Personen ▪ Klinische Kapazität (landesweit): Isolationsbetten 7.693, ICU-Betten: 1.169. ▪ Maßnahmen: seit 14.03. Aussetzung von Visa, Einstellung von Flügen, seit 17.03. Schließung von 	<p>ZIG1</p> <p>FG 36</p>

	<p>Schulen und Universitäten; Lock-down vom 29.03-25.04.: Schließung von Einrichtungen, Empfehlung Zuhause zu bleiben, Begrenzung von öffentlichen Verkehrsmitteln. Einhaltung wird durch Armee durchgesetzt. Seit 09.04. kompletter Lock-down des Distrikts Cox's Bazar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Cox's Bazar Distrikt</u>: 2,6 Mio Einwohner, davon 859.161 Flüchtlinge in 11 Camps; bisher 5 COVID-19 Fälle. Hohe Bevölkerungsdichte, große Haushalte, keine Möglichkeit zur Isolierung von Infizierten. 10 ICU Betten, keine Beatmungsgeräte. ▪ Modellierung für des Kutupalong Camp in Cox's Bazar:3 Szenarien, vorhandene Kapazitäten reichen für keines der Szenarien. ○ Unklare Zunahme von Pneumonien bereits um den Jahreswechsel in mehreren afrikanischen Staaten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Signal der GIZ: in Kongo, Malawi, Tansania und weiteren EAC Ländern kam es im Dezember und Januar fast zu einer Verdoppelung der Anzahl der Pneumonien; mit den Merkmalen: Dauer mehr als 14 Tage, starker Husten, Fieber. Könnte das schon die erste COVID-Welle gewesen sein? Starke Verbindungen zu China. ▪ Jahresvergleich fehlt, handelt es sich evtl. um ein saisonales Ereignis? Wie sieht es mit Excessmortalität aus? Anstieg ist in den Jahren vorher so wohl nicht aufgetreten. ▪ Gibt es aufgrund von geringerer Lebenserwartung weniger vorerkrankte, vulnerable Gruppen? Die demographische Verteilung unterscheidet sich deutlich, jedoch große Anzahl von Koinfektionen mit HIV oder TB. ▪ Seroepidemiologische Studie wären der beste Weg um die Frage zu beantworten. ○ Rolle von Kindern bei der Übertragung von SARS-CoV-2 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Systematic review Lancet: Schulschließungen haben vermutlich keinen großen Einfluss auf die Kontrolle der Epidemie gehabt. ▪ Cluster of Covid-19 in Französischen Alpen: ein infiziertes Kind hatte Kontakt zu 150 weiteren Personen und hat keines davon nachweislich angesteckt. Einwand: Ansteckung wurde anhand von Symptomatik bestimmt, Kinder sind aber weniger häufig symptomatisch. ▪ Zunehmend Studien in Europa: in Holland Cluster-randomized trial: Kinder haben keine anderen Personen infiziert, Weitergabe der Infektion erst in höheren 	FG32
--	---	------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Altersgruppen, es handelt sich um vorläufige Ergebnisse.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In Oslo wurden die Kitas wieder eröffnet, hier wird eine Studie vorbereitet, so auch in Dänemark und Schweden und Australien. ○ Studien zum Effekt von Schulschließungen und dem Einfluss von Kindern: Wer könnte das machen? Wäre es besser eine Art Toolbox für Länder vorzubereiten oder soll das RKI selbst Studien durchführen? ○ Epidemiologen sollen miteinbezogen und Kontakt zu Prof. Rauschenbach vom Deutschen Jugendinstitut soll aufgenommen werden. ○ Wer Partner sein könnte, hängt vom Setting der Studie ab. Fr. Thaiss setzt sich hierzu mit Hr. Haas in Verbindung. ○ In FG36 wurden intern bereits verschiedene Ansätze diskutiert. <p><i>ToDo: FG36 verschafft sich Überblick über Studien und überlegt, inwiefern das RKI beitragen kann. Vorstellung der Überlegungen Di oder Mi nächste Woche von W. Haas.</i></p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 150.383 (+2.337), davon 5.321 (3,5%) Todesfälle (+227), Inzidenz 181/100.000 Einw., ca. 106.800 Genesene, R=0,9 (95% KI 0,7-1,1, Stand 24.04.) ○ Nach wie vor noch jeden Tag mehr als 2.000 neue Fälle. ○ Bundeslandvergleich, Anteil der Verstorbenen ist relativ unterschiedlich: Berlin hat mit 2% am wenigsten, Saarland mit > 4% die meisten Todesfälle, hängt von Anzahl Testungen und Phase der Infektion ab. <p><i>ToDo: Statt R0 soll der Begriff „Reproduktionszahl“ verwendet werden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl Patienten in intensivmedizinischer Behandlung kumuliert sich im Moment nicht, sondern bleibt stabil. Aktuell beatmet werden 73%, verstorben sind 30% der Intensivpflichtigen. ○ Übermittelte Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen: Es gibt keinen Nenner, ist deshalb schwierig zu interpretieren. Von einem Drittel gibt es keine Information, 	
--	---	--

	<p>bei einem weiteren Drittel ist „unbekannt“ angegeben. Angaben zu Schulen gibt es nur bei unter 18 jährigen. Es ist auch nicht klar, ob die Gemeinschaftseinrichtung der wahrscheinliche Infektionsort ist. Bei Gemeinschaftsunterkünfte nach §36 IfSG kann schlecht differenziert werden, um was für eine Unterkunft es sich handelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 3-Tagesinzidenz: nur bei einem 1 LK ist die Inzidenz über 100 ○ <u>Angabe Genesenenzahl für med. Personal</u>: Frage aus TK mit BMG: Gibt es eine Möglichkeit auch für med. Personal die Genesenenzahl anzugeben? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soll versucht und intern mit dem BMG abgestimmt werden, ob aussagekräftig und falls ja, in Lagebericht aufgenommen werden. ▪ Problem: Genesene werden nach einem groben Algorithmus berechnet, für Deutschland und auf Bundeslandebene, für kleinere Gruppen wird der Algorithmus zu ungenau. ▪ Auf der einen Seite stehen solide Meldezahlen, zu Genesenen gibt es keine soliden Informationen. ▪ Inwieweit die genesenen HCW wieder eingesetzt werden können, kann aus einem Algorithmus nicht herausgelesen werden. Zur Frage, ob die HCW negativ getestet wurden, sind keine Daten verfügbar. ▪ FG37 plant gerade eine Studie bei der diese Fragestellung mitberücksichtigt werden kann. Mit Ergebnissen kann jedoch frühesten Mitte/Ende des Jahres gerechnet werden. <p><i>ToDo: FG32 führt eine Beispielrechnung durch und begründet anhand der Limitationen, warum eine Berechnung der genesenen HCW nicht sinnvoll ist.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ICOSARI: verschoben auf Montag ○ Einfluss von COVID-19 und Maßnahmen auf Meldezahlen anderer Kategorien: siehe Folien 	
<p>2</p>	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Erste Studien zu Chloroquin + Remdesivir nicht so vielversprechend, jedoch bisher keine guten Studien zu moderaten Verlaufsfällen. Zurzeit auch Studien zu Chloroquin in Deutschland, wird aktuell geprüft, ob diese abgebrochen werden.</p>	<p>IBBS</p>
<p>3</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Anpassungsbedarf</p>	<p>Alle</p>

<p>4</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Schulpaket wurde finalisiert, positive Rückmeldungen ! Umgang mit Masken in der Pflege: Reinigung, Desinfektion ! Kontakt mit pädiatrischen Gesellschaften zur Maskenpflicht bei Kindern <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlentabelle wurde von der Webseite genommen, jedoch nach vielen Beschwerden, z.B. Dashboard ist nicht barrierefrei, wieder aufgenommen. ! FG36 hat Effekte sozialer Distanzierung und warum durch diese die Übertragung zwischen verschiedenen Gruppen gestoppt werden kann, grafisch aufbereitet (hier). Dies könnte zusammen mit der Reproduktionszahl kommuniziert werden. <p><i>ToDo: FG36 schickt Dokument an BZgA zur grafischen Aufbereitung.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! ICOSARI-Daten (hier): Höhepunkt der Kurve um den 29.03. herum; am 23.03. als die Kontaktsperre startete war die Kurve noch im Anstieg. 23.03. war insofern ein guter Zeitpunkt für den Start von Maßnahmen. Hier geht es nicht um Rechtfertigung sondern um Kommunikation, die Vertrauen erhält. Zeit bis zur intensivmedizinischen Behandlung sollte miteinbezogen werden. Frage: was wäre ein geeignetes Format zur Publikation? ! Ein Palliativmediziner sagt in einem Interview, dass bei COVID-19 Patienten die Indikation zur intensivmedizinischen Therapie zu großzügig gestellt wird. Nicht bei allen Patienten sollte mit einer Beatmung begonnen werden. Diskussion im Krisenstab -> Die Indikation zur intensivmedizinischen Behandlung sollte grundsätzlich gut überlegt werden, dies kann nicht alleine an einer Diagnose, Alter oder Vorerkrankungen festgemacht werden (ggf. Ausnahme: Triage-Situationen). Hier handelt es sich um ein grundsätzliches, medizinethisches Thema, das nichts mit COVID-19 im Speziellen zu tun hat. Bürger sollten unabhängig von COVID-19 Patientenverfügungen machen. Im Moment stehen ITS Betten zum großen Teil frei, zum Teil jedoch auch, weil elektive Eingriffe verschoben wurden. 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>FG36</p> <p>FG32/ FG36</p>
<p>5</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p>	

	<p>a) Allgemein</p> <p>! Konzept für ein regionales Maßnahmen-Monitoring (BMWi Vorschlag)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ob es einen Mehrwert bringt, wenn Maßnahmen auf LK-Ebene dargestellt werden, liegt sehr daran, wie detailliert dies aufgesetzt wird. Ein solches Konzept ist relativ arbeitsintensiv und liegt in der Entscheidung von Abt. 3. Diskussionen hierzu haben bereits stattgefunden mit dem Ergebnis, dass es sinnvoll ist, diese Daten zu monitoren. ○ Andere Institutionen haben damit bereits begonnen. Die Gesundheitswissenschaften der Uni Bielefeld haben mit einem Pandemic Monitoring bis auf Kreisebene begonnen und beschränken ihre Analysen nicht nur auf Deutschland. Es wäre sinnvoll, sich mit diesen in Verbindung zu setzen und eine Zusammenarbeit anzubieten. Das BMWi sollte die Maßnahmen in Zusammenarbeit mit dem RKI monitoren. Wenn mit anderen Partnern zusammengearbeitet wird, sollte zur Methodik beigetragen werden. ○ ZIG könnte sich bei Public health evidenz einbringen. <p><i>ToDo: Rückmeldung an BMG durch ZIG: Interesse signalisieren, mit BMWi Kontakt aufnehmen und klären, was bereits bei anderen Institutionen geschieht.</i></p> <p>! Es wäre sinnvoll jetzt schon zu überlegen, wie mit steigenden Fallzahlen umgegangen werden soll. Woran könnte das liegen? Welche Maßnahmen wären sinnvoll? In welchem gesellschaftlichen Segment? Benötigt man hierfür Informationen, die man schon jetzt anfragen kann? Problem: Fälle werden gesehen, nicht aber Transmissionsursachen, dies kann eigentlich nur durch Ausbruchsuntersuchungen geklärt werden. Hier sollte den Ländern etwas zur Verfügung gestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Deeskalationsgruppe könnte sich Gedanken über mögliche Szenarien bei der Rücknahme von Maßnahmen machen, weg von bundesweiten und hin zu regionalen Maßnahmen. ○ Indikatoren: wie hoch ist die Anzahl der Fälle, die vorher schon als Kontaktpersonen bekannt waren? Dies sollte in SurvNet gut ausgefüllt werden, um ein Verständnis zu entwickeln, wo die Fälle herkommen, wie viele familiäre Cluster stammen? Information über Kontakte ist sehr wichtig und eine Angabe in SurvNet theoretisch möglich, war zu Beginn des Geschehens jedoch nicht verwertbar. ○ Ein SurvNet-Update ist in Vorbereitung, bei dem die Settings genauer definiert werden können, dies betrifft jedoch nur die GA, die das Update auch installieren. ○ Welche Kerninformationen werden benötigt? Den GA 	<p>Abt.3/ FG32</p>
--	---	--------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>könnten Stichpunkte, was erfragt werden soll, an die Hand geben werden. Eine Möglichkeit zu differenzieren, wo Fälle unterwegs waren, wäre sinnvoll. Die Befragung sollte möglichst nicht mehr als 5 min dauern. Dies kann in SurvNet operationalisiert werden. Eine Priorisierung welche Variablen die wichtigsten sind, ist bisher nicht erfolgt. Zu der Frage in welchen Settings die häufigsten Kontakte stattfanden, wird es vermutlich nicht nur eine Angabe geben, das könnte als Zusatzinformation aufgenommen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ FG33 plant eine Studie zur Kontaktmatrix. <p><i>ToDo: Überlegen, wie Indikatoren in SurvNet gesetzt werden könnten, FF FG32</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Konzept COVID-19 Impfen: wird am Montag besprochen <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorbereitung des Zwischenberichts zu den ersten 3-4 Monaten der Coronaepidemie in Deutschland: Zwischenbilanz, sollte ähnlich wie Tätigkeitsbericht EHEC aufgebaut sein. 	
6	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMG-Papier für die Durchführung von Gottesdiensten und religiösen Handlungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Fachliche Stellungnahme vom RKI zu einem nicht sehr systematisch erstellten Papier mit Empfehlung von BMI wurde erfragt. Wurde nicht detailliert bearbeitet, sondern nur ein paar Anmerkungen beigefügt (Singen und lautes Sprechen produziert evtl. andere Partikel, die möglicherweise größerer Distanzen überbrücken). ○ Anfragen, die ohne konkreten Arbeitsauftrag in weniger als einem Tag bearbeitet werden sollen, sind so nicht möglich zu bearbeiten, wurde in der Antwort auch kommuniziert. 	FG36
7	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mit dem Testen Asymptomatischer beschäftigt sich die AG Labordiagnostik, wöchentlich finden 3 TK mit den Unterarbeitsgruppen statt. <ul style="list-style-type: none"> ○ Das BMG-Papier zum Testen wurde systematisch durchgegangen. Das größte Problem ist der Umgang mit der Testung asymptomatischer. Ein niederschwelliges, symptombasiertes Testen dient der Frühdiagnose und ist von der KBV finanziell abgedeckt. Für die Testung Asymptomatischer ist die Finanzierung noch unklar. Es gab einen Vorstoß im Rahmen der IfSG-Novelle auch dies von Kassen übernehmen zu lassen, dies wurde jedoch abgelehnt. 	Abt.1

	<p>Hier findet eine Fokussierung auf HCW wegen Kontakt zu vulnerablen Gruppen statt. Auch betriebsärztliche Aspekte kommt hinzu durch eine möglich Übertragung von Mitarbeiter auf Patienten und die erhöhte Exposition der HCW. Deshalb sollte der betriebsärztlicher Dienst miteinbezogen werden. Die Untergruppe Labordiagnostik der AGI kommuniziert nur wenig an die AGI. Nächste Woche sollen best practice Beispiele zur Verfügung gestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frage: Wann wird es ein Positionspapier dazu geben? Die Arbeitsgruppe versucht eine Haltung zum Routinescreening zu entwickeln, die nach außen kommuniziert werden kann. Der Arbeitsauftrag kommt vom BMG und die Arbeitsgruppe berichtet ans BMG. Es wird ein fortlaufendes Konzept geschrieben. <p><i>ToDo: Treffen Hr. Mielke mit Leitung findet hierzu statt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Probentechnisch ist es ruhig, ca. 500 Proben, ca. 60 davon positiv; darüber hinaus gibt es Fragen nach weiterer Infektiosität. ! Antikörperteste: Apotheken dürfen Schnelltests nicht an die Bevölkerung abgeben. Bewertung der Leistungsfähigkeit der Antikörperteste durch die BfArM. ! Die Möglichkeit zur Erkennung einer Serokonversion wird abrechnungsfähig gemacht werden. Ein Algorithmus im EMB ist bei der KBV aktuell in Arbeit. ! Bei AGI-Sentinel hat sich der Probeneingang wieder etwas erhöht. Es gibt eine stabile Pipeline zur Sequenzierung von Proben im RKI, bisher sind ca. 30 Proben sequenziert worden. Diese sollen in die integrierte molekulare Surveillance eingebunden werden. ! Frage: Würde es Sinn machen, bei Angestellten des RKI Antikörpertests durchzuführen. Es gab im Institut einige, trotz passender Symptomatik, negativ getestete Erkrankungsfälle. Es gibt wenig Information zu falsch negativen Tests. Diese Fragestellung fällt in den Bereich betriebsärztlicher Bewertung. Wenn das RKI seine Mitarbeiter einem Monitoring oder laborbezogenen Screening unterziehen würde, könnten damit Maßstäbe gesetzt werden, die in Empfehlungen auch berücksichtigt werden müssten. Das müsste wegen der großen Außenwirkung sehr gut bedacht werden. Studien an eigenen Mitarbeitern wiederum sind aus Datenschutzgründen nicht möglich. Evtl. könnte es ein Angebot des Betriebsarztes bei entsprechender Fragestellung geben. ! Das Medizinproduktrecht in Europa hinsichtlich der Qualität der Teste ist eher schwach. Dies ist von der EU-Kommission erkannt worden. Die WHO erarbeitet Target-Profile, Ansiedlung ist beim BfArM. ! Das Tragen einer Mund-Nasenbedeckung im Institut wäre ein weiterer Aspekt der Barriere. Dies wurde in der Abteilungsleiterrunde zwar besprochen, es gibt jedoch noch keine einheitliche Meinung hierzu. 	<p>ZBS1</p> <p>Abt.1</p> <p>FG14</p>
--	--	--------------------------------------

<p>8</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Deutsche Fussballiga ○ RKI muss sich dazu nicht äußern, wird jetzt vom BMAS bewertet. Es gibt bereits ein neues Papier. Für die Kommunikation: BMAS ist zuständig, RKI findet die Quarantäneregelung gut. ! Teststrategie: siehe Labordiagnostik ! Papier „Backtolife“ der KBV: Hr. Mielke hat gebeten, den Hintergrund zu klären. Die KBV soll AP für IT-Fragen benennen und wird sich zeitnah zurück melden. 	<p>IBBS/FG36</p> <p>Abt.1</p>
<p>9</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMAS – Anpassung RKI Empfehlung zu Masken ○ Nach intensiver Diskussion zwischen BMG und BMAS, wurde das RKI gebeten, eine Passage in der Hygieneempfehlung zur Verwendung von Atemschutzmasken bei Patienten mit diagnostizierter COVID-19 anzupassen; steht auf Homepage. ! Fr. Schwebke hielt auf Einladung beim Krisenstab vom BMG und BMI einen Vortrag zur Oberflächendesinfektion im Außenbereich, dieser wurde positiv aufgenommen. Ein großflächiges Versprühen von Desinfektionsmittel ist nicht sinnvoll. <p><i>ToDo: Fr. Schwebke erstellt bis Montag ein Dokument dazu.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wiederzulassung med. Personal nach langfristiger pos. Testung <ul style="list-style-type: none"> ○ PCR positives Personal muss nicht weiter in Quarantäne bleiben, nur der Einsatz im med. Bereich ist nicht möglich. ○ Wird von IBBS koordiniert. Entlasskriterien werden immer wieder diskutiert. Bis bessere Daten verfügbar sind, können Entlasskriterien nicht verbessert werden. ○ Es wurden Proben hierzu eingeschickt, gibt es Ergebnisse? ○ Fr. Michel hat erste Proben untersucht und versucht einen sinnvollen Cutoff zu finden, bei dem nichts mehr wächst. Im Moment sind ca. 90 Proben in der Zellkultur. 	<p>FG14</p> <p>IBBS/ ZBS1</p>
<p>10</p>	<p>Surveillance</p>	

	! Nicht besprochen	
11	Transport und Grenzübergangsstellen ! EU-Ratspräsidentschaft ○ Im September soll im Rahmen der Übernahme der EU-Ratspräsidentschaft von Deutschland ein großes, virtuelles Meeting stattfinden. Das Thema vom RKI KoNa nach Flug steht weiterhin auf der Agenda.	FG32
12	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
13	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
14	Information aus dem Lagezentrum ! Nicht besprochen	
15	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag, 27.04.2020, 13:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	27.04.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Madlen Schranz
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog

- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>USA</u>: <1 Mio. Fälle, 54.876 Todesfälle, über das Wochenende leichte Stabilisierung der Fallzahlen; Darstellung von CDC-Grafiken: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mortalitätssurveillance: deutlicher COVID-Peak 2. Testkapazitäten und Positivenrate nach Altersgruppen: Anteil positiv getesteter Proben liegt bei 18%, welches keine zeitnahe Fallzahlen-Entspannung sowie ein weiterhin bestehendes Testproblem suggeriert ○ Länder mit 7.000 -70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trends abfallend in Italien, Frankreich ▪ Spanien hat eher eine Plateauphase erreicht ▪ Singapur weiterhin Anstieg Neuinfektionen ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag: bis auf Weißrussland (s.u.) eher stagnierende bzw. nicht stark ansteigende Tendenzen, Schweden steigende Anzahl von Neuinfektionen, mehr hierzu später diese Woche <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Weißrussland</u>: generell erschreckende Bilanz, >10.000 Fälle, 72 Todesfälle, Fallsterblichkeit 0,7%, Inzidenz 105/100.000 Einw., es ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen; <ul style="list-style-type: none"> - 1. gemeldeter Fall importiert aus dem Iran; - Stadt Minsk ist am stärksten betroffen; - Testungen ~ 130.000, Positivrate 8%; - Bisher eher wenige Maßnahmen, ab 25.03. Selbstisolierung von Einreisenden aus Ländern mit COVID-Fällen, dann Isolierung von bestätigten Fällen, die Schul-ferien wurden bis zum 20.04. verlängert und öffentliche Großveranstaltungen untersagt, Präsident hat zur Virustötung tägliche Alkohol-Einnahme außerhalb der Arbeitszeit empfohlen; - Keine validen Informationen zu KKH-Kapazitäten; - Es gab bereits zwei WHO-Einsätze im Land, bei der ersten Bestätigung von „community transmission“, bei der zweiten Empfehlung von „physical distancing measures“ durch WHO; - Die mögliche Weiterentwicklung ist bedenklich, wenn die Maßnahmen nicht verschärft werden 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ R Länder mit >7000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mexiko: leichter Anstieg, bald mehr hierzu ▪ Russland: R geht in Richtung 1, wie nach Maßnahmenverschärfung zu erwarten ist ○ R Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weißrussland erneuter Anstieg, R noch nie <1 ▪ Länder der arabischen Halbinsel (Katar, VAE) mit R >1, Region wird demnächst genauer untersucht ○ Länder mit >100 neuen Fällen und R eff.>1: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neu sind Äquatorialguinea und Ecuador ▪ Russland befindet sich im Mittelfeld und sinkend ▪ USA sind erneut hier dabei da R erneut >1 ○ Mobilität Apple: Länder mit >7000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswertung von Mobilitätsdaten verschiedener Kategorien (driving, transit, walking) ! Proxy für Mobilität infolge der Maßnahmen ▪ In den meisten Ländern deutliche Abnahme seit März ▪ In Spanien sehr radikaler deutlicher Abfall aller Aktivitäten infolge der rigorosen Maßnahmen ▪ In Singapur weniger starke und deutlich späterer Abfall ▪ In USA Abfall der Mobilität, jedoch erneut aufsteigende Tendenz im Individualverkehr ○ Mobilität Google: Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verschiedene Grade von Mobilität und diversen Aktivitäten (grocery, residential, parks, work places, recreation, transit stations etc.) dargestellt ▪ In den meisten Ländern Abnahme aller Aktivitäten bis auf „residential“ (Wohngebiet) ▪ In Schweden gibt es geringe Einschränkungen in allen Bewegungsarten, Parkbesuche haben sehr deutlich zugenommen ▪ Diese Kurven (auch Korrelation mit R) werden in den kommenden Tagen noch näher untersucht <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurVNet übermittelt: 155.193 (+1.018) Fälle, davon 5.750 (3,7%) Todesfälle (+110), Inzidenz 187/100.000 Einw., ca. 114.500 Genesene 	<p>FG32</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Heute geringerer Anstieg nach dem Wochenende, Nachmeldungen sind möglich bzw. wahrscheinlich ○ MV hat die niedrigste Inzidenz bzw. Zuwachs von Neuinfektionen, BY bei beiden die höchste ○ Epikurve suggeriert aus den Übermittlungsdaten, dass der Peak vorbei zu sein scheint ○ Deutschlandweit ist $R=1,0$, bei den Bundesländern liegt R in TH und SL am höchsten (1,2), bei kleinen BL ändert sich der Wert dynamischer ○ Die Karte der 7-Tages-Inzidenzen erscheint deutlich abgemildert, Straubing und Rosenheim liegen oben mit Inzidenzen deutlich $>100/100.000$ ○ Bei den 3-Tages-Inzidenzen liegen die höchsten Werte bei knapp über $30/100.000$ ○ Alters- und Geschlechtsverteilung: keine Änderung im Vergleich zu den letzten beiden Wochen ○ DIVI Intensivregister: Zahl intensivpflichtiger Fälle hat ab und Zahl der freien Betten zugenommen, Anzahl der teilnehmenden Kliniken ist konstant, eventuell nehmen Fälle mit anderen Krankheiten nun wieder zu ○ Übermittelte Fälle (Tätigkeit oder Betreuung) in Einrichtungen (medizinisch, Kinderversorgung, Altenpflege, Gemeinschaftsverpflegungen, usw.), wird in Zukunft noch weiter analysiert <ul style="list-style-type: none"> ▪ >8.800 Fälle bei Personen, die in medizinischen Einrichtungen tätig sind ▪ Für diese wurde die Anzahl der genesenen auf ca. 7.200 berechnet, es ist klarzustellen, ob dies auch im RKI-Lagebericht dargestellt werden soll ▪ Die Fallzahl unter betreuten (und tätigen) in Einrichtungen für Kinder (§33) nimmt ab ▪ Die Fallzahl unter im Altenheimen betreuten (§36) nimmt zu, bei dort tätigen gibt es einen leichten Abfall ▪ Die Fallzahl derer, die in KKH tätig sind (§23) ist eher abnehmend, dies könnte einerseits daran liegen, dass hier die Welle früher lag, andererseits nimmt der relative Anteil von Fällen in dieser Personengruppe zu, viele hiervon sind nicht im KKH, wird noch differenzierter betrachtet ○ Verhältnis des Expositionsortes Ausland vs. Deutschland: die unterliegende Fallzahl pro Woche variiert sehr und war in KW 13 am höchsten, nachdem anfangs viele Reiserückkehrer aus dem Ausland dabei waren ist die Exposition im Ausland mittlerweile auf fast null zurückgegangen, allerdings ist bei sehr vielen 	FG36
--	--	------

	<p style="text-align: center;">Fällen der Expositionsort nicht bekannt</p> <p>! ICOSARI Datenstand 22.04.2020</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ~2.200 Fälle aus den Sentinel-Krankenhäusern (KKH) ○ Patienten mit COVID-19-Verdachtsdiagnose sind hier nicht in der Analyse beinhaltet ○ 1/3 dieser Fälle wurde intensivmedizinisch behandelt, 14% beatmet, 11% sind verstorben, 51% von ihnen liegen noch stets im KKH! relativ lange Liegedauer ○ Der Anteil von intensivbetreuten Männern liegt höher als der von Frauen, bei den verstorbenen sind es 57% Männer, welches auch den Meldedaten entspricht ○ Grafik der COVID-19-Fälle nach Outcome (entlassen, verlegt, verstorben, noch liegend), besonders die Zahl der noch liegenden Fälle ist nicht zurückgegangen ○ Der Anteil der verstorbenen Fälle ist in den letzten Wochen gestiegen und die Hälfte der Fälle liegt noch, es wird also voraussichtlich weitere Todesfälle geben ○ Zur Kenntnis: unter Pneumoniefällen während der Grippewelle werden ca. 7% beatmet, 5% sterben ○ Vergleich von Fällen Influenza-assoziiierter Pneumonie und COVID-19 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Liegedauer: keine so großen Unterschiede, bei COVID-19 verstorbenen deutet sich an, dass sie länger liegen, im Median 1 Tag länger ▪ Liegedauer nach Altersgruppen: ältere COVID-19-Patienten liegen länger, bei COVID-19 sehr wenig Kinder, bei Influenza deutlich mehr Kinder ▪ Dauer Intensivbehandlung: verstorbene COVID-19-Fällen werden auch länger intensiv behandelt, auch in vielen Altersgruppen ▪ Beatmungsdauer: unter entlassenen deutlich längere Beatmungsdauer bei COVID-19-Patienten, ebenso bei verstorbenen und noch liegenden ▪ Beatmungsdauer nach Altersgruppen: ab Alters-gruppe 50-59 ist die Beatmungsdauer bei COVID-19-Patienten deutlich länger und der Anteil der beatmeten deutlich höher ▪ Insgesamt größere Belastung der KKH durch COVID-19 ○ Frage: die Liegedauer bei COVID-19 ist lang, sind die aktuellen Genesungskriterien möglicherweise zu großzügig? Aus den vorliegenden Daten ist nicht bekannt, wie gesund die Fälle bei der Entlassung sind (z.B. ob danach noch ärztliche Betreuung notwendig ist), dies muss mit berücksichtigt werden 	FG32
--	--	------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Notaufnahmen Konsultationen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seit Mitte März werden über das AKTIN Projekt tagesaktuelle Daten aus 10 Kliniken in 5 BL geliefert: NI, BY, SN, BW, SH ○ Es kommen noch 7 weitere Kliniken (u.a. HE) hinzu ○ Die Klinikgröße und Bettenzahl ist heterogen, 50% der teilnehmenden Kliniken haben > 1000 Betten und die Hälfte eine Monopolstellung in ihrer Region ○ Grafik der täglichen Besucherzahl pro Notaufnahme: bei den meisten gab es Ende/Mitte März einen Abfall, es gibt zwei Ausnahmen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stuttgart: Anfang März gradueller, starker Anstieg, liegt wahrscheinlich an der Etablierung einer Corona-Ambulanz, in dessen Rahmen vermehrt fußläufige Patienten abgefangen und gescreent wurden ▪ Wolfsburg: Anfang April kurzer hoher Anstieg, dieser ist wahrscheinlich mit der Testung von Personal begründet (Notaufnahme wurde geschlossen und Klinikpersonal getestet) ▪ Genauere Untersuchung beider ist geplant um die Anstiege zu erklären ○ Aggregierte Analyse zeigt die Gesamtbesucherzahlen, die generell abfallend sind, dies bestätigt sich auch in den Altersgruppen (vor allem 20-64-jährigen), die Ereignisse in Stuttgart und Wolfsburg spiegeln sich auch in den Gesamtzahlen wieder ○ Syndromspektrum der Aufnahmen nach kardiologischen, neurologischen, respiratorischen Symptomen: die ersten beiden fallen von Anfang März an stark ab, zunächst sind es 100, dann <60/Tag, zeigt Auswirkungen der Pandemie auf Notaufnahmen ○ Besucheranzahl nach Schweregrad/Triage: starke Fluktuation bei nicht schweren Fällen (begründet durch Peak der fußläufigen Patienten in Stuttgart), Zahlen für schwere Fälle sind über den gesamten Zeitraum relativ konstant ○ Frage BZgA: wie würden Patienten mit COVID-19-Verdacht hier hinzukommen/hineinpassen? In den Notaufnahmen sind nicht viele COVID-Fälle erwartet ○ Notaufnahmen erstellen auch Diagnosen für nicht aufgenommene Fälle (Ausschlussdiagnostik), diese ist jedoch weniger zuverlässig, könnte in der Zukunft interessante Unterscheidung liefern ○ Ausblick <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erste Analyse erscheint nach Prüfung der Datenqualität stabil und zuverlässig 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Daten sollen einmal wöchentlich gezeigt werden, auch mit Einbezug der zusätzlich neuen Kliniken ▪ Die Häufungen in Stuttgart und Wolfsburg werden beschrieben und veröffentlicht <p>! Amtshilfeersuchen: es sind erneut 32 RKI-MA zur Unterstützung der Nacharbeitung nach Tirschenreuth gefahren</p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Neue Charité Studie (Thiel et al) zur Stimulierbarkeit bzw. Kreuzreaktivität der T- (oder CD4) Helferzellen von COVID-19-Fällen im Vergleich zu denen von Blutspendern: 85% der COVID-19 Fälle hatten aktivierbare T-Zellen, ebenso 36% der Blutspender (PCR-negativ auf SARS-CoV-2)</p> <p>Interpretation: möglicherweise kam ein Teil der Blutspender in Berührung mit zirkulierenden Coronaviren, mögliche Kreuzreaktionen bzw. und Hintergrundaktivität könnten eine Erklärung sein, ebenso der mildere Verlauf bei Kindern und Individuen mit besonders viel Antikörpern;</p> <p>die Methodik der Studie wird zur möglichen Wiederholung zur Verfügung gestellt</p> <p>! T-Helferzellen humorale Antwort</p> <p>! Wurde in Seren von Personen mit „normalen“ Corona-Erkältungsviren nach Antikörper Kreuzreaktionen gesucht?</p> <p>! Es gibt eine Kreuzreaktivität, jedoch keine neutralisierenden Antikörperzellen, dies ist auch wichtig für die Produktion von Antikörpern, ob diese Hintergrundimmunität bei einem Patienten eine Rolle spielt, steht noch nicht fest</p>	FG17
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Nicht besprochen</p>	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Freitag gab es Empfehlung der DGKJ die sich zu Maskenpflicht bei Kindern und möglicher geeigneter Altersempfehlung geäußert haben: je nach Entwicklungsstand, könnte ein Maskengebrauch ab Schulpflichtalter empfohlen werden, in der Kinderonkologie werden Masken schon sehr früh getragen</p> <p>! Empfehlungen für Erstaufnahmeeinrichtungen und Papierlose:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BZgA bereitet eine tabellarische Aufarbeitung vor ○ Hierzu ist eine Abstimmung mit dem RKI erwünscht ○ Empfehlungen sind noch in Arbeit, ebenfalls Definition der genauen Informationsbedarfe, wahrscheinlicher/ zu erwartender Fallzahlen, und bereits bestehender Angebote diesbezüglich ○ Initialanfrage drehte sich um aufzunehmende, es wird auch Material für freiwillige, die dort arbeiten 	BZgA



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>entwickelt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Empfehlungen für asylsuchende sind auch eine RKI-Initiative hinsichtlich Prävention und Management von Ausbrüchen, die Bitte kam auch aus den BL, das Papier ist aktuell noch intern in Arbeit <p>! Telefonberatung am Wochenende zeigte vermehrt Fälle, die aus anderen(nicht-COVID-19-Gründen hospitalisiert wurden vor, es besteht viel Unsicherheit bezüglich des Entlassmanagements, wenn eine Rückkehr in häusliches Umfeld stattfindet, BZgA empfiehlt normales Management, eine Absprache zwischen ambulantem und klinischem Sektor ist nicht immer gegeben</p> <p>! dies wurde so noch nicht an das RKI herangetragen, Frau Thaiss verschriftlicht und schickt hierzu etwas an das RKI</p> <p>! In der AGI TK wurde über Quarantäneeinrichtung für quarantäneunwillige Kontaktpersonen gesprochen</p> <p>! Kinderuntersuchungen: Letzte Woche zur europäischen Impfwoche wurde festgelegt, dass die U1-5 nicht zu verschieben sind da sie große Entwicklungssprünge abdecken, ab U6 ist es möglich diese Untersuchungen zu verschieben/verzögern, bei U-Untersuchungen werden auch häufig Impfungen durchgeführt und es gab die Bitte aus der pädiatrischer Community generell Impfungen nach Empfehlung von STIKO (Kalender) durchzuführen, und diese nicht anlassbezogen vorzuziehen</p> <p>Presse</p> <p>! STIKO: diese Woche ist eine Veröffentlichung zur Durchführung von empfohlenen Schutzimpfungen während der Lage geplant, soll auch am Donnerstag im RKI-PB erwähnt werden</p> <p>! Fallzahlen Webseite: es gibt häufig Anpassungen in den LK-spezifischen Zahlen, diese liegen an nachträglichen Meldekorrekturen. Da aktuell in der Lage die Fallzahlen zeitnah öffentlich gemacht werden, ist die Datenqualität bei so schneller Publikation nicht immer sofort gesichert und es geschehen Nachkorrekturen, dies ist ungünstig aber nicht vermeidbar</p>	Presse
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein Konzept COVID-19 Impfen</p> <p>! Das RKI hat den Auftrag erhalten ein Impfkonzzept zu entwickeln, Ole Wichmann hat dies mit Antina Ziegelmann vom BMG besprochen, es ist zweiteilig</p> <p>! 1. Entwicklung einer Impfeempfehlung, inklusive Priorisierung von erstzuimpfenden Personengruppen, hierzu wird diese Woche eine STIKO-Arbeitsgruppe etabliert, es soll auch vorab Modellierungen stattfinden, hierzu wurde ein Antrag an BMBF gestellt</p> <p>! 2. Vorbereitung der Einführung einer Impfung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es werden mehrere Impfstoffe kommen, die im Schnelldurchgang entwickelt und geprüft wurden 	FG33

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Relevante Daten werden erst Post-Marketing erhoben ○ Konzept mit vielen Aspekten muss gemeinsam mit dem PEI entwickelt werden: Risikokommunikation, welche Impfungen, Besonderheiten, Impfquoten Monitoring, welche Personengruppe erhält welchen Impfstoff, möglicherweise gibt es verschiedene Typen, spezielles Monitoring der Impfung, was geht durch bereits etablierte Systeme, wo sind flankierende Systeme oder Erhebungen notwendig, wie läuft die Dokumentation, wer impft, usw. ○ Es gibt hierzu auch eine AG am BMG, und die Diskussion wird ebenfalls mit den BL geführt ○ Noch zahlreiche zu klärende Fragen, z.B. kann/soll DEMIS hierfür benutzt werden? Sind es Impfzentren, läuft es durch den ÖGD oder Arztpraxen wie bei Routineimpfungen? ○ Es gibt noch Zeit, aber die Systeme sollten bis Ende des Jahres klar sein <p>! Vorstellen hiervon bei AGI TK diese Woche</p> <p>b) RKI-intern Max-Planck Gesellschaft Reproduktionszahl und Effektivität von Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gruppe möchte sich zu R und Maßnahmeneffektivität äußern ! Die genannten Max-Planck Indikatoren ähneln denen der RKI-Deeskalationsstrategie ! Deeskalationspapier soll ggf. auf RKI-Webseite publiziert werden ! Anfrage ging ans BMG, Antwort steht noch aus 	FG32/ZIG
6	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Empfehlungen für Gemeinschaftsunterkünfte Geflüchtete: nicht besprochen 	FG32
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>Thema</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Selbsttests: in bestimmten Fällen befürwortbar, akuter Kontext? Wurde heute nicht besprochen ! „Kölner Papier“ COVID Exit: wurde am Sonntag an Präs geschickt mit einer Gesamtextitstrategie, mehr Informationen zum Laborteil werden noch eingefordert da aktuell eine breite Testung asymptomatischer vorgeschlagen ist <p><i>ToDo: morgen gibt AL1 ein Update zur Arbeit der AG Diagnostik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Letzte Woche gab es knapp 700 Proben (mehr als zuvor), ca. 80 waren positiv, die Woche davor gingen weniger Proben ein, grundsätzlich läuft es gut 	<p>AL1</p> <p>ZBS1</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Selbstabnahmestudie Charité</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ RKI ist an Studie beteiligt ○ Die Arztabstriche sollten eigentlich auch von der Charité erhalten werden, dies ist allerdings unsicher und es scheint, dass Proben weggeworfen wurden ○ Bei den erhaltenen Proben waren von 30, die eigentlich positiv waren, 13 negativ ○ Wenn die Proben wirklich weg sind kann dies nicht geklärt werden und Fälle müssen aus der Studie herausgenommen werden ○ Es läuft eine Absprache mit den zuständigen GA ob Patienten durch das RKI kontaktiert werden können, was zu sehr viel Mehrarbeit führt <p>! Infektiosität mit CT-werten Korrelierung läuft, am Freitag gibt es voraussichtlich mehr Information hierzu</p> <p>! Serologie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Läuft, immer mehr Seren werden erhalten ○ Es findet keine Routineanzucht bei Proben statt, da diese sehr aufwändig ist und lange dauert, GA sind teilweise sehr ungeduldig, deswegen wird es nicht angeboten und nur in Einzelfällen durchgeführt ○ Hoffentlich ist bald der Cut-off bekannt (wann nichts mehr anwächst) 	
<p>8</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>IBBS</p>
<p>9</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Krisenstab Stellungnahme MNS in KKH</p> <p>! VPräs wünscht Stellungnahme zum Tragen von MNS durch medizinisches Personal im KKH-/Klinik-Setting</p> <p>! In Thüringer KKH wie Jena ist MNS schon länger Praxis, viele KKH (alle, mit denen FG37 in Kontakt ist) machen dies ebenso und es wäre für alle zu empfehlen, genauso wie für Altenheime</p> <p>! FG14 hat dies schon lange in die RKI-Hygieneempfehlungen aufgenommen (MNS auch außerhalb der direkten Versorgung von erkrankten empfohlen)</p> <p>! Soll dies noch stärker formuliert werden? Es muss mit VPräs geklärt werden, ob dies noch deutlicher in den FAQ oder anderswo dargestellt werden soll</p> <p>Überlastungsanzeige GA, CdS-Beschluss</p> <p>! BL haben sich darauf geeinigt, soll zunächst an die zuständigen Stellen in den Ländern gehen, sollte ab 24.04. gelten, AGI kann dies niederschwellig an epialert@rki.de mitgeteilt werden, kein formales Prozedere, ähnlich Amtshilfeersuchen,</p>	<p>VPräs</p> <p>FG32</p>

	Informationsübermittlung	
10	Surveillance ! GKV-Daten: nicht besprochen	FG32
11	Transport und Grenzübergangsstellen BMI Nutzung von Reproduktionszahlen als Parameter für selektive Grenzöffnung ! Thema wurde an den Krisenstab geschickt, es handelt sich um eine Initiative auf EU-Ebene ! ECDC hat auch selber Modellierungen hierzu gemacht ! Morgen gibt es ein Gespräch mit BMI und BMG, das RKI soll vorher eine Stellungnahme mit ein paar Punkten (Fallzahlen, R, geografische Verteilung, usw.) vorbereiten, Maria an der Heiden bereitet dies vor	FG32
12	Internationales (ausnahmsweise, nur freitags) Konzept zum Umgang mit internationalen Hilfsanfragen (Nordmazedonien, Dom. Rep., etc.) ! ZIG bereitet Textpunkte vor, um darzustellen wie das Dokument vom RKI verstanden und gehandhabt wird und klärt über das BMG mit dem AA, welche Art von Dingen sind befasst ! Es scheint prinzipiell um Güter zu gehen ! Vorschlag: Anfragen bezüglich Lieferung von Hilfsgütern außerhalb von Partnerländern würde RKI dem AA zuspielen, wobei die Lieferung von Hilfsgütern aktuell eher stillliegt ! Für RKI-Partnerländer sollen diese dem AA gemeldet jedoch nicht vorab abgestimmt werden ! Bei Anfragen zu fachlicher Beratung, Austausch auf wissenschaftlicher Ebene, würde dies dem AA über BMG mitgeteilt ! MoH oder Parlamentarier-Anfragen laufen zunächst über das AA ! handhabe Vorschlag von ZIG soll dem AA vorgelegt werden, um AA unsere Interpretation darzustellen <i>ToDo: ZIG finalisiert Textpunkte zur Handhabung des Dokumentes zu internationalen Unterstützungsanfragen</i> Diverse Punkte zu internationaler Kollaboration ! BMZ will 3 Mio. Euro zur Unterstützung anderer Länder ! Es soll alle zwei Wochen einen COVID-19-Sektorvorhaben Austausch geben, das BMG möchte die RKI-Expertise mit einbauen, aktuell ist es noch sehr vage, wenn es konkreter wird informiert/involviert ZIG andere Abteilungen/OEs ! Das Volumen der Unterstützungsanfragen nimmt stark zu, es gibt Anfragen auf unterschiedlicher Ebene, teilweise auch im Bereich Entwicklungszusammenarbeit, teilweise zu gewünschtem Austausch, aktuell versucht ZIG diese in Zusammenarbeit mit den regionalen WHO-Büros zu adressieren,	ZIG

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>auch hinsichtlich möglicher Langfristigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die SEEG wird aktiv(er) ! Es gab eine Gates-Stiftung Spende an die Charité (Virologie) ! Letzte Woche fand ein erstes Webinar der ZIG 4 mit Africa CDC, WHO AFRO, Fabian Leendertz und 23 Partnerländern statt, Rückmeldungen bisher fallen sehr positiv aus ! Das Datenspende Vorhaben interessiert andere Länder, möchte sich das RKI hier grundsätzlich positionieren, ob eine solche Unterstützung möglich/wünschenswert ist? Die Effektivität der Datenspende-App ist noch nicht klar ersichtlich, wenn es Möglichkeiten bzw. Valenzen gibt, kann dies überlegt werden 	
13	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>Corona-App/PEPP-PT</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bundesregierung hat am Wochenende einen Richtungswechsel signalisiert, eine große Frage war die zentrale vs. dezentrale Datenspeicherung, dezentraler Ansatz wird generell favorisiert ! Richtungswechsel erlaubt nun Zeit zum Luft holen und definieren der RKI-Position ! Die wissenschaftlichen Fragestellungen werden weiterhin von der Gruppe erarbeitet ! Es gibt jetzt am RKI und auf Seiten der Partner Projektmanager ! RKI steht weiterhin in der Pflicht aktiv an Bord zu bleiben ! Es liegt kein Zeitplan vor der realistisch umzusetzen wäre <p>Charité intelligenter Fragebogen/ Symptomchecker</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Einbindung des RKI ist weiterhin unklar, das rechtliche Format und diverse Fragen sind noch stets nicht geklärt, wo darf RKI eingebunden werden, soll BMG Logo darauf, Rechtsanwälte sind involviert ! In Verbund mit den anderen Tools wird und wurde viel gelernt ! Weiterhin ist das Ziel, die GA zu entlasten <p>Datenspende-App</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Datenspende-App wird häufig kritisiert, auch wenn dies ein kleineres Produkt ist, die zentrale Speicherung von Daten ist ein Angriffspunkt, es sind noch einige Dinge zu klären, die Lage bleibt angespannt 	FG21
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>Thema</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Viele Anfragen aus dem politischen Raum: keine große Einigkeit mehr, teilweise auch unangenehme Fragen ! Strategie zu längerfristigem Betrieb, muss angedacht werden 	FG32

	! Zwischenbericht Erstellung, Zuarbeit wird notwendig werden	
15	Wichtige Termine ! HSC TK heute ! Corona-Kabinett ! Morgen BMI BMG Gespräch	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Dienstag, 28.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	28.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! 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	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >70.000 Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ USA: hauptbetroffenes Land, noch knapp unter 1 Mio. Fälle, >56.000 Todesfälle, in der Fallkurve ist kein Abfall sichtbar, $R \sim 1$, Mobilität hat in der letzten Woche erneut zugenommen (v.a. driving) ○ Länder mit 7.000-70.000 Fällen/letzte 7 Tage: Tendenzen in europäischen Ländern setzt sich fort abfallend (Italien, Frankreich) bzw. plateaubildend (Spanien), Anstieg der Fallzahl in Brasilien ○ Länder mit 1.400-7.000 Fällen/ letzte 7 Tage: zu Bangladesch und Weißrussland wurde kürzlich berichtet, in Singapur bessert sich die Situation langsam durch radikale Maßnahmen in den Gastarbeiterheimen ○ R_{eff} für Länder mit >7.000 Fällen/ letzte 7 Tage: Trendfortsetzung, Maßnahmen in Russland wirken ○ R_{eff} für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/ letzte 7 Tage: keine Auffälligkeiten im Vergleich zu Vortagen ○ Länder mit >100 Fällen und $R_{eff} > 1$ <ul style="list-style-type: none"> ▪ R-Entwicklung der letzten Tage wird nun mit dargestellt (in grau) um Dynamik darzustellen ▪ R in Brasilien steigt an ○ Mobilität Apple für Länder mit >7.000 Fällen/ letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apple-Werte sind aktueller (als Google) ▪ Brasilien zeigt auch hier ansteigenden Trend ▪ Italiens sehr restriktive Maßnahmen sind gut sichtbar, Lockerungen werden jetzt diskutiert ○ Mobilität Apple für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/ letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Singapurs zusätzliche Maßnahmen in Gastarbeiterheimen schlagen sich in der Mobilität (auch in der allgemeinen Bevölkerung) nieder ○ Griechenland: wurde noch nicht besprochen <ul style="list-style-type: none"> ▪ >2.500 Fälle, 130 Todesfälle (5,2%), erster Fall am 26.02. kam aus Norditalien ▪ Region um die Hauptstadt gefolgt von Westmazedonien ist am meisten betroffen ▪ Seit 27.02. graduelle Maßnahmentablierung, auch nicht-essentielle Reisen innerhalb des Landes wurden verboten, ein Attest ist notwendig um das Haus zu verlassen, in besonderen Fällen 	ZIG1

werden auch Städte oder Dörfer unter Quarantäne gesetzt (bisher zweimal geschehen); eine schrittweise Lockerung ist geplant

- <65.000 Testungen, Positivrate 3,9%, es gibt eine gute Dezentralisierung der Kapazitäten mit >500 mobile Testunits
- Drastischer Abfall (70%) der Mobilitätskurve Anfang März, was eine gute Akzeptanz der Maßnahmen in der Bevölkerung zeigt
- Fallzahlen (Epikurve): starker Peak mit 150 Fällen in einem Flüchtlingsheim
- Flüchtlingssituation: 27 Camps mit ca. >150.000 Personen, zusätzlich 26.000 Flüchtlinge in anderen Gebäuden, Hotels und inoffiziellen Camps, viele Camps sind überfüllt, es gibt wenig Gesundheitspersonal, die Situation ist nicht gut koordiniert und es mangelt an allem, wenn es einen Ausbruch gibt kann dies potentiell katastrophale Konsequenzen haben, bisher gab es 3 Ausbrüche in Flüchtlingsunterkünften, die Maßnahmen sind (1) scharfe Ausgangssperren, Besuchsverbot, Schließungen, und (2) Verlegung nach Triage auf das Festland, z.B. gibt es auf Moria 2.300 Personen über 60 mit Vorerkrankungen für die so etwas erwogen wird

! Häufung nicht-diagnostizierter inflammatorischer Syndrome bei Kindern aller Altersgruppen in England in den letzten 3 Wochen

- insgesamt 10 Fälle eines möglicherweise SARS-CoV-2-assoziierten Kawasaki-Syndroms
- ca. 50% der Kinder waren SARS-CoV-2 PCR-positiv
- Kinder hatten keine Vorerkrankungen, aber bei 50% gab es eine COVID-19 Erkrankung in der Familie
- Kawasaki Zusammenhang mit Coronavirus bereits 2005 angenommen
- Es gibt zwei laufende Surveys, DGPI (Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Infektiologie) und ESPID
- DGPI
 - Wurde von Walter Haas kontaktiert, bisher sind dort keine vergleichbaren Fälle bekannt, es wird aber verstärkt darauf geachtet werden
 - Studie erfasst hospitalisierte COVID-19-Fälle unter Kindern, es gab ca. 150 Rückmeldungen
 - Zwischenstand zur möglichen Infektionsquelle ist dass dies bei 80% Eltern, bei 10% Großeltern, bei 10% andere Kinder sind, allerdings kann dies möglicherweise von den hospitalisierten Fällen nicht auf das Gesamtgeschehen übertragen werden
 - Grund für Klinikeinweisung war in der Regel

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>eine andere als COVID-19, 25% hatten eine Grund-erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DGPI publiziert regelmäßig auf ihrer Webseite ○ ESPID Survey sammelt auch Daten u.a. zu toxic shock syndrome, hier wird ebenfalls näher darauf geachtet ○ Walter Haas ist in Kontakt mit Intensivmedizinern, es gab auch Fälle in Spanien und Italien, noch ist nicht klar, ob/wie dies mit COVID-19 assoziiert ist, in einzelnen Fällen wurde COVID-19 diagnostiziert, bei anderen gar nicht ○ Bisher handelt es sich um wenige Fälle, eine potentielle Assoziierung wäre theoretisch plausibel (kutane Komponente), die Klärung einer solchen ist aber aktuell noch nicht möglich ○ Situation sollte diesbezüglich weiter beobachtet werden <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 156.337 (+1.144), davon 5.913 (3,8%) Todesfälle (+163), Inzidenz 188/100.000 Einw., ca. 117.400 Genesene ○ Todesfälle und Todesfallinzidenzen wurden auch in Folien aufgenommen, es gibt große Unterschiede in den BL was verstorbene betrifft (Folie 2) ○ In der geografischen Verteilung wird aktuell eine starke Entspannung der Lage sichtbar, auch in den hauptsächlich betroffenen LK ○ Altersgruppen-Verteilung: seit KW 10 nimmt Anteil jüngerer Altersgruppen zu, steht möglicherweise im Zusammenhang mit der Mobilität ○ Seit gestern sind 10-Jahres-Altersgruppen auch für die Verstorbenen im Lagebericht enthalten ! DIVI Intensivkapazitäten <ul style="list-style-type: none"> ○ Insgesamt ~11.000 COVID-19 Fälle auf der Intensiv-station, knapp 2.500 liegen noch ○ Generell zurücklaufende Belastung ○ Freie high care Intensivbetten die für zu beatmende Personen liegen bei >9.000 ○ Ca. 60% der Fälle versterben ohne auf einer Intensiv-station zu landen, dies beinhaltet ggf. auch Leute, bei denen die Diagnose nachträglich gestellt wird ○ Nicht jeder Todesfall landet in einer Intensivstation, dies scheint altersunabhängig ! Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen (Folie 23) 	<p>FG32</p>
--	--	-------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Durch die anstehende Gesetzesänderung wird bald hoffentlich weitere Aufschlüsselung (auch nach Art der Einrichtung) möglich ○ Daten sind für ca. 1/3 der Fälle verfügbar, die Daten-qualität ist nicht gut da es einige Fehlangaben gibt ○ Es werden relative Anteile dargestellt und der Nenner an den unterschiedlichen Tagen ist sehr verschieden ○ Die Grafik wird noch farblich angepasst (um Betreuung und Tätigkeit in jeweiliger Kategorie anzugleichen) und mögliche Interpretation diskutiert ○ Eine Veröffentlichung der Daten, wenn dies weiter fortgeschritten ist, wäre (ggf. auch international) wünschenswert ○ Mehrfachangaben (z.B. ursprünglich Tätigkeit und anschließend Betreuung) sind nicht möglich, weswegen es für §23 (medizinische Einrichtungen) nicht leicht nachvollziehbar ist <p>! Frage: Sind Zahlen zu Schulen schon nutzbar?</p> <p>! Es muss noch untersucht werden, um wie viele Angaben es sich handelt und wie sich dies im Verlauf entwickelt, die Anzahl der Einrichtungen und der Fälle muss getrennt betrachtet werden</p>	
2	Erkenntnisse über Erreger	
	! Nicht besprochen	
3	Aktuelle Risikobewertung	
	! Nicht besprochen	
4	Kommunikation	
	BZgA	BZgA
	! Wunsch, das gestern erwähnte Thema Früherkennungsuntersuchungen ins Pressebriefing aufzunehmen, wenn Kinder-U-Untersuchungen verlegt werden, sollte dennoch der STIKO-Impfkalender umgesetzt werden	
	! Ein nicht zu Text-lastiges Papier mit Hinweisen für ältere ist auf Wunsch in Vorbereitung, es soll verständlichere Hinweise und Informationen beinhalten und wird diese Woche veröffentlicht	
	! Neben MNB sind auch Kontraindikationen immer wieder ein Thema, z.B. Menschen mit COPD, es sind mehr öffentlichkeits-wirksame Publikationen hierzu notwendig, stets mit Verweis auf den behandelnden Arzt	
	Presse	Presse
	! O.g. war heute nicht Thema im RKI-Pressebriefing, kommt ggf. am Donnerstag wenn auch das Impfkonzept besprochen wird	
	! Es gab heute ein Problem mit pdf-Downloads von der RKI-	

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Webseite, es ist mittlerweile wieder behoben, bei Bedarf ist von der Pressestelle eine Sprachregelung hierzu verfügbar</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das Webmaster Postfach wird von 8-19 Uhr betreut, danach gibt es neu Rufbereitschaft für ganz dringende Anfragen, Information wurde an das LZ geschickt und geht auch noch an den Krisenstab 	
<p>5</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kriterien für Grenzöffnungen (s.u. Transport) <p>b) RKI-intern</p> <p>Empfehlung zu MNS in medizinischem Setting</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt bereits konkrete und als optimal gesehene Empfehlungen hierzu in den RKI-Hygieneempfehlungen ! Inhalt: RKI empfiehlt Personal in KKH MNS zu tragen, nicht nur im Zusammenhang mit der Behandlung von COVID Fällen, sondern als generelle Empfehlung ! Klare Haltung des RKI: KKH und Arztpraxen sollen sichere Räume sein, Empfehlungen dazu, was im Individualschutz getan werden kann sollte klar auffindbar sein ! Diese Empfehlungen sollten noch sichtbarer bzw. an anderer Stelle stärker betont werden ! Zusätzlich soll MNS auch für Patienten empfohlen werden, wenn diese es tolerieren können ! FG37 überarbeiten ihre in FF erstellten vorhandenen Papiere diesbezüglich ! Es soll eine im Rahmen der COVID-19-Pandemie spezifische, kurz gehaltene Erweiterung der bestehenden Basishygiene und KRINKO-Empfehlungen erstellt werden ! allgemeine Empfehlung zum Tragen von MNS durch medizinisches Personal und wenn toleriert auch durch Patienten <p><i>ToDo: FG14 erarbeitet Vorschlag einer Erweiterung der Basis Hygieneempfehlungen für COVID-19 im medizinischen Bereich</i></p>	<p>FG32</p> <p>VPäs/FG14/ alle</p>
<p>6</p>	<p>Dokumente</p> <p>Empfehlungen für Gemeinschaftsunterkünfte Geflüchtete</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Allgemeines Papier wurde durch das RKI-Team das zur Unterstützung im Harz war vorbereitet ! Auftrag wurde inzwischen auch noch von Thüringen erteilt ! Dokument wurde mit Bitte um Kommentierung bis morgen Abend an Krisenstab geschickt ! Anschließend wird der Entwurf mit der AGI geteilt <p><i>ToDo: Fertigstellung des Papiers, dann Vorstellen bei der AGI TK</i></p>	<p>FG32</p>

	<p>„Kochbuch“</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Auftrag von Angela Merkel an Präs ! Erstellung einer Guideline für Ausbruchsuntersuchungen ! Wurde sehr schnell vorbereitet und nachträglich noch verbessert ! Dem Krisenstab sind keine Rückmeldungen bekannt und die Schamfrist ist verstrichen ! Dokument sollte für Veröffentlichung vorbereitet werden, dann per E-Mail Abstimmung mit Präs <p><i>ToDo: Fertigstellung des Kochbuches zur finalen Abstimmung mit Präs und anschließender Publikation auf der Webseite</i></p>	FG32
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>Update AG Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die drei Unter-AGs tagen jeweils einmal wöchentlich ! Es gibt in etwa 200 Labore die qualitativ hochwertige Diagnostik durchführen können ! Der Ringversuch läuft und ist demnächst abgeschlossen, im Juni startet die nächste Runde ! Niederschwellige Testung leicht symptomatischer Personen <ul style="list-style-type: none"> ○ In AG besteht diesbezüglich Konsens ○ Dies ist mit den aktuellen Kapazitäten möglich ○ Aktuelle Testkapazität liegt bei 100.000/Tag, aktuell gibt es einen Rückgang der Inanspruchnahme ○ Ärzte und KBV haben für niederschwellige Testung ihre Leistungen bestätigt, KBV-Finanzierung ist gesichert ○ Es besteht ebenfalls Konsens von Seiten der BL ○ Nun sollte stärker öffentlich auf dieses Testangebot in der Öffentlichkeit hingewiesen werden, auch bei leichten Infektionen des Respirationstrakts (ARE) sollte eine Testung angestrebt werden, auch, um über die resultierende Kassenleistung eine bessere Einsicht in die Situation zu erhalten ○ Im Rahmen der Exitstrategie ist eine sensitive Erfassung dessen, was sich in Bevölkerung tut, wichtig, z.B. Taiwan, Süd-Korea testen niederschwellig symptom basiert bei ARE ○ Flussschema für die Bevölkerung wird aktuell durch IBBS überarbeitet, integrieren der niederschweligen Testungsstrategie könnte zu gesteigertem Druck auf Arztpraxen, Telefonhotline, usw. führen ○ BZgA kann Kommunikation anpassen, möglicherweise ist die Akzeptanz jedoch anders gelagert, z.B. weniger Testwilligkeit wenn 14-tägige Quarantäne droht ○ Krisenstab Konsens zur Anpassung: Testung aller ARE wird nun auch in abgestimmter Form im 	AL1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Flussschema für Patienten untergebracht und gleichzeitig in Empfehlungen der BZgA aufgenommen</p> <p>! Testung asymptomatischer Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Generell schwierigeres Thema bisher ohne Konsens ○ AG Diagnostik steht aktuell diesbezüglich unter Druck ○ Abrechnungsmodalitäten bei der Testung asymptomatischer Personen ist noch völlig unklar ○ Wenn asymptomatische mit in den Kreis der zu testenden einbezogen werden muss priorisiert werden ○ Erste Priorität wären HCW: Überlegung von Reihenuntersuchung asymptomatischer HCW, es gibt noch nicht viel Anhalt für den Mehrwert so lange Schutzmaßnahmen umgesetzt werden ○ Testung weiterer Gruppen außerhalb von HCW wurde in der Ländergruppe nicht für sinnvoll erachtet, für welche Gruppen wäre symptomunabhängige Testung noch sinnvoll? ○ KKH Setting: Aufnahme erfolgt klinisch, mögliche Testung in Notaufnahmen wird diskutiert, auch jetzt wenn elektive Operationen wieder gestartet werden ○ Einrichtungen: es gibt erste Entwürfe zum Vorgehen in Heimen, z.B. Testung bei Neuaufnahmen in ein Heim um nicht nur auf 14 Tage Quarantäne setzen ○ Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen, die wahrscheinlich eine sehr gefährdete Gruppe darstellen, aktuell sind viele Einrichtungen dieser Art noch geschlossen, bei Lockerung sollten ggf. hier Testungen ermöglicht werden ○ Im Rahmen der KoNa zur Aufarbeitung eines Transmissionsgeschehens kann Testung asymptomatischer zur Kontaktnachvollziehung wegweisend sein (Umgebungsmanagement durch GA), z.B. in häuslichem Setting, haben Kinder bereits Virus ausgeschieden als sie noch in die Schule gingen? ○ MA kritischer Infrastrukturen in engerem (und nicht weiterem) Sinne? ○ Kosten der Testungen sollten ggf. mit in die Überlegung mit einbezogen werden, ebenso wie die Möglichkeit, diese Kosten zu senken <p>! Testungen in KKH sind morgen Diskussionsthema in der AG: Tim Eckmanns stellt die durch FG37 begleiteten Studien vor, Information zu KKH-Patienten sind von großem Interesse, z.B. Testfrequenz, sowie differenzierte Nutzung von Antikörper vs.</p>	
--	--	--

	<p>PCR-Testung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Länder wurden ebenfalls gebeten, ihre best practice Erfahrungen mit einzubringen ! Bestehender Lobbyismus: Interesse weniger von Seiten der Labore als von Testherstellern ! AL1 nimmt heute an der AGI TK teil, dort wird die Testung asymptomatischer sehr kritisch gesehen, sowohl Testergebnisse bei asymptomatischen sowie NPV, PPV sind schwer zu interpretieren und sollten unbedingt mit anderen Aspekten zur Entscheidung kombiniert werden, man kann nicht alleine auf Testung setzen (z.B. Aufnahme in Einrichtungen) <p>Selbsttests</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen <p>„Kölner Papier“ COVID Exit</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zur Kenntnis genommen, nicht erneut besprochen <p>Bericht von FG17</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nur wenige Proben sind eingegangen, gestern 20, heute 10, diese werden gesammelt bis sich die Extraktion lohnt, Ergebnisse liegen noch nicht vor 	
<p>8</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
<p>9</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Thema</p> <ul style="list-style-type: none"> ! MNS in medizinischem Umfeld (s.o. interne Strategie) <p>GA Überlastungsanzeige</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Soll ab 24.04. gelten ! BL/AGI haben sich darauf geeinigt, dass dies zunächst von den GA an die zuständigen Stellen in den Ländern gehen ! Die Information kann anschließend niederschwellig an das Funktionspostfach epialert@rki.de geschickt werden, es soll kein formales Prozedere sein, sondern ähnlich Amtshilfeersuchen, Informationsübermittlung ! Epialert wird ebenfalls für §12 Übermittlungen und internationale Kommunikation im Rahmen der IGV genutzt ! Kein GA hat bisher eine Überlastung angezeigt ! Grüne bzw. Nullmeldungen werden nicht angezeigt, lediglich, ob ein GA am Anschlag ist und ob Unterstützungsbedarf besteht ! Am BMG gab es Unklarheit dazu, ob auch Nullmeldungen eingehen sollen, AGI und RKI-Verständnis war, dass lediglich Überlastung angezeigt wird ! Eine Zusammenfassung der eingehenden Meldungen, dies wird nicht publiziert werden ! Bei Endbeschluss des Gesetztes wird dies erneut untersucht 	<p>FG32/VPräs</p>



10	<p>Surveillance</p> <p>GKV-Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FF durch Abt. 2 (aktuell nur BKK) ! Es werden eventuell noch Daten erhoben für den klinischen nicht ambulanten Sektor, ! Mögliche Indikatoren wurden vorgeschlagen, diese werden zur Kommentierung an FG36 gegeben <p>Stand Gesetzgebung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 3. Coronagesetz geht diese Woche ins Kabinett, letzte dem RKI vorliegende Fassung wurde mit dem Krisenstab geteilt 	FG32
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Kriterien für Grenzöffnungen, BMI/BMG Treffen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Frage ist, welche Kriterien herangezogen werden könnten, um eine Öffnung innereuropäischer Grenzen zu entscheiden ! Ein RKI-Papier für das heutige Treffen der interministeriellen Koordinierungsgruppe wurde erstellt und wird noch mit dem Krisenstab geteilt, Deeskalationsstrategie wurde auch genutzt ! Maria und Matthias an der Heiden stellen es dort vor ! Der Vorgang ist noch nicht abgeschlossen aber es wurde eine gute Diskussionsgrundlage erstellt ! Eine Frage bleibt, in wie weit R als Parameter hierfür dient, sie sollte sicher nicht der einzige Parameter sein, und zusätzlich wesentliche Faktoren in den anderen Ländern müssen ebenfalls erklärt werden, z.B. <ul style="list-style-type: none"> ○ Inzidenz in den 14 letzten Tagen ○ R (sollte <1 sein) ○ Hinweise auf aktuell breite Viruszirkulation ○ Komponenten der antiepidemischen Maßnahmen ○ Verfügbare Kapazitäten bezogen auf Labor, ÖGD, Verhaltensmaßnahmen ○ Situationsspezifische Empfehlungen für MNB ! Einreisende nach Deutschland sollten außerdem genügend Hinweise erhalten ! Barrierefreier Zugang zu medizinischer Testung und Versorgung sollte für Einreisende gesichert sein <p>Effektive Reproduktionszahl</p> <ul style="list-style-type: none"> ! (zu) viel Diskussion über R in den Medien, auch in der AGI, alle sind sehr darauf fixiert ! Es bleibt wichtig zu betonen, dass es ein Schätzwert mit Konfidenzintervall ist, der immer nur 8 Tage berücksichtigt ! Die Situation kann sich schnell ändern, deswegen ist es wichtig, dass eine Expertengruppe dies in der Zusammenschau 	<p>FG32</p> <p>Alle</p>

	<p>bewertet</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ist eine RKI Positionierung notwendig, „ab wann reagieren wir“, z.B. wenn mehrere Tage $R > 1$ Alarm, wenn 1 Tag nicht ! R ist als Einzelkriterium nicht sinnvoll, andere Kriterien müssen noch stärker in die Diskussion eingebracht werden ! Systems der Schwere wäre sinnvoll, es beinhaltet drei Aspekte <ul style="list-style-type: none"> ○ Transmission ○ Klinische individuelle Schwere ○ Impact Mortalität auf andere Bereiche im Gesundheitssystem, z.B. welche Gruppen sind betroffen, Fallverstorbenenraten, Impact generell ! RKI hat ein Papier ans BMG geschickt, in dem von 1-2.000 Fällen pro Woche die Sprache war ! Das RKI-Deeskalationspapier benennt ebenfalls mögliche Indikatoren, BMG wurde gefragt ob es auf der RKI-Webseite veröffentlicht werden kann, BMG bittet nun um Rücksprache ! Johanna Hanefeld kümmert sich um abgestimmte Weiterführung ! Es sollte auch definiert werden, wann antiepidemische Maßnahmen erneut zu verstärken sind, „Reeskalationsstrategie“ <p><i>ToDo: ZIG-L hält Absprache mit BMG zur möglichen Veröffentlichung des Deeskalationspapiers</i></p> <p><i>ToDo: ZIG-L soll ein Reeskalationskonzept vorbereiten</i></p>	
12	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
13	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>Durchhaltekonzept</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wurde gestern in der Abt. 3 FGL Runde besprochen ! Es gibt regelmäßig Löcher im Schichtplan, welches die Frage aufwirft, wie wir uns allgemein über die nächsten Monate aufstellen ! Es gibt auch vermehrt kleine Anfragen, die zum Teil unangenehm sind, sowie generell viele kleine, teilweise schwierige Aufträge ! Es muss längerfristig ein Konzept für das LZ erstellt werden, auch um zu definieren, wie das LZ effektiver gestaltet werden kann ! Gute und wichtige Idee, erste Überlegungen werden auf Abt. 3 FGL-Ebene unternommen 	FG34
15	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Heute: BMI BMG Gespräch zu Grenzöffnungen 	



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 29.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	
-----------	--	--

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	29.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt.1
 - Martin Mielke
- ! Abt.3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Michaela Diercke
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA

- Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>USA</u>: Etwas über 1 Mio Fälle, 58.355 Tote. Sehr heterogenes Bild der Lockerung der Maßnahmen in den einzelnen Bundesstaaten: 7 Bundesstaaten mit $R_{eff} > 1$ wollen Maßnahmen lockern. ZIG1 versucht die Situation in den einzelnen Bundesstaaten genauer darzustellen. ○ Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine großen Veränderungen, Stabilisierung im europäischen Bereich, Erhöhung der Fälle in Brasilien. Der Ausschlag in der Kurve von Spanien ist meldebedingt, bei Darstellung nach Erkrankungsbeginn nicht mehr da. ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine großen Veränderungen ○ R_{eff} Trend für Länder mit >7.000 Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nichts auffälliges, Brasilien geht langsam nach oben, USA pendelt um die 1, in Bundesstaaten jedoch unterschiedlich, in Russland Stabilisierung ○ R_{eff} Trend für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ in den meisten Ländern $R=1$ erreicht, Weißrussland und Bangladesch verbessert, Maßnahmen greifen ○ Länder mit >100 Fällen und einem $R_{eff} > 1$ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Russland zeigt einen anhaltenden Trend nach unten, Brasilien einen Trend nach oben. Rumänien liegt mit R_{eff} knapp >1. ○ Mobilitätsdaten: Keine großen Veränderungen, wird nur noch 2x pro Woche gezeigt <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>USA</u>: weiterhin ansteigende Mobilität (eher Autos und zu Fuß, weniger öffentlicher Verkehr) ▪ <u>Schweden</u>: auch in Schweden hat sich Mobilität 	ZIG1/alle

	<p>reduziert, wenn auch nicht so stark, steigt jetzt wieder an</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Rumänien</u>: verzögert, aber dann auch starker Abfall der Mobilität <p>○ <u>Rumänien</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 11.616 Fälle, 663 Todesfälle, Fallsterblichkeit: 5,7%, Inzidenz/100.000 Ew.: 58,8 ▪ Zwei stark betroffene Regionen (Suceava (1804,0 Fälle/100.000 Ew), Bucharest Stadt (45,9 Fälle/100.000 Ew)) ▪ Bereits am 16.3. Notstand – d.h. Militär und Polizei aktiviert, sehr restriktive Überprüfung der Maßnahmen ▪ Zwei ganze Städte unter Quarantäne (Suceava, Tandarei): Durch nosokomialen Ausbruch in Suceava kann ein Großteil des Geschehens in Rumänien erklärt werden. ▪ Tandarei liegt ebenfalls im Norden des Landes, ¼ der Bevölkerung (ca. 3000/4000 Personen) sind Roma, Auslöser für Quarantäne war Rückkehr von 800 Arbeitern v.a. aus Italien und z.T. DE ▪ Teststrategie ist nicht sehr überzeugend, ca. 10% Positivanteil, inzwischen erweitert auf Personen mit Vorerkrankungen und 2x monatliche Testung der Pflegeheime ▪ Mangel an Ärzten, nur 1700 Beatmungsgeräte, Militär baut mobile KH auf ▪ Zunehmend rassistische Übergriffe gegenüber Roma, Rückkehrer werden als Einträger diffamiert, Erntehelfer werden in DE angefeindet und werden auch bei Rückkehr nach Rumänien angefeindet, ggf. hier spezielle Hilfen notwendig ▪ Hinweis, dass viele Rumänen auch in Schlachthöfen arbeiten, häufig in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht, sollte man beobachten, da auch in einigen anderen Ländern Ausbrüche bei Gastarbeitern <p>○ Lancet-Paper zu Transmissionsdynamik in China</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolation und contact tracing verkürzt die Zeit, in der die Fälle in der Gemeinschaft infektiös sind und damit auch R eff., Gesamtwirkung hängt allerdings sehr von Ausmaß der asymptomat. Fälle ab ▪ Kinder hatten in der Studie ein ähnlich hohes Infektionsrisiko, aber weniger schwere Symptome, Attack rate bis ca. 50 J. stabil, danach steigt sie an 	
--	---	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übertragung in China wesentlich in häuslichen Kontexten, dort sind asymptomatische Kinder aufgefallen und auch im europäischen Raum Übertragung im häuslichen Kontext. ▪ Ein Berliner Kinderarzt macht Untersuchungen bei Kindergartenkindern, er schreibt Artikel für das EpiBul, hat Hinweise, dass Kinder ihre Eltern und Kindergärtnerinnen anstecken, aber die Kinder sich untereinander nicht (Unterscheidung von horizontaler und vertikaler Übertragung wichtig), ähnliche Hinweise auch von anderen Pädiatern ▪ FG36 wird einige Studien zur Rolle von Kindern selbst durchführen bzw. sich beteiligen ▪ Grundsätzlich muss man bei dem Thema und den retrospektiven Studien aus China beachten, dass es Schulschließungen in ganz China und nicht nur in Hubei gab, Schulklassen/Kinder in Kita sind ein anderes Übertragungssetting als das häusliche Umfeld <p>! Dänisches Preprint-Paper:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seroprävalenzstudie bei allen dänischen Blutspendern (fast 10.000 Personen), 1,7% (CI: 0,9-2,3), regional nur geringe Unterscheide in der Prävalenz, Case fatality 0,8%, weniger als sonst in Studien ○ In Deutschland testen nur einige Blutspendezentralen ihre Plasmaspender <p>! Interessant wäre ggf. für die verschiedenen Länder die Bevölkerungsdichte/Anzahl der COVID-Fälle übereinanderzulegen</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 157.641 (+1.304), davon 6115 (3,3%) Todesfälle (+202), Inzidenz 190/100.000 Einw., ca. 120.400 Genesene, Reproduktionszahl = 0,87 (95% KI 0,74-1,02, Stand 28.04.) ○ Hr. Spahn wünscht sich aufgrund der Rundungsprobleme bei R zwei Stellen nach dem Komma, wird daher in Zukunft so berichtet ○ Auf Wunsch von Herrn Spahn soll zudem R auch für 	<p>FG32/alle</p>
--	--	------------------

die einzelnen BL vom RKI publiziert werden. Gerade in kleinen BL ist es möglich, dass einzelne Ausbrüche große Ausreißer ergeben. Einige BL berechnen ihren eigenen Wert, der aufgrund der anderen Datengrundlage (Meldedaten vs. Nowcast) abweichen kann. Muss mit BL abgestimmt werden und sollte nicht gegen ihren Willen publiziert werden. Falls Länder Veto einlegen, muss das auf politischer Ebene geklärt werden.

ToDo: FG32 erfragt in EpiLag und in der AGI TK Haltung zur Frage der Veröffentlichung der R-Werte der BL

- Es soll ab heute eine veränderte Kurve zum Nowcasting verwendet werden (Glättung von 4 Tagen), Berechnung ist einfacher, Daten können besser zur Verfügung gestellt werden.
- Morgen wird für DE die Karte mit der Bevölkerungsdichte der Karte mit der geographischen Verteilung gegenübergestellt, aber wahrscheinlich nicht so sehr große Übereinstimmung.
- Überlegung die Todesfälle im Internet in 5-Jahres-Intervallen darzustellen .
- Informationen über die 22 Verstorbenen unter 40 Jahren sind relevant für weitere Reduktion der Maßnahmen und die Presse. Verstorbene Kinder hatten alle Vorerkrankungen, bis dato keine systematische Erfassung der Informationen bei den <39-Jährigen, könnte gemacht werden.
- Informationen von Kliniker aus Düsseldorf zu Verstorbenen unter 40Jahre, ohne Vorerkrankungen - es gibt Studie von Jefferson zu HCW, die möglicherweise schwerere Verläufe haben, da mit größerer Virusmenge bzw. wiederholt infiziert. Studie zu Todesfällen unter bst. Alter (Einfluss von Viruslast etc.) müsste man jetzt beginnen, ist aber datenschutzrechtlich und auch sonst kompliziert (z.B. keine Daten wann und in welcher Form infiziert).

ToDo: Hr. Eckmanns soll eine Idee entwickeln, wie man dazu eine Studie durchführen könnte.

- DIVI Intensivkapazitäten: im Vgl. zum Vortag weniger Patienten intensivmedizinisch behandelt (-52) und beatmet (-29), weiterhin Kapazitäten auf hohem Niveau vorhanden (8989 freie High Care-Intensivbetten)
- Abb. zu den übermittelten Fällen nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen wird von Fr. Diercke überarbeitet.
- Labortestungen:
 - Die Anzahl der übermittelnden Labore ist auf



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>174 gestiegen, Anteil der SARS-CoV-2-Positivtestungen fällt weiter (derzeit 5,4%), absolute Zahl der Testungen etwas angestiegen (durch Retestungen, in Meldedaten weiterhin Abfall)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Testkapazitäten liegen bei fast 900.000 ○ weiterhin Lieferschwierigkeiten, aber inzwischen weniger Labore, und geringerer Rückstau <p>! SARS-Cov-2 Laborsurveillance (ARS) (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Repräsentativität: nur bis zur 15 KW dargestellt, da sich Zahlen noch ändern, Verhältnis von positiv-getesteten Patienten und Anzahl der Fälle in SurvNet bleibt über die Wochen stabil, auch über die BL relativ stabil (in BE zwischenzeitlich ggf. Testungen aus BB) und über die Altersgruppen (bis auf >100-Jährige) ○ Bei Laboren, die bei ARS mitmachen werden alle Daten ab Jan. übermittelt ○ ARS erfasst 120.000 Teste (ca. 25%) der Gesamttestanzahl von ca. 470.000 ○ Auch hier Anstieg der Testanzahl bei zurückgehender Anzahl SARS-CoV-2 positiver Teste ○ In den meisten Ländern bleibt Testanzahl ähnlich oder steigt an, in wenigen geht sie zurück ○ Positivenanteil rückläufig, gesamt wie auch in den meisten BL, in TR nimmt Positivenanteil etwas zu. ○ Zeitverzug Abnahme/Testung geht weiter zurück, trotzdem einige Berichte von Personen, die sehr lange auf ihr Testergebnis warten müssen. ○ Die Anzahl der Testungen bei >80-Jährigen hat stärker zugenommen, auch in den anderen Altersgruppen leicht. Der Positivenanteil bei >80-Jährigen nimmt weiter ab, möglicherweise nicht mehr so viele Ausbrüche in Altenheimen ○ Es wird versucht das System weiter auszubauen. Derzeit nehmen 50 Labore teil. Teilnahme wird in AG Diagnostik aktiv beworben. ○ FG37 ist in Gespräch mit Schnittstellenbetreiber, aber die Erfassung der Ct-Werte über ARS ist wahrscheinlich nicht kurzfristig 	
--	---	--

	<p>möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ FG37 ist im Gespräch mit Herrn Hansen der Uni Bonn, Herr Hansen, CSV-Datei wird bereitgestellt (Daten pro BL, pro Tag pos/neg Teste) <p>! Syndromische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weiterhin geringe Aktivität der ILI-Raten in Grippeweb und auch AGI ARE-Konsultationen weiterhin gering, bei den 0-4-Jährigen sieht man einen ganz leichten Anstieg, aber nicht bedeutsam. ○ In der virolog. Surveillance wurden keine Influenzaviren und kein SARS-CoV nachgewiesen, geringe Nachweise von Rhinoviren (typischerweise nach Influenzasaison). Anzahl der eingesandten Proben hat sich leicht erhöht, hoffen auf weitere Erhöhung. ○ ICOSARI: Hospitalis. Erkrankte (mit Influenza, Pneumonie und weiteren Infektionen der unteren Atemwege) geht in allen Altersgruppen nach unten, passt zu Rückgang der Positivenrate ○ In allen Altersgruppen geht Anzahl der SARI-Fälle nach unten 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Bericht im DLF (Wildermuth) über Gabe von Östrogen in NY an Männer, da Östrogen Schutzfaktor sein soll (aus Journal of Virology?)</p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Auslegung des Risikos im Sinne des Burden of Disease – Methode dazu ist etabliert (Matthias an der Heiden), aber erst zu berechnen, wenn nach den festgelegten Maßstäben community transmission erreicht (diese entspricht nicht der WHO Def.)</p> <p>! Der Begriff soziale Distanzierung sollte durch physische Distanzierung ersetzt werden. Auch die Aussage „die Zahl der Fälle in DE steigt weiter an“ sollte zu „die Zahl der Neuerkrankungen ist rückläufig“ o.ä. geändert werden.</p> <p>! Auch Kommunikation von individuellem Risiko vs. Risiko für die Gemeinschaft sollte bedacht werden.</p> <p>! Der neue Vorschlag sollte allerdings mit Bedacht gewählt werden und nicht zu deeskalierend sein.</p> <p><i>ToDo: Das LZ entwickelt bis morgen neuen Vorschlag zur Risikobewertung.</i></p>	

	<p><i>spätestens morgen Nachmittag in die Abstimmung</i></p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
6	<p>Dokumente</p> <p>! Aktueller Stand: Flusschema Bevölkerung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hauptänderung: nicht nur Risikogruppen sollen telefonisch Kontakt aufnehmen, sondern alle Personen mit Symptomen ○ KBV Hinweise wurden mit aufgenommen ○ Da auch subfebrile Temperaturen mit erfasst werden sollen, wird Fieber >38°C wieder gestrichen <p><i>ToDo: Wenn Änderungen eingebaut worden sind soll das Flusschema an die BZgA zum Gedankenaustausch gesendet werden, spätestens am Montag sollte es im Internet verfügbar sein (IBBS)</i></p> <p>! Aktueller Stand: Flusschema für Ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sollte nochmal vereinfachen werden, da es zu vielen Missverständnissen kommt ○ Vielleicht zusammen mit Flusschema für Bevölkerung veröffentlichen ○ Vorschlag: Links/Rechts auflösen, Kriterien gleichberechtigter, trotzdem betonen welche Konstellation ist meldepflichtig, Begründeter Verdachtsfall und Fall unter differentialdiagn. Abklärung rausnehmen, Asymptomatische hier nicht aufnehmen ○ Hr. Spahn hat darauf hingewiesen, dass im Sinne seines Dokuments „Testen, testen, testen“ die Testung ausgeweitet werden soll, v.a. in Pflegeheimen und KH 	IBBS/VPPräs/ alle
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Update AG Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Konsertiertes Entwurf des Konzeptes der AG an dem viele mitgearbeitet haben, niederschwellige Testung symptomatischer Personen, Ausweitung für Pflegeheime ○ Änderung der Teststrategie für KH ist komplexer, nächsten Di Diskussion in AG ○ Hr. Mielke sendet Dokument zum gegenwärtigen Stand der Gruppe ○ Nicht geklärt, ob die Dokumente der AG Diagnostik nur zur Information für das BMG sind, oder noch andere Adressaten haben. Bei Veröffentlichung ist Zustimmung des 	Abt. 1 VPPräs

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>BMG nötig.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt eine Studie aus dem Saarland mit sehr weiter Auslegung der Testung – muss beobachtet werden inwiefern das Verbesserung gibt <p><i>ToDo: In der heutigen AG Diagnostik sollen die Behinderteneinrichtungen genauer betrachtet werden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zum Vorgehen bei Häufungen von COVID-19 („Kochbuch“): Es sollte ein Satz aufgenommen werden, dass das GA entscheiden sollte, ob eine Testung asymptomat. Kontaktpersonen indiziert ist ○ Das steht an versch. Stellen im Dokument, aber immer im Bezug zum Dokument zu Alten- und Pflegeheimen, sollte gesondert aufgeführt werden. <p><i>ToDo: Präs fragt nach, ob das Dokument veröffentlicht werden kann.</i></p> <p>! Rel. hoher Anteil falsch positiver PCR-Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diskussion über das Dokument von INSTAND wurde vertagt ○ Es gibt im Rahmen einer Zwischenauswertung von INSTAND einen relativ hohen Anteil von falsch-positiven Ergebnissen – man kann allerdings aufgrund dieses Wertes keine Hochrechnungen machen, wichtig im Detail zu betrachten nach Abschluss des Ringversuches. ○ Man muss beachten, dass alle Teste falsch-positive Ergebnisse zeigen, ggf. müsste man empfehlen bei asymptomatischen Personen im Screeningverfahren einen weiteren Test zur Bestätigung zu machen. ○ Auch hier zeigt sich die gebotene Sensibilität bei der Kommunikation mit der Bevölkerung. 	
<p>8</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Prognose für Intensivbetten in Deutschland (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Prognose zeigt, dass selbst im schlimmsten Szenario (5% und 21 Tage Liegedauer) die Kurve unter der kritischen Grenze bleibt 	<p>FG37</p>
<p>9</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>10</p>	<p>Surveillance</p> <p>! SARS-Cov-2 Laborsurveillance (ARS): s.o.</p> <p>! Action: Reporting of COVID-19 transmission classification in</p>	<p>FG36</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Dauerbetriebsfähigkeit und schriftliche Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es werden zunehmend MA von OEs zurückgerufen, Dauerbetriebsfähigkeit muss gewährleistet bleiben ○ Es muss auch bedacht werden, dass weitere MA die Anfragen, die über das LZ reinkommen z.T. sehr kurzfristig beantworten müssen. ○ Wichtig wäre, dass am WE nur das bearbeitet werden muss was am WE auch unmittelbar relevant ist. ○ Das LZ filtert viele Anfragen heraus und bearbeitet sie wenn möglich direkt. Nur die Anfragen werden weitergeleitet für die die weitere fachliche Expertise benötigt wird bzw. die vom LZ nicht beantwortet werden können. ○ Anfragen der Ministerien haben zum Teil kurze Deadlines und können vom LZ nicht verschoben werden, hohe Nervosität auf allen Ebenen 	
15	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 13:30 Uhr - Reeskalation, Deeskalation ! Technological Control of the COVID-19 Pandemic - The Israeli Test Case ! 15:45 Besprechung von Fr. Teichert und Fr. Rexroth mit Hr. Rottman 	
16	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Freitag, 30.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	30.04.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

- Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >70.000 Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>USA</u>: > 1 Mio. Fälle, 1/3 der Fälle weltweit; Entwicklung: auf einem Plateau bis leicht abfallend. In einzelnen Bundesstaaten ergibt sich anderes Bild, es gibt Staaten mit steigenden und solche mit sinkenden Fallzahlen, dies korreliert mit den Mobilitätsdaten. Bei Staaten mit hohen Fallzahlen ist die Mobilität angestiegen, was auf eine zu frühe Lockerung der Maßnahmen schließen lässt. ○ Länder mit 7.000-70.000 Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht viel Neues: Anstieg in Brasilien setzt sich fort, Abnahme der Fallzahlen im Iran. ○ Länder mit 1.400-7.000 Fällen/ letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine großen Veränderungen: in Bangladesch, Weißrussland weiterhin Anstieg. Über Katar soll nächste Woche berichtet werden, hier gibt es eine große Anzahl Arbeitsmigranten. ○ R eff. Trend für Länder mit >7.000 Fällen/ letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Russland: Annäherung an den Wert 1 durch stringenter Nachverfolgung der Strategie. ○ R eff. Trend für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/ letzte 7 Tage: <ul style="list-style-type: none"> ▪ nichts Neues <p>! Schwere Fälle bei Kindern - Update</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abfrage in mehreren Ländern: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frankreich mind. 25 Fälle in den letzten 3 Wochen in Region Ile-de-France, teilweise SARS-CoV-2 positiv ▪ UK mind. 12 Fälle, teilweise positiv; normalerweise 8/100.000 Kinder unter 5 Jahren pro Jahr. 	ZIG1



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Belgien: mind. 10 Fälle ▪ Italien: mind. 12 Fälle in Bergamo (8 davon positiv), 5 (2 davon positiv) in Genua; keine Zunahme in Rom. Positiv getestete Kinder hatten eher schwerere Verläufe als negativ getestete Kinder. ▪ Slowenien: mind. 6; USA: mind. 4, Niederlande: mind. 2 Fälle, Irland: mind. 1 Fall; in Australien Kawasaki-Fälle in Notaufnahme konstant wie vor COVID-19 <ul style="list-style-type: none"> ○ Laut einer Abfrage der DGPI würden 3 Fälle in Deutschland passen. Bei einer EWRS-Abfrage hatten die meisten Länder weniger als 10 Fälle. ○ Wie ist die Inzidenz beim Kawasaki-Syndrom normalerweise? Dies müsste in Relation zu den jetzigen Fällen gesetzt werden. Ist die klinische Symptomatik im Vergleich verändert? ○ Gibt es bereits eine gemeinsame Auswertung vom ECDC oder von WHO Euro? Falls nicht, sollte dies angeregt werden. Bisher ist unbekannt, ob ESPID bereits einen Survey plant. DGPI und DGKJ sind europäisch und international vernetzt. Klinische Daten werden zusammengefasst, <p><i>ToDo: Bei DGPI nachfragen, ob europäische Auswertungen geplant sind.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kinder sind häufig nicht symptomatisch. Laut einer Stellungnahme der Gesellschaft für Krankenhaushygiene, spricht einiges dafür, dass Kinder auch schwer betroffen sein könnten. Sollte im nächsten ECDC Risk Assessment mit aufgenommen werden. <p><i>ToDo: FG32 wendet sich diesbezüglich ans ECDC.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ob klinische Daten zu Kindern in LEOSS aufgenommen werden können, klärt IBBS. Es sollen möglichst keine Parallelsysteme entstehen. In LEOSS sind auch Kinder enthalten, bietet sehr umfangreiche Daten über klinisches Bild. <p>! Französische nationale Exit-Strategie: „Protéger–Tester–Isoler“</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Umsetzung der Strategie nur, wenn es am 07.05. weniger als 3.000 Fälle/Tag gibt. ○ Phasen der Lockerung <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. Phase ab 11.05.: Öffnung Kitas, Grundschulen.. 	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ende Mai Evaluation der Maßnahmen und Entscheidung, ob ab 02.06. die 2. Phase eingeleitet werden kann. ▪ Maßnahmen werden regional angepasst. ▪ Flankierend: Maskenpflicht in öffentlichen Verkehrsmitteln, Hochfahren der Tests, Handy-App zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung. ○ Umsetzung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einteilung der Departements in 2 Kategorien: grün und rot; tägliche Aktualisierung einer Karte ab 30.04. nach den Kriterien: Trend der Fallzahlen über 7 Tage, Intensivkapazitäten, Testkapazitäten und Kapazitäten bei der Kontaktpersonennachverfolgung. ▪ Grün kategorisierte Departements können ab 11.05. Lockerungen umsetzen. ○ Gesundheitswesen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolierung von bestätigten Fällen zu Hause oder in zugewiesenen Hotels ▪ „Brigaden“ zur Nachverfolgung und Testung von Kontaktpersonen ▪ Masken werden von Arbeitgebern bereitgestellt und von staatlicher Seite verkauft. ▪ 700.000 Tests/Woche ▪ Kosten werden zu 100% von der Gesundheitsversicherung übernommen. ○ Nicht vor 01.09.: Sportveranstaltungen, Versammlungen > 5.000 Personen, Hochzeiten <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 159.119 (+1.478), davon 6.288 (4,0%) Todesfälle (+173), Inzidenz 190/100.000 Einw., ca. 123.500 Genesene ○ Bundesländer: wenig Fälle in MV ○ Epikurve ist am Abflachen; Genesene nehmen einen großen Teil der Epikurve ein. 	FG32
--	--	------



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reproduktionszahl wird nun mit 2 Nachkommastellen angegeben, die Berechnung wurde vereinfacht. ○ Die Daten zur Schätzung der Reproduktionszahl werden von Medien angefragt. Es handelt sich um Anfragen großer Medien. Die Zahlen sollen nicht im Internet veröffentlicht werden, sondern nur auf Anfrage mit Erläuterungen herausgegeben werden. ○ Geschätzte Reproduktionszahl nach Bundesland <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mit Bundesländern soll in EpiLag besprochen werden, ob die Reproduktionszahl pro BL angegeben werden soll. Vor allem bei niedrigen Fallzahlen kann ein kleiner Ausbruch zu einer hohen Reproduktionszahl führen, siehe MV. Die Angabe von R ist bei kleinen Fallzahlen nicht sinnvoll. Man könnte stattdessen, wenn die Schätzung zu unsicher ist, „nicht auswertbar“ schreiben. Die Frage ist, ab wann sind Fallzahlen zu klein und können aus mathematischen Gründen nicht mehr korrekt berechnet werden? <p><i>ToDo: Kriterien für zu kleine Fallzahlen festlegen, FF Hr. an der Heiden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wurde diskutiert, ob auf Bundeslandebene R mit nur einer Nachkommastelle angegeben werden sollte. Dies wurde verworfen, da die Rundung auf eine Nachkommastelle zu großen Sprüngen zwischen zwei Tagen führen kann, was in der politischen Diskussion schwer vermittelbar ist. Deshalb ist es vorzuziehen, diesen geschätzten Wert mit 2 Nachkommastellen anzugeben. So wird auch die Einheitlichkeit zur Angabe für Deutschland gewahrt. ▪ Einwand: R auf Bundeslandebene runterzurechnen macht bei sinkenden Fallzahlen wenig Sinn, sinnvoller wäre es die Inzidenz zu betrachten. Die Berechnung wurde vom Minister angewiesen. Nur falls die Länder nicht zustimmen, kann davon abgesehen werden. Muss mit Ländern besprochen werden. <ul style="list-style-type: none"> ○ Bisher gab es von keinem LK eine Überlastungsanzeige, aber auch keine Negativanzeigen, das Konzept ist noch in der Überarbeitung. ○ Neu ist die Übersicht über Todesfälle bei < 40-Jährigen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es gibt 23 Todesfälle bei < 40-Jährigen: 15 waren hospitalisiert, 9 auf ITS, 3 mit Beatmung. 19 sind an, 2 mit COVID-19 verstorben, bei 2 ist die Ursache unbekannt. 13 hatten eine Vorerkrankung, bei 10 wurde die Angabe nicht erhoben/war nicht ermittelbar 	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Daten sind unvollständig. Es handelt sich um Informationen, die im Moment im Meldesystem verfügbar sind. Vermutlich waren mehr hospitalisiert und wurden mehr beatmet. Es handelt sich um eine tagesaktuelle Veröffentlichung, die auch Fehleingaben enthalten kann. Falls möglich, sollten die Daten in den Gesundheitsämtern im Longitudinalverlauf differenziert dokumentiert werden. ▪ Sinnvoll wäre eine eigene Kategorie für Säuglinge bis 1 Jahr. ○ DIVI Intensivkapazitäten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensivmedizinische Behandlung eher abnehmend, Kapazitäten bleiben gleich. ○ Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Lagebericht werden nun auch die Hospitalisierten und Genesenen ausgewiesen. ! Mortalitätssurveillance <ul style="list-style-type: none"> ○ EUROMOMO: fast durchgängig großer Peak, Schweden hat sehr eindruckliche Exzessmortalität. ○ Laut Daten von DESTATIS gibt es ab 13./14. KW einen unüblichen Anstieg. Die Webseite von DESTATIS wird erst am nächsten Dienstag aktualisiert. Dann wird es eine gemeinsame Pressemitteilung mit dem RKI geben. <p><i>ToDo: wenn verfügbar von RKI-Homepage aus verlinken, Presse</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Neuer Vorschlag: Soziale Distanzierung muss noch in physische Distanzierung umgewandelt werden. Verweis aufs Dashboard wurde eingefügt. Einigung auf: „Die Zahl der übermittelten Fälle ist rückläufig.“ ! Die Änderungen wurden so beschlossen. 	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Neben laufenden Themen, wie Masken, Impfungen und Kinder gibt es zunehmend Anfragen aus Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Bedarfen. ! Das Merkblatt für Ältere ist in Finalisierung und kann Anfang 	BZgA



	<p>nächster Woche eingestellt werden.</p> <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! COVID-Seite wird überarbeitet und soll nächste Woche vorgestellt werden. ! Mortalitätssurveillance gemeinsame PM von DESTATIS und RKI: siehe aktuelle Lage national 	Presse
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Strategie Deeskalation – Reeskalation ○ Kriterien wurden gestern diskutiert und 6 Parameter benannt. R-Wert muss noch geändert werden, soll nicht generell wegfallen, jedoch nicht auf Landkreisebene, maximal auf Bundeslandebene. <p><i>ToDo: Kommentierung bis 17 Uhr</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Papier von nicht-universitäten Instituten bestätigt Überlegungen des RKI und ist eine gute Unterstützung nach außen. RKI hatte einen gewissen Einfluss darauf. <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	ZIG/ Alle
6	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>„Kochbuch“ zur Veröffentlichung bereit?</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Veränderungen wurden gestern eingearbeitet. Zustimmung vom BMG ist vorhanden. Das Dokument wurde über Kanzleramt bereits zirkuliert und kann am Samstag zusammen mit Testung auf der Homepage veröffentlicht werden. <p><i>ToDo: Email von Hr. Holtern mit Zustimmung verakten</i></p> <p>Erlass zur Anpassung der Testkriterien zur Verdachtsabklärung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frist bis 02.05.; Erlass nimmt Bezug auf die derzeit zur 	<p>FG17/ ZBS1</p> <p>AL1</p>

	<p>Verfügung stehenden Testkapazitäten. Die Einschränkungen bei der Testung sollen aus allen Papieren rausgenommen werden. Ziel ist eine niederschwellige Testung. Aus dem Papier für Ärzte wurde die Einschränkung schon entfernt. Das Papier für die Bevölkerung ist in Abstimmung bei der BZgA.</p> <p>! Ein Papier für Pflege- und Altenheime sowie Behinderteneinrichtungen liegt in Version 4 vor. Die Version 5 soll am Samstag ins Internet gestellt werden. Dort ist eine schrittweise Öffnung der Nutzung der freien Testkapazitäten enthalten, die Einschränkungen wurden rausgenommen. Einrichtungen für Behinderte wurden noch nicht ausreichend berücksichtigt.</p> <p>! Die Öffnung der Testung sollte je nach Indikationsstellung schrittweise vorgenommen werden, die nächste Gruppe wären Krankenhäuser. Ein Screening im Krankenhaus-Kontext steht nächste Woche auf der Agenda.</p> <p>! Im „Kochbuch“ Testen in Ausbruchssituationen wird auch empfohlen Asymptomatische zu testen.</p> <p><i>ToDo: Bericht ans BMG mit Darstellung des gegenwärtigen Standes</i></p> <p>! Universitäten: Hr. Schaade hat mit Hochschulverband wegen eines Papiers zu Hochschulen gesprochen. Arbeitsmediziner und Hygieniker der Universitäten sollten das Papier schreiben, dieses könnte vom RKI gegengelesen werden.</p> <p>! Schulen: Übertragung von COVID durch Kinder wird von FG36 zusammengetragen und ausgewertet. Wenn mehr Ergebnisse vorliegen, kann mehr dazu gesagt werden. Personal in Schulen gehört zum Teil Risikogruppen an.</p>	<p>FG37</p> <p>FG36</p>
<p>8</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Bisher ist, vom Einsatz von medizinischem Personal abgesehen, Zeit das relevante Kriterium. Sollte auf negative Tests umgestellt werden?</p> <p>! Dagegen spricht, dass die Testung zu einem Zeitpunkt nicht als zuverlässig angesehen wird. Auch sind Personen zum Teil lange asymptomatisch und werden trotzdem positiv getestet.</p> <p>! Votum: Entlasskriterien bleiben so bis gesicherte Erkenntnisse aus weiteren Studien von FG37 und ZBS1 vorliegen.</p> <p>! Eine positive Testung nach einem länger als 14 Tage zurückliegenden Symptombeginn ist häufig ein Problem bei medizinischem Personal. Diese benötigen auf jeden Fall 2 negative PCR-Ergebnisse, bevor sie wieder eingesetzt werden können. 2 negative Ergebnisse hintereinander zu erhalten, dauert häufig deutlich länger als 14 Tage. Sollte es eine</p>	<p>FG37/ ZBS1/ FG14</p>



	Möglichkeit geben, früher wieder arbeiten zu können? Auch hier müssen zunächst Studien abgewartet werden. Für den privaten Bereich gilt auch für HCW das Zeitkriterium.	
9	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Erkenntnisse über die Wiederaufarbeitung von Masken bei 70° wurden von der Webseite wieder entfernt. Eine Berichterstattung an BMAS erfolgte nicht. RKI ist nicht zuständig. BMAS soll sich ans BMG oder BfArM wenden.	FG14
10	Surveillance ! Nicht besprochen	
11	Transport und Grenzübergangsstellen ! 2 internationale WHO-Mitarbeiter aus Kongo bzw. Tschad wurden mit MedEvac nach Berlin bzw. Frankfurt gebracht. Hilfsersuchen müssen zwingend über BMG gesteuert und dort zwischen den Ressorts abgestimmt werden.	IBBS
12	Internationales (ausnahmsweise, nur freitags) ! Gemeinsam mit WHO Euro wird zurzeit eine Remote Mission in Armenien durchgeführt. In 1. Maiwoche werden 2 weitere Termine stattfinden; bei Interesse an Teilnahme melden. ! Eine 2. Mission mit diesem Format wird Moldawien betreffen. ! Zurzeit erhöhte Anzahl Anfragen aus Südamerika, gehen gleichzeitig an die SEEG. Die Charite hat eine relativ große Spende für die Unterstützung von Südamerika von der Gates-Stiftung bekommen, eine Absprache hierzu findet heute statt. ! Südafrikaner sind sehr interessiert an einer Kooperation. ! Es sind international vergleichbare Seroprävalenzstudien geplant. Hr. Lampert ist eingebunden und erste Diskussionen haben bereits stattgefunden. ! Internationale Dienstreisen sind noch nicht wieder erlaubt. Einsätze von SEEG sind teilweise sehr arbeitsaufwändig und ungewöhnlich kurz (Testung vor Abflug, Absehen von Quarantäne im Partnerland, Einsatz von Militärflugzeugen).	ZIG
13	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
14	Information aus dem Lagezentrum Überlastungsanzeige der GAs ! Konzept wird überarbeitet und dann geteilt. ! Die Erläuterung zu R, die heute im Lagebericht erscheinen wird, soll vorab an Presse geschickt werden.	FG32 Presse



	<p><i>ToDo: Erläuterung vorab an Presse schicken</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Am Aussehen der Webseite soll im Moment nichts geändert werden. 	
15	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! AGI TK <ul style="list-style-type: none"> ○ Dokument zu Visieren als Mund-Nasenbedeckung wird in der AGI von Hr. Thanheiser vorgestellt: Es handelt sich nicht um einen adäquaten Ersatz von MNS. ! TK mit Hr. Rottmann und Fr. Teichert (BVÖGD) zu Containment Scouts <ul style="list-style-type: none"> ○ Bisher örtlich zugeordnete Teams, jetzt sollen 525 weitere Personen für mobile Teams, die beim RKI angesiedelt sind, eingestellt werden. Diese sollen für Unterstützung vor Ort zur Verfügung stehen. ○ Dies könnte zu logistischen Problemen am RKI führen. Ein Konzept, bei dem auch auf Landesebenen Leute positioniert werden, wird favorisiert. Auch sind die dezentral angeordneten Teams auch in gewissem Maße mobil und können für Einsätze in benachbarten GA eingesetzt werden. ! HSC TK (Montag) 	Alle
16	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Dokument zu Hygienemaßnahmen im Gesundheitswesen wird heute veröffentlicht. ! Nächste Sitzung: Samstag, 02.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	02.05.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt.1
 - Martin Mielke
- ! Abt.3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Michaela Diercke
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Eva Krause
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen

- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1,1 Mio Fälle, keine großen Änderungen, stabiles Level, leicht abfallende Tendenz, in den einzelnen Bundesstaaten weiterhin heterogenes Bild, NY abfallender Trend ○ Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trends haben sich fortgesetzt, Maßnahmen in Brasilien erst vor einer Woche eingeführt, Mitte nächster Woche sieht man frühestens Effekt ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein auffallendes Signal, Peak in der Kurve Serbiens beruht auf Meldeartefakt (Serbien in den 5 Tagen zuvor nichts gemeldet) ○ R eff. Trend für Länder mit >7.000 Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Russland geht auf R eff = 1 zu, Effekte der deutlichen Verstärkung der Maßnahmen ○ R eff Trend für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg in Serbien zeigt, dass man den R-Wert nicht ohne absolute Zahlen diskutieren kann ○ Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guinea-Bissau R eff=15, da Anstieg von 70 auf 250Fälle, aufgrund von Clustern in Regierung, Premier und drei weitere Minister + Entourage infiziert ○ Studie zu Schulen in New South Wales, Australien: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulen weiterhin geöffnet, Studie von März bis Mitte April ▪ 18 Fälle (9 Schüler, 9 Mitarbeiter), 735 Schülerinnen und Schüler und 128 Lehrkräfte waren Kontaktpersonen, keine Sekundärfälle unter den Lehrkräften, nur zwei Übertragungen auf Schüler berichtet (ggf. hier auch Kontakt außerhalb der Schule) 	ZIG1/alle

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Australische Studie ist in Übersicht für BMG vom 29.04.2020 drin, nicht alle Kontaktpersonen wurden abgestrichen, sondern nur 288 symptomatische Personen ○ Science Studie: Changes in contact patterns shape the dynamics of the COVID-19 outbreak in China <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontakt und Transmissionsstudie in Wuhan und Shanghai, tägliche Kontakt während des Lockdowns wurden um das 7-8-fache reduziert ▪ Proaktive Schulschließungen können die Spitzeninzidenz um 40-60% senken und die Epidemie verzögern ○ Schweizer Review im Preprint: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 120 Studien angeschaut, 8 verwendet, publication bias, da asymptomat. Übertragung medienwirksamer, ggf. mehr veröffentlicht ▪ Obergrenze für den Anteil asymptomatischer SARS-CoV-2-Infektionen von 29% (95% KI 23 bis 37%), eine Modellierungsstudie ebenfalls angeschaut, dabei 18% (95% KI 16 bis 20%) – Wert wahrsch. zw. 20 – 30% ▪ In Modellierungsstudien ca. 50% durch präsymptomatische, Anteil der asympt. Personen ist deutlich geringer ○ Eindeutige Schlussfolgerung zu dem Unterschied der Infektiösität bei unterschiedl. Symptomatik (Husten vs. asymptomat.) ist noch nicht möglich, komplexes Thema da es viele Einflussfaktoren gibt. <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 161.703 (+945), davon 6.575 (1,5%) Todesfälle (+94), Inzidenz 195/100.000 Einw., ca. 129.000 Genesene, Reproduktionszahl = 0,78 (95% KI 0,66-0,88, Stand 02.05.2020) ○ Geringerer Anstieg wahrscheinlich weniger Diagnostik und Meldung am Feiertag ○ Der Satz zur Interpretation des R im Lagebericht soll gestrichen werden, da die regelmäßige Anpassung aufgrund des schwankenden Rs in der Öffentlichkeit Verwirrung stiften kann. ○ Ggf. könnte man beim nächsten Pressebriefing darstellen, dass sich das Gesamtinfektionsgeschehen i.d.R. deutschlandweit nicht von einem Tag auf den anderen ändert, sondern i.d.R. andere Effekte und einzelne regionale Ausbrüche für die 	<p>FG32/alle</p>
--	---	------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Schwankungen sorgen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ein nicht arbeitstägliches Berichten des R wäre besser gewesen, da damit die Schwankungen, die in der Interpretation komplex sind, hätten vermieden werden können, kann aber nicht mehr verändert werden, da sonst falsche Schlussfolgerungen gezogen würden. ○ Zusätzlich könnte ein Mittel des R der letzten Woche berichtet werden, das wäre ein stabilerer Wert. Das sollte allerdings zunächst getestet werden, bevor es berichtet wird. <p><i>ToDo: Hr. an der Heiden berechnet die Mittelwerte des R und stellt diese zur internen Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DIVI: 1219 Kliniken/Abteilungen beteiligt <ul style="list-style-type: none"> ▪ Derzeit 2105 Patienten in intensivmed. Behandlung ▪ Aufnahme der pädiatrischen Intensivbetten wäre wichtig und sollte während der Öffnungen der Schulen und Kitas beobachtet werden ▪ Es gibt eine Studie im PH Journal wonach selbst bei moderaten Szenarien pädiatr. Intensivbetten überlastet werden könnten ▪ Derzeit kann der Wert noch nicht ausgewiesen werden, Vorarbeit nötig, dazu ist Unterstützung notwendig <p><i>To Do: Präs spricht Hr. Grabenhenrich an, er soll den Unterstützungsbedarf formulieren (externe Zuarbeit auf Honorarbasis wenn möglich)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Überlastungsanzeigen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Überlastungen der GÄ werden erfasst, wird als Folie mit Karte eingefügt. ▪ Derzeit haben 10-11 BL gemeldet. ▪ Bedarf der Unterstützung in Thüringen und Sachsen-Anhalt: Ilmkreis, SK Weimar, SK Gera und LK Harz, es muss aber noch geklärt werden, ob die Unterstützung durch das Land oder das RKI kommen soll. ▪ Ein offizielles Amtshilfeersuchen ist aus Berlin eingegangen zu einem Ausbruch in einem Alten- und Pflegeheim und ein weiteres aus Sachsen zu einem Ausbruch in einer geriatrischen Einrichtung. ▪ FG37 versucht in der Regel telefonisch zu unterstützen, bei der derzeitigen Anzahl zu leisten, bei erhöhter Anzahl könnte es problematisch werden . ▪ Die meisten Containment Scouts wurden auf die Länder verteilt, muss an AGI nochmal kommuniziert werden, dass der Großteil der Mitarbeiter verteilt worden ist. 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Reserve für das RKI von 5 Teams ist geplant, allerdings sollten das ursprünglich die Mitarbeiter aus der gern-Studie sein, die damit zwischenfinanziert werden sollten und als Containment Scouts zur Verfügung stehen sollten. Es wurden daher keine neuen Mitarbeiter für das RKI eingestellt. Inzwischen werden die gern-Mitarbeiter aber aus Mitteln der Serostudie bezahlt und müssen dort unterstützen. ▪ Es müssen noch weitere Containment Scouts eingestellt werden, die zu Ausbrüchen gesendet werden können (ggf. als Aushilfe ohne Senior). Wird von Fr. Schuckert geklärt. 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! FG36 schlägt vor die Geruchs- und Geschmacksstörung auch in weitere Dokumente aufzunehmen</p> <p><i>ToDo: FG36 erarbeitet einen Entwurf und bringt ihn als Vorschlag in Krisenstab ein.</i></p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Kollateralschäden: Insbesondere alte und hochalte Personen in häuslicher Pflege oder entsprechenden Einrichtungen formulieren, dass sie die Kollateralschäden der sozialen und physischen Distanzierung als schlimmer empfinden als ihre Angst vor einem möglichen Tod an COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gibt es Ergebnisse von Serostudien, die die Immunitätslage bei Alten und Hochalten untersucht hat? ○ Derzeit keine Studien, die differenziert diese Altersgruppen betrachtet haben. Die repräsentative Studie des RKIs wird später dazu Aussagen machen können. <p>! Diverse Fragen auch zur Studie von FG36 mit DJI und Unterstützungsangebot bzgl. des Ethikvotum für die Blutentnahmen bei gesunden Kindern im Kindergartenalter</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Studie ist noch in der Planungsphase, Entscheidung erst nächsten Mi mit DJI, danach gerne Besprechung der Fragen der BZgA, Unterstützungsangebot für Ethikfragen wird dankbar angenommen <p>Presse</p> <p>! Leitfaden für den ÖGD zu Ausbrüchen wurde veröffentlicht</p> <p>! Montag wird es eine Online-Vorab-Veröffentlichung zum Tag der Händehygiene von Hr. Hübner geben (mit Gewichtung auf COVID-19).</p>	<p>BZgA/VPräs/ FG36</p> <p>Presse</p> <p>Präs/alle</p>



	<p>! Spiegel-Artikel mit RKI-Kritik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auf eine so große Kritik sollte das RKI antworten, geplant ist Pressebriefing von Hr. Wieler ○ Hr. Wieler lässt Artikel zunächst rechtlich prüfen ○ Beratung zudem mit einer Agentur, die zwei Angriffe zuvor schon hat präventiv abwehren können ○ Fr. Buchberger verfolgt schon länger Zeit die Kritik im Internet und überprüft, ob die fraglichen Dinge wirklich unklar formuliert waren. ○ Generell ist ein Strategiewechsel in der Politik zu verzeichnen, der Konsens zw. Opposition und Regierung wurde aufgekündigt. ○ Ab 1. Juni werden 3 Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen eingestellt, die sich ausschließlich mit Wissenschaftskommunikation beschäftigen werden, Kommunikation soll offensiver gestaltet werden. ○ Verantwortung für zwei Kritikpunkte liegt beim BMG: MNS statt FFP2 und die verlangsamte Reaktion zu den Risikogebieten. <p><i>ToDo: Die Leitung wird zusammen mit Fr. Buchberger die Kritik Punkt für Punkt durchgehen und Ursachen benennen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ggf. könnte an geeigneter Stelle angebracht werden, dass für die starke Position, die das RKI hat, eine entsprechende personelle Ausstattung nötig wäre, aber grds. ist bekannt, dass wir besonders in einigen Bereichen nicht die Ressourcen haben, die wir benötigen. Zum Beispiel gab es für respirator. Erreger, die i.d.R. die Auslöser von Pandemien darstellen nicht viele Mittel. ○ Das RKI muss sich mehr mit Wissenschaftlern aus dem Ausland vernetzen bzw. die bestehende Vernetzung sichtbar machen und strategisch denken. Jede wissenschaftliche Studie des Hauses sollte möglichst mit einem inländ. und ausländ. Partner durchgeführt werden, um diese Vernetzung zu zeigen. ○ Die Äußerung von Hr. Lauterbach zur Evidenzlage und zur politischen Umsetzung der Infos aus der Wissenschaft sollten genau betrachtet werden. Das RKI sollte klar stellen: was ist die wissenschaftl. Evidenz und was die politische Auslegung der Fakten, die das RKI umsetzt. ○ Es gab einen Vorwurf von Hr. Kräuslich, dass wir uns nicht mit anderen Wissenschaftlern abstimmen würden. Die Abstimmungen im Bereich Virologie auf nationaler Ebene haben v.a. mit Hr. Drosten stattgefunden. Aber es gibt viele 	
--	---	--

	<p>Abstimmungen auf nationaler Ebene mit anderen Fachgesellschaften, mit KH, mit den Ländern und stark auch auf internationaler Ebene (ECDC, STAG, viele informelle Anfragen bei der ZIG etc.). Sollte transparenter dargestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Pressepanel sollte anders besetzt und gestaltet werden, um Hr. Wieler aus der Schusslinie zu nehmen. ○ Es sollte mehr über Positives berichtet werden, im internat. Kreis gibt es derzeit nur pos. Feedback. ○ Ein Thinktank sollte gebildet werden, Unterstützung von außen notwendig. ○ Eine Kritik am RKI war zu erwarten, Teil des Zyklus der Krise, es kann allerdings sein, dass das in der derzeitigen Lage politisch instrumentalisiert wird. Politiker können das nutzen, um ihre eigenen Agenden zu verschleiern. ○ Kritik kommt in Phase einer wahrgenommenen Entspannung, aber das RKI sollte sich schon jetzt auf die Situation vorbereiten wenn sich die epidemiolog. Lage spätestens im Herbst wieder verändert, da das Gewicht des RKIs dann wieder größer wird. ○ Da Punkte von denen man es gar nicht erwartet hätte, plötzlich eine politische Bedeutung bekommen, sollte alles im Vorfeld darauf geprüft und bestmöglich kommuniziert werden. 	
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Beschluss des Verfassungsgerichts Saarland zur verhängten Ausgangsbeschränkung (2 Dokumente)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eine am gleichen Tag wie die Schweizer Studie publizierte Science-Studie hat genau das Gegenteil gezeigt ○ Derzeit gibt es noch keine gesicherte Evidenzlage ○ Problematik der Kausalität der Sterbefälle – das ist nicht möglich in den Einzelfällen zu belegen oder widerlegen, da es sich immer um ein Multikomponentengeschehen handelt ○ Grundsätzlich wird infrage gestellt, ob COVID-19 überhaupt relevant ist, sollte juristisch überprüft werden, welche fachlichen Fragen sich draus ergeben. <p><i>ToDo: Das LZ sendet das Urteil an L1 zur Kenntnis und Bewertung.</i></p> <p>! Sinnhaftigkeit Einkauf von 40 Mio. serologische Testkits von Roche</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es kam eine Anfrage vom BMG (Hr. Holtherm) ohne Frist zur Bewertung des Einkauf von 40 Mio. serologische Testkits von Roche. Das Ziel von Hr. Spahn ist für DE genügend Testkits zu 	<p>VPräs/FG37/ FG36</p> <p>Präs/alle</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>kaufen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Roche Test basiert auf Gesamt-Ig-Nachweis, soll sehr hohe Sensitivität haben, ggf. geringere Spezifität ○ Insgesamt über 200 verschiedene Teste auf dem Markt – nach Medizinproduktrecht kann das BfARM nicht viel ausrichten wenn CE-Zertifizierung vorhanden ist. ○ Das PEI betreibt ein akkreditiertes Testlabor und beschäftigt sich mit den Fragen der Qualität der Teste (Hr. Nübling), bevor solche Investitionen gemacht werden, sollte mit dem PEI und dem BfARM Rücksprache gehalten werden. Zusätzlich sollte im Besten Fall noch die Expertise der Fachgesellschaften (Hr. Drosten, Hr. Schmitt-Chanasit etc.) eingebunden werden. ○ RKI kann sich nur zu epidemiologischen Aspekten äußern. <p><i>ToDo: Hr Wieler wird Hr. Holtherm um einen Erlass zu dieser Frage an das RKI, das PEI und das BfARM bitten.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Solch eine umfangreiche Beschaffung von Tests ist nur sinnvoll, wenn im großen Maße der immunolog. Status getestet werden soll, dafür ist aber derzeit nicht genügend Kenntnis über die Immunitätsdauer vorhanden, zusätzlich ist die Rolle der Schleimhäute und des respirator. Epithel nicht geklärt, genauso wenig wie die T-Zell-Immunität. Man müsste sehr klar definieren, was mit den Tests gemacht werden soll. ○ Roche Test ist, wie auch alle anderen vorhandenen Teste an Erkrankten validiert, es liegen keine Daten zur Serokonversion bei asymptomat. Infizierten vor. ○ RKI hat >1,6Mio Tests von EUROIMMUN gekauft, ca. 560.000 werden für die Sero-Studie benötigt, werden nach und nach geliefert. FG37 kann für serologische Studien mit Hr. Lampert Kontakt aufnehmen. <p>b) RKI-intern</p> <p>! Anfrage ZIG2 (Charbel El Bcheraoui) zu Analyse von Timeliness</p> <p>Hat sich erledigt.</p>	<p>FG32</p>
<p>6</p>	<p>Dokumente</p> <p>! Flussdiagramm für Bevölkerung und Orientierungshilfe für Ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Flussdiagramm für die Bevölkerung wird Anfang der Woche mit BZgA abgestimmt sein und wird spätestens Dienstag publiziert. ○ Die Orientierungshilfe für Ärzte benötigt eine stärkere Überarbeitung, damit es längere Zeit verwendet werden kann. 	<p>VPräs/IBBS/ alle</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>entschieden nur Parameter zu nehmen für die Daten vorhanden sind und übermittelt werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grds. sollte Reeskalation primär auf lokaler Ebene stattfinden, Überprüfung/Überblick auf nationaler Ebene ○ Implizit sind im Papier für die lokale Ebene die Indikatoren beschrieben. ○ Einordnung im Gesamtbild sollte noch gestärkt werden (Indikatoren und Maßnahmen auf LK Ebene etc.) ○ Die Tabelle sollte ggf. gestrichen werden ○ Zu R sollte ergänzt werden, dass R immer im Zusammenhang mit der absoluten Fallzahl beurteilt werden muss. ○ Sind 30% freie ITS Betten als statischer oder dynamischer Wert dargestellt, sollte man entsprechend des Geschehens beurteilen. ○ Verwendung der 14-Tages Inzidenz? Im Lagebericht und Dashboard wird 7-Tages-Inzidenz angegeben. ○ Antikörper- oder Antigenteste nicht einzeln, sondern besser Hinweis/Diagnostik auf akute Infektion. ○ Es ist nicht empfehlenswert in diesem Papier jetzt abschließend zu regeln, dass die Daten und Werte nur für Analyse auf Bundesebene verwendet werden. ○ Klinische Gesamtschwere (Prinzip im Pandemie- und COVID-19-Rahmenplan) sollte klar kommuniziert werden, nicht disease burden, sondern Transmission, Parameter klinisch individueller Schwere, Impact auf Gesundheitssystem (inkl. KH) ○ Die (kleinräumigen) Meldedaten sind tagesaktuell nicht so valide, da Daten nachgetragen werden, ggf. Pufferintervall. Meldedaten allerdings für jegliche De- oder Reeskalation notwendig. Durch die Unterstützung der Containment Scouts könnte nun die (zeitgerechte) Qualität/Validität der Daten eingefordert werden. <p>! Gemeinsamer Artikel der AG der IGV benannten Flughäfen zu Temperaturmessung als Entry Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die AG der IGV benannten Flughäfen besteht aus GÄ und Landesbehörden der IGV Flughäfen, BMVI, BMG und dem RKI ○ Im Rahmen der Diskussionen zur Wiederaufnahme des Flugverkehrs gibt es Diskussion um Temperaturmessung, v.a. durch ein Dokument der EASA, dazu Stellungnahme des RKI, dass Temperaturmessung nach vorliegender Evidenz als nicht sinnvoll betrachtet wird ○ Das ECDC bereitet eine Stellungnahme für Europa vor 	<p>FG32</p>
--	--	-------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die AG würde als einheitliche Empfehlung für DE gerne einen Artikel auf Deutsch (EpiBul) formulieren in der von der Temperaturmessung Abstand genommen wird. ○ Im Falle von Temperaturmessung geht es um den Einsatz der Ressourcen des ÖGD – sehr, sehr wenige Fälle werden identifiziert, Einsatz in anderen Gebieten wichtiger und sinnvoller ○ Es gibt keine Einwände gegen eine Publikation. 	
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>! ZBS1: Probenstatistik seit Montag: 493 Proben, 9,13% pos</p> <p>! FG17: Fallzahlen für SARS-CoV-2-Nachweis gehen runter, keine Influenza-Nachweise, Rhinoviren nachgewiesen.</p>	ZBS1 FG17
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Remdesivir</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In den USA Zulassung als „Emergency use“, keine Daten das verifizieren zu können vorhanden, in einer chinesischen Studie scheint der Nutzen in schweren Fällen sehr gering ○ DE hat 1000 Einheiten Remdesivir von GILEAD erstanden ○ IBBS und BfARM einer Meinung, dass das Medikament im Rahmen einer Studie eingesetzt werden sollte, um zu verstehen wann es am besten eingesetzt wird, wahrscheinlich durch aktuelle Entwicklung kein Placeboarm. BMG muss aber noch überzeugt werden. ○ GILEAD hat im Rahmen der America First Politik 1,5 Mio Therapiesätze für die USA gespendet. ○ Die Beschaffung für die 1000 Therapiesätze für DE durch das BMG war kompliziert, wird nur in 100er Einheiten geliefert. ○ BfARM prüft die rechtliche Möglichkeit angesichts dieser Lage, ob das Medikament in DE synthetisiert werden kann. Grds. einfach zu synthetisieren, es gibt allerdings Begleitstoff, der schwer zu beschaffen ist. 	IBBS/VPPräs
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Surveillance</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! s.o.</p>	FG32
12	<p>Internationales (nur freitags)</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	04.05.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt.1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt.3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Michaela Diercke
 - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog

- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Frau Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ! <u>USA</u>: Weiter abnehmende Fallzahlen in USA; ca. 1.2 Millionen Fälle, davon ca. 68.000 Todesfälle. Die Karte zur Verteilung der Fälle zeigt, dass deutlich mehr Bundesstaaten eine ansteigende Falltendenz haben. Es haben einige Staaten Lockerungen zugelassen, sodass es hier ggf. auch ein Anstieg geben wird. ○ Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ! <u>Russland</u>: Es gab gestern über 10.000 neue Fälle. Primär ist dieser Anstieg durch eine starke Erhöhung der Testungen zu erklären. Die bisherigen täglichen Testungen von 100.000 wurden verdoppelt, wodurch mehr Fälle gefunden werden. Die verstärkte Testung findet insbesondere in Stadtgebieten wie Moskau statt. ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ! <u>Chile</u>: Es gibt einen starken Peak. Dies wird beobachtet und soll die Tage besprochen werden. ! <u>Singapur</u>: Es ist positiv zu erwähnen, dass durch die Containment Maßnahmen in den betroffenen Arbeitersiedlungen es zum Abfall der Fallzahlen gekommen ist. Die Maßnahmen scheinen Erfolg zu haben und der Trend ist rückläufig. ○ R eff. Trend für Länder mit >7.000 Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ! <u>Russland</u>: Der große Fallanstieg hat aufgrund bereits schon vorher hohen Fallzahlen zu keiner Änderung des R eff. Geführt. Die restriktiven Maßnahmen gelten bereits seit 6 Wochen, so dass die Ansteckungsrate abnehmen sollte. ○ Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1 <ul style="list-style-type: none"> ! <u>Tadschikistan</u>: Tadschikistan war lange mit Turkmenistan das einzige Land in der Region ohne Fälle. Es gab nun eine WHO Mission vor Ort und viele Neumeldungen, sodass das R sehr groß ist. ○ <u>Spanien</u>: Die Exit Strategie in Spanien ist in 4 Phasen mit einer Mindestdauer von 2 Wochen unterteilt. Wenn 4 bestimmte Marker nach der Mindestdauer erfüllt sind, gibt es die nächste Phase. Marker für Übergang sind die Kapazität des Gesundheitswesens (d.h. 	ZIG1/alle

	<p>Primärversorgung, Auslastung der Kliniken und Verfügbarkeit der ICU-Betten), epidemiologische Marker (d.h. Diagnosen, Ansteckungsquote und weitere Indikatoren), die Einhaltung der Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz, in Geschäften und im ÖPNV (durch z.B. sentinelmäßige Überprüfung) sowie die Auswertung der Mobilitäts- und sozioökonomischen Daten. Für die Indikatoren zu Epidemiologie & Kapazität des Gesundheitswesens werden keine Schwellenwerte festgelegt; die Analyse erfolgt unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren für die Epidemie. Die Entwicklung der Strategie dauerte 7 Wochen und wurde von einem multidisziplinären Team erstellt; die erste Phase beginnt heute. Die Phasen sehen auch vor, dass es z.B. für Einkaufen es Slots pro Alter gibt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In Deutschland soll retrospektiv ausgewertet werden, welche Auswirkungen die Lockerungen in Bundesländer auf z.B. die Fallzahlen haben, um somit auch bewerten zu können, welche Maßnahmen erfolgreich waren. Maßnahmen werden nicht systematisch am RKI erfasst. An der Universität Bielefeld gibt es einen „Corona Virus Pandemic Policy Monitor“. Seit Mitte März werden dadurch sowohl auf europäischer Ebene als auch auf Bundeslandebene und in NRW auch auf Landkreisebene die Maßnahmen systematisch erfassen. Das RKI steht im Austausch mit der Universität Bielefeld. Ursprünglich gab es zur Analyse von Maßnahmen in Zusammenhang mit den Fallzahlen auch einen Anfrage vom BMVI an das RKI direkt. Das BMG bat um Bewertung, was RKI von Maßnahmenanalyse hält. Es gab hierauf vom BMG noch keine Rückmeldung. ○ 2 Studien: <ul style="list-style-type: none"> ! New England Journal: Es gab eine Studie mit 8910 Fällen (darunter 515 Todesfälle) zu den Risikofaktoren für schwere Verläufe und Mortalität. Es gibt bekannten Risikofaktoren wie kardiovaskuläre Vorerkrankungen. ACE Inhibitoren und Statine sind nicht für schwere Verläufe verantwortlich, sondern sind eher protektiven Faktoren. ! Europäische Studie von 5-6 Ländern: Es geht um die epidemiologische Charakteristiken von leichten bis moderaten Fällen. Kopfschmerzen und Verlust von Geschmacks- und Geruchssinn sind bei solchen Hauptsymptome. Der sensorischer Verlust tritt häufig ohne weitere Symptome (wie Erkältungssymptome) auf. Er dauerte ca. 7 Tage und ist dann verschwunden. 	<p>FG32</p>
--	--	-------------

National



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Insgesamt gibt es einen langsameren Anstieg sowohl bei den Fallzahlen als auch bei dem Anteil der Verstorbenen. Der Anteil der Verstorbenen liegt immer noch bei 4,1%. ! Aufgrund der Feiertage werden jedoch weniger Fälle diagnostiziert und gemeldet. Auch am Wochenende haben alle Bundesländer übermittelt. ! Positiv ist zu erwähnen, dass nur 3 Bundesländer 3-stellige, 6 nur 2-stellige und 7 nur 1-stellige neue Fallzahlen berichten. ! Die Reproduktionszahl ist auch relativ stabil mit einem Präzisionsintervall unter 1 für ganz Deutschland; in den Bundesländern ist R meist auch unter eins. Das R eff. für die einzelnen Bundesländer soll weiterhin nicht im RKI-Lagebericht berichtet werden. ! 7-Tages--Inzidenz: Dies kann einer der Indikatoren für eine De-eskalation sein. Eine hohe 7-Tages--Inzidenz gibt es im östlichen Thüringen, wo Altenheime betroffen sind, sowie im südlichen Bayern. ! Es sollten sich auch die kumulativen Inzidenzen der Landkreise angeschaut werden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass zukünftig ggf. wieder besonders betroffene Gebiete ausgewiesen werden könnten. ! DIVI Intensivregister: Der Anteil der in intensivmedizinischen Betreuungen ist zurückgegangen. Die Kapazitäten sind stabil geblieben und der Anteil an freien Intensivbetten hoch. Der Peak mit den meisten Intensivpatienten war am 17/18.04., was ca. 1 Monate nach Erkrankungsbeginn ist. <p>! Amtshilfeersuchen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gab ein Gespräch mit Cuxhaven: Auf einem Kreuzfahrtschiff (Mein Schiff) wurden unter den knapp 3.000 Crewmitgliedern mit 166 Nationalitäten 3 Personen SARS-CoV-2 positiv getestet. Das RKI wird unterstützen. 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Herr Jansen berichtet in der Präsentation zur internationalen Lage bereits über verschiedene Studien. Das ist sehr hilfreich und es sollen gerne auch unter diesem TOP andere Kolleginnen und Kollegen zu anderen Themen (z.B.</p>	VPräs

	<p>Virologie) Veröffentlichungen (2-3 pro Sitzung; gerne mit einer Folie) vorgestellt werden. Hierzu bitte rechtzeitig das Lagezentrum informieren, damit dieses die Organisation übernimmt.</p> <p>! Aufnahme der Geruchs- und Geschmacksstörung in weitere Dokumente: Ein Vorschlag wurde bereits mit den Krisenstab geteilt. Es steht noch ein Austausch mit FG32 aus, wie dieser Parameter in die Falldefinition aufgenommen werden könnte, denn an der Änderung der Falldefinition hängt einiges dran (SurvNet Update). Mit IBBS wurde bereits besprochen, wie das Symptom im Flussschema mit aufgenommen werden könnte. Es könnte zur eigenen Einschätzung hilfreich sein (zumindest bei den Dokument für Bürger) in einer Fußnote zu beschreiben, wie man solch eine Geruchsstörung selber feststellt (z.B. durch Angabe eines Geruchsstoffes). In der HNO ist sowas ein diagnostisch gängiges Verfahren. Die Frage ist nur, ob man das bevölkerungsweit als Screening etablieren kann, ohne dass es einen Hype um den Kauf des spezifischen Duftstoffes auslöst.</p>	FG36
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Telefonberatung: Die Lockerung der Maßnahmen wirkt sich auf weitere Themen aus. Bisher war die Anfrage bzgl. anderer, nicht COVID-19 spezifischen Themen wie z.B. Glücksspiel, HIV, STI zurückgegangen. Seit der Lockerung gab es wieder einen Anstieg bei diesen Themen (insbesondere beim Thema STI)</p> <p>! Anmerkung RKI: In dem BZgA Video zur Mund-Nasen-Bedeckung gibt es Szenen die Personen z.B. auf dem Fahrrad mit MNB zeigen. Dies kann eine falsche Botschaft senden. MNB sollen in Geschlossenen Räumen getragen werden. Laut BZgA soll die Szene jemanden darstellen, der nicht mit dem ÖPNV, sondern mit dem Fahrrad zur Arbeit fährt; sonst gibt es Szenen in geschlossenen Räumen. Viele Personen haben jedoch sowieso schon den Eindruck, dass das Corona Virus in der Luft schweben würde und es gibt viele Personen, die Maske auf dem Fahrrad tragen. Das Video vermittelt einen falschen Eindruck für die Bevölkerung. Das dauerhafte/vermehrte Tragen von Masken kann auch Schaden bringen. Es sollten besser Szenen in Geschäften etc. gezeigt werden.</p>	BZgA/FG14

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Es hat sich gezeigt, dass 90% der Bürgeranfragen an die BZgA sich auf das richtige auf- und absetzen der Maske, desinfizieren etc. beziehen.</p> <p>Presse</p> <p>! HSC SC Communicators' Network Treffen: Laut ECDC und WHO sollte die Keymessage bei der De-Eskalation sein, dass die Pandemie noch nicht überstanden ist, sondern nur in eine neue Phase übergegangen ist und die Bevölkerung sich weiter an bestimmte Regeln halten muss. Es wird von vielen Ländern als Problem gesehen, dass eine Lockerung von Maßnahmen erleichternd für die Bevölkerung gesehen wird und dass Basisgrundregeln nicht mehr beachtet werden.</p> <p>! Zu dem neuen Paper von Streeck et al. zur Studie in Gangelst soll es bis heute Abend eine Zusammenfassung und Bewertung geben. Abteilung 2 hat die Federführung. Dies ist auch für das nächste Pressebriefing relevant.</p> <p>Streeck geht davon aus, dass es schon 1,8 Millionen Infizierte in Deutschland gibt. Die Übertragbarkeit der Zahlen aus der Studie aus Gangelst auf ganz Deutschland ist jedoch fraglich und wurde bereits kritisiert.</p>	<p>Presse</p> <p>VPPräs/Abt. 2</p>
<p>5</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Bewertung der Sinnhaftigkeit des Einkaufs von serologischen Tests: Herr Holthern wurde von Herrn Wieler bereits gebeten, die Anfrage als strukturierte Anfrage (Erlass) dem RKI zuzusenden. Bislang gibt es noch keine Rückmeldung hierzu. Die Anfrage ist ggf. heikel, da es viele Anbieter von serologischen Tests gibt und der Kauf bei nur einem Hersteller hätte große Auswirkungen auf den Handel. In der heutigen BMG-TK wurde berichtet, dass Herr Spahn und Herr Söder bei Roche gewesen sind, um sich bzgl. Tests zu informieren. Ein Immunitätsausweis (§ 28) soll zunächst aus dem neuen Gesetzentwurf herausgenommen werden und weiter diskutiert werden.</p>	<p>Alle</p>

b) RKI-intern

BMG Vorschlag zur Strategie: Indikatoren

- ! In einer TK von Herrn Wieler, Frau Merkel, Herrn Spahn und weiteren Teilnehmenden kam das Gespräch auf Schwellenwerte zur De-Eskalation zu sprechen. Herr Wieler hat sich dagegen ausgesprochen, da die lokalen Gegebenheiten betrachtet werden müssen. Wenn ein Landkreis unter einem bestimmten Schwellenwert ist, kann die Arbeitsbelastung trotzdem sehr hoch sein. Aus fachlicher Sicht unterstützt der Krisenstab die Entscheidung, keine Schwellenwerte festzulegen. Die Stärke des Föderalismus ist die lokale Beurteilung des Zustandes inklusive Ressourcen und Wissen. Dies ist nicht zentral möglich. Maßnahmen müssen individuell angepasst werden. Trotzdem wird irgendwas benötigt, um zu sagen, dass Maßnahmen ausgeführt werden müssen. Es ist schwierig bundesweite Prüfsignale festzulegen; es gibt aber die Möglichkeit, dass die Stadt- und Landkreise ihre eigenen Daten inklusive prozentuale Abweichung nach oben/unten beobachten. Ggf. kann eine externe Expertise zur Beurteilung dazu geholt werden (entweder durch RKI oder Landesbehörde). CAVE: Landesbehörde mit einbeziehen.
- ! Eine De-Eskalation muss zwar auf lokaler Ebene entschieden werden, aber auf nationaler Ebene muss ein Überblick über die Situation herrschen. Das RKI macht dies schon indirekt durch z.B. das Ausweisen von besonders betroffenen Landkreise (im täglichen Lagebericht, Dashboard). Da es schwer ist, einen Wert zu finden, der sensitiv genug ist, um die Situation vor Ort zu erfassen, sollte die vor Ort Bewertung ausschlaggebend sein.
- ! Es gibt bereits verschiedene Möglichkeiten Signale den Gesundheitsämtern mitzuteilen (SurvNet, kumulative Inzidenz), so dass diese frühzeitig Maßnahmen bei Auffälligkeiten treffen können. Die Signale Berichte sind aufgrund von mangelnden Serverkapazitäten gerade pausiert, sollen aber bald wieder zur Verfügung stehen, sodass Berichte wieder an die Landesbehörden gehen können. Alternativ gibt es den Cube. Wichtig ist es bei allen Instrumenten, die

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Kommunikationswege zu klären, insbesondere wie die Landesbehörden miteinbezogen werden können.</p> <p><i>ToDo: AL3 und FG32 (Diercke) klären, welche sinnvollen, sensitiven Signale für die lokale Ebene zur Verfügung stehen könnten (mit Anregung die Signale abzuklären)</i></p> <p>! Umgang mit Amtshilfeersuchen durch BL aufgrund missverständlicher Formulierung bei CdS-Beschluss (dass ab dem 1.5.2020 beim RKI Ressourcen abgerufen werden können): Es gibt aktuell einige Amtshilfeersuchen; aber vermutlich ohne Bezug zu den CdS-Beschlüssen: ein großes Pflegeheim Berlin, in Cuxhaven ein großes Schiff. Einladungen wären wahrscheinlich auch ohne die Einladung, Amtshilfeersuchen zu stellen, eingegangen.</p>	<p>FG32</p>
<p>6</p>	<p>Dokumente</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>7</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>! ZBS1:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es wurden nur knapp 500 Proben untersucht, wovon 45 Proben positiv waren. Darunter befanden sich aber viele Proben, die mit der Frage, ob Patienten noch infektiöses Virus ausscheiden, an das RKI gesendet. ! Es wird weiterhin an Anzuchtsversuchen gearbeitet. Momentan dauert dies 1 Woche. Es wird geschaut, ob man das durch ein anderes Prozedere verkürzen kann, so dass dies bestenfalls innerhalb von 24 Stunden möglich ist. Das funktioniert bereits für hochtitrige Proben, spannend sind die schwach positiven Proben. ! Optimierung NT Test: Das Protokoll hierzu sieht aber grundsätzlich. <p>! FG17: Seit der Krisenstabssitzung von Samstag gibt es nicht viel zuzufügen. Es gibt viele Aufgaben/Fragen zur Beantwortung.</p> <p>! AG Diagnostik: Die AG arbeitet weiter konstant. Es gibt ein kumulatives Protokoll der TKs. Schwerpunktthemen diese Woche sind das Vorgehen in Krankenhäusern sowie</p>	<p>ZBS1</p> <p>FG17</p> <p>AL1</p>

	<p>der Umgang mit dem Krankenhauspersonal. Es gab bereits ein gutes Gespräch mit der Universitätsklinik Köln, in dem das symptom-basiertes Vorgehen, Aufnahmescreening (Pooling der Proben) sowie ein stichartiges Modell, wie man Personal untersuchen kann, besprochen wurde. Die Ideen aus Köln sollen als best practice Beispiel der AG zugesendet werden. Allgemeine Anforderungen zu Antikörpertest sind im aktuellen Konzept bereits miteingearbeitet.</p>	
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Einsatz von COVID-19-positivem Personal für COVID-19-Patienten in Altenpflegeheimen (in Ausnahmefällen bei relevantem Personalmangel): Bei der Anfrage geht es um den Einsatz von Personal bei einem Ausbruch in Altenheimen und die Frage, ob man bei starkem Personalmangel so vorgehen kann wie es im Krankenhaus in so einer Situation vorgeben ist. Im Krankenhaus können asymptomatische COVID-19 Mitarbeitende im Falle von einem Personalmangel COVID-19 positive Patienten betreuen. Wichtig ist aber nicht nur die Trennung der Patienten, sondern auch des Personals und der Personalströme, da z.B. MNS in Pausen nicht getragen wird. Theoretisch ginge das auch in Altenheimen; jedoch sollte das RKI hierfür keine generelle Empfehlung ausgeben. In Altenheimen gehören alle Personen zu einer vulnerablen Gruppe. Es muss auf lokaler Ebene im Einzelfall entschieden werden.</p> <p>! Verkürzung der Quarantäne von Kontaktpersonen bei relevantem Personalmangel auf 7 Tage: Dies ist möglich, wenn das Personal jeden 2. Tag oder täglich getestet wird.</p> <p>! Massive Coronagefahr in klimatisierten Räumen (Büros/Gaststätten etc.): In einem Papier des CDC wurde beschrieben, dass sich Personen in einem Restaurant mit COVID-19 infiziert haben. Es wird vermutet, dass keine Aerosole, sondern Tröpfchen durch den Luftstrom der Klimaanlage weitergetragen wurden. Wenn in Deutschland Restaurant wieder aufmachen, stellt sich die Frage, ob diese auf ihre Klimaanlage verzichten. Es gibt vom BMAS einen Text zu SARS-COV-2, in dem diese Übertragungswahrscheinlichkeit als gering eingestuft wird.</p>	<p>FG32/FG37</p> <p>VPräs/FG14</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Generell ist ein Luftaustausch (z.B. durch Frischluft) gut. Die Hypothese des CDC ist daher nicht nachvollziehbar. Ein Kausaler Zusammenhang ist zwar möglich, aber nicht wirklich dargelegt. Ggf. sind die Gäste im Restaurant auch aufgestanden etc. und haben sich anderes infiziert. Es besteht aus RKI-Sicht daher kein Handlungsbedarf. Die Frage zur Aerosolübertragung kann morgen noch weiterbesprochen werden.</p>	
10	<p>Surveillance</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! <u>Tracing App</u>: SAP und Telekom haben deutlich formulierten Auftrag erhalten, innerhalb Mai das Produkt fertigzustellen. Ein RKI Team versucht neu darstellen Architektur der Projektes zu erfassen (ggf. Vorstellung Donnerstag im Krisenstab). Es bedarf einer Klärung von Fragen an die Gesundheitsämter, um die Architektur zu kreieren. Es muss u.a. die Auswirkung der App auf Gesundheitsämter geklärt werden. Für die Vielzahl der erwarteten Nutzer wird ein ausreichend großes Call Center für bestimmte Fragen (technische Eben, Sachebene) benötigt.</p> <p>! <u>Datenspende App</u>: Es gibt inzwischen über 500.000 Nutzer. Sowohl die Meiden als auch die Nutzer wollen Informationen zu den Daten haben. Es gibt bereits eine Internetseite mit Informationen zu dem Projekt. Es sollen z.B. eine Landkarte/Fieberkarte erstellt werden, Pulswerte abgelesen Fieberkarte muss online gestellt werden. Das Modell, welches eingesetzt wird, ist auf Influenza geeicht. Fieber ist ein Parameter, der nicht immer auftaucht. Herr Brockmann ist dabei, dies aufzuarbeiten.</p> <p>! <u>Quarantänetagebuch</u>: Dies wird auch mehr vom BMG gefordert, um Anforderung an Gesundheitsämter etwas zu entschärfen. In einigen Gesundheitsämtern (z.B. Offenbach,</p>	FG21

	<p>Schwerin) wird diese App pilotiert.</p> <p><i>ToDo: Herr Schmich will Herrn Brockmann mitteilen, dass er herzlich willkommen ist, den Krisenstab über seine Projekte zu informieren</i></p> <p><i>ToDo: Damit genügend Zeit bleibt, die Themen „Internationales“ und „Update digitale Projekte“ zu besprechen, sollen diese bereits am Anfang der Agenda stehen.</i></p>	
14	Information aus dem Lagezentrum ! Nicht besprochen	
15	Wichtige Termine !	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Dienstag, 05.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	05.05.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt.1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt.3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Rühle
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! L1
 - Joachim-Martin Mehlitz

-
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: In den USA sind bisher ca. 1,2 Mio. Fälle aufgetreten, davon ca. 70.000 Todesfälle. Die Epicurve zeigt ein Plateau. In einem in der NY Times erschienenem Artikel werden 200.000 tägliche Neuinfektionen bis Juni geschätzt, was von der Regierung dementiert wurde. Der Anstieg der Fallzahlen in jedem Bundesstaat vom 01. auf den 05.05.2020 zeigt eine deutliche Lageverschlechterung, die mit gelockerten Maßnahmen in den Bundesstaaten einhergeht. Ggf. ist eine 2. Infektionswelle möglich. ○ Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: Es zeigt sich eine Fortsetzung bekannter Trends. Hervorzuheben ist, dass sich in Russland keine Entspannung abzeichnet, aber auch kein zusätzlicher Anstieg eingetreten ist. ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag: In Chile ist ein deutlicher Anstieg der täglichen Fälle zu verzeichnen, ebenfalls in Bangladesch, Kolumbien und Nigeria, während die Lage in europäischen Ländern sich entspannt. Zu Nigeria ist eine detaillierte Auswertung geplant. Die aktuellen Abbildungen enthalten eine neue Skalierung, was beim Vergleich mit früheren Auswertungen zu beachten ist. ○ R eff. Trend für Länder mit >7.000 Fällen/letzte 7 Tage: In Indien ist trotz restriktiver Maßnahmen ein Anstieg festzustellen. Dies sollte nochmals im Verlauf evaluiert werden. ○ R eff. Trend für Länder mit 1.400 bis 7.000 Fällen/letzte 7 Tage: Chile verzeichnet einen deutlichen Anstieg. ○ Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1: Die Reproduktionszahl für Brasilien nimmt ab, währenddessen sie für Russland 	ZIG1/alle

moderat ansteigt.

! Detailanalyse: **Chile**

- Neben Kuba gilt Chile als Vorzeigeland südlich der USA, welches bis März 2020 für sein Krisenmanagement als auch sein im südamerikanischen Vergleich gutes Gesundheitssystem (2,2 Betten/1.000 Einwohner = ca. $\frac{1}{4}$ von unseren Kapazitäten) gelobt wurde, aber seither wird ein exponentieller Anstieg der Fallzahlen verzeichnet und ein weiterer Anstieg (ggf. mit R Richtung 2) projiziert. Mit heutigem Stand gibt es 20.643 Fälle bei einer geringen Fallsterblichkeit. Seit Mitte April liegt laut WHO in Chile eine Community transmission vor. Die meist betroffenen Regionen sind die Metropolregion sowie Araucania und Magellanes. Der Positivanteil von 9,5% ist im europäischen Vergleich hoch, aber niedrig in Südamerika.
- Warum ist die Epidemie in Chile bei guten System-Voraussetzungen trotzdem nicht unter Kontrolle? Mögliche Erklärungen wären ein Anstieg der Testungen (aber konstant bei 5.000 bis 10.000 Tests pro Tag geblieben), eine Änderung der Surveillance (tatsächlich werden inzwischen auch asymptomatische Fälle in die offiziellen Meldezahlen integriert, was aber nur etwa 10% des Anstiegs erklären kann; es werden alle Kontakte von Erkrankten gescreent; wenn Kontakt zu einem Fall und CRP+, dann wird dieser Kontakt gezählt) und unzureichende Infektionsschutzmaßnahmen (am wahrscheinlichsten).
- Bei Auswertung der Epikurve in Hinblick auf politische Maßnahmen wird ersichtlich, dass die getroffenen Maßnahmen nicht ausreichten bzw. zu kurzzeitig eingesetzt waren (nächtliche Ausgangssperre ab Mitte März vom Zeitfenster 22:00-5:00 unzureichend, Quarantäne ab 25.03.2020 auf 30-40% des Landes beschränkt, Versammlungsverbote nur für Versammlungen mit mehr als 500 Personen, Schließung nicht-essentieller Geschäfte nur empfohlen). Innerhalb einer Region gab es unterschiedliche Quarantäne-Verordnungen. Die Maßnahmen erscheinen nicht kohärent und zu kleinteilig und haben zu Verunsicherung der Bevölkerung sowie zu



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Protesten (mit Teilnahme von mehr als 500 Personen) in der Metropolregion geführt. Zwischenzeitlich war ein Carnet COVID-19 Immunitätspass geplant, der von der WHO abgelehnt wurde; stattdessen gibt es seit 2 Tagen Freilassungsscheine, die die Angabe enthalten, dass eine Quarantäne beendet wurde, und bei denen es Anzeichen gibt, dass sie auf einem Schwarzmarkt gehandelt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Deeskalationsstrategie am Beispiel Frankreichs: In Frankreich wird anhand von 2 Indikatoren eine Ampel-Karte erstellt, die Grundlage für eine Lockerung von Maßnahmen ist, nämlich der Anteil der Personen mit V.a. COVID-19 in Notaufnahmen sowie belegte ICU-Kapazitäten. In grün markierten Gebieten (Südwesten Frankreichs) können Lockerungen durchgeführt werden, in roten (Nordosten Frankreichs) sollen sie beibehalten werden. ! In DEU gibt es im Ggs. zu Frankreich keine flächendeckende Notaufnahmen-Surveillance; außerdem verlaufen viele Fälle ambulant; der Indikator der ICU-Kapazitäten hat zudem eine deutliche Latenz von mehreren Wochen, daher stellt er kein Frühparameter dar. Bei den in Frankreich eingesetzten Indikatoren könnten weiterhin hohe Fallzahlen auftreten; die Reduktion auf 2 Indikatoren ist eher gewagt, aber der Ampel-Ansatz ist ansprechend. ! Insgesamt zeigt die Diskussion um Chile, dass die Wirksamkeit von Maßnahmen angesichts der Inkubationszeit von SARS-CoV-2 (14 Tage, Median 5 Tage) frühestens nach 1, eher nach 2 Wochen beurteilt werden können. Dieser Zeitrahmen sollte für die Bewertung der Auswirkungen von Maßnahmen berücksichtigt werden. <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen/Todesfälle (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktuell 163.860 Fälle (+685), davon 6.831 (+139) verstorben ○ Insgesamt ist trotz des langen Wochenendes kein großer Anstieg im Vergleich zum Wochenende zu verzeichnen. 	<p>Alle</p> <p>FG32</p>
--	---	-------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die bundesweite kumulative Inzidenz nähert sich 200/100.000 Einwohner, was mit der jährlichen Inzidenz ischämischer Schlaganfälle vergleichbar ist. Die Anzahl Verstorbener ist mehr als doppelt so hoch wie die jährliche Anzahl Verkehrstoter in Deutschland. ○ Die bundesweite Reproduktionszahl ist seit gestern leicht gesunken. In der heutigen EpiLag wurde die Änderung der Berechnungsgrundlage diskutiert. ○ In den bereit gestellten Karten zeigt sich bei der 7-Tages-Inzidenz nur 1 LK mit einer Inzidenz von 51-100 Fällen / 100.000 Einwohner (in Thüringen). Ein Zusammenhang mit einem Ausbruch in einem Altenheim liegt vor. ○ Hinsichtlich der 5- und 3-Tages-Inzidenz sticht der LK Steinburg (SH) hervor; dort ist ein Ausbruch in einem fleischverarbeitenden Betrieb in Itzehoe bekannt geworden, bei dem 49 von 108 Personen positiv getestet wurden, die aktuell ohne Kohortierung untergebracht sind. Weder eine Überlastungsanzeige noch ein Amtshilfeersuchen sind ans RKI herangetragen worden. ○ Eine neue Tabelle vergleicht Fallinformationen über die Meldewochen. Dabei ist ersichtlich, dass der Mittelwert des Alters über die Meldewochen ansteigt, dabei verzeichnen KW15 und KW16 die ältesten Patienten. Während in KW10 mehr Männer als Frauen betroffen waren, ist dieses Verhältnis in KW18 umgekehrt. Der Anteil hospitalisierter Patienten fiel von 19 % in KW 10 auf 8% in KW11, steigt bis KW16 an und fällt dann ab auf 14%. Die Fallverstorbenenrate ist im Verlauf angestiegen (die Daten für die vergangenen 2 Meldewochen sind diesbezüglich als vorläufig zu werten). ○ Laut DIVI-Intensivregister sind aktuell knapp 2000 COVID-19 Patienten in intensivmedizinischer Behandlung; die Kurve zu Krankenhausstandorten, COVID-19 Fällen und freien High Care Betten hat sich seit gestern nicht wesentlich geändert. ○ Die Tabelle zu den übermittelten Fällen nach Tätigkeit oder Betreuung in einer Einrichtung weist viele Fälle in Einrichtungen § 36 aus, 	<p style="text-align: center;">Alle</p>
--	--	---



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>aktuell sind aber noch (?) keine Schulen betroffen (§33). Bei den nach §23 IfSG erfassten, in medizinischen tätigen Einrichtungen Personen zeigen sich keine großen Veränderungen hinsichtlich Geschlecht- oder Altersverteilung. Aus der Abbildung zu übermittelten Fällen nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen geht ein zeitversetzter Kurvenverlauf in den 3 genannten Subgruppen (tätig nach §36 IfSG, tätig nach §23 IfSG, betreut nach §36 IfSG) hervor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hinsichtlich der von Herrn Brockmann bereit gestellten Analysen zur Mobilität ist ein deutlicher Einbruch ab Mitte März 2020, dann ein Anstieg der Mobilität ab Anfang April 2020 zu beobachten. ! Amtshilfeersuchen: Amtshilfeersuchen nehmen zu. In der aktuellen Liste ist das Ersuchen aus Cuxhafen bezüglich des Kreuzfahrtschiffes MeinSchiff noch nicht enthalten. An Bord sind ca. 3000 Leute aus ca. 160 Staaten. Aktuell sind Maria an der Heiden und Timm Schneider zur Unterstützung vor Ort. ! Ausgehend von der Anzahl hospitalisierter Patienten lässt sich eine Überlastung der Krankenhauskapazitäten nicht gut schätzen, da der Parameter eher zu niedrig und zudem zeitverzögert ist. Die Gesamtzahl der ICU-Betten wird besser erfasst. Dort wird auch eher ein Engpass zu erwarten sein. Insgesamt ist die Steuerung des Infektionsgeschehens über Versorgungskapazitäten aber risikoreich. ! Hinsichtlich des Schlachthof-Ausbruchs in SH ist eine getrennte Unterbringung zu empfehlen. Zwar liegen aktuell weder eine Überlastungsanzeige noch ein Amtshilfeersuchen vor, dennoch sollte proaktiv eine Beratung angeboten werden. ! Mortalitätssurveillance wird im Verlauf der Woche vorgestellt werden. ! Berechnung des Mittelwerts von R: ist aktuell nicht u berichten, ggf. aber ab Mitte/Ende Mai <p><i>ToDo:</i> Lagezentrum soll klären, inwiefern die pädiatrischen Intensivbetten in die Erhebung bzw. den Bericht des DIVI-Intensivregisters aufgenommen werden; U Rexroth wird hinsichtlich des Ausbruchs in SH Beratung anbieten.</p>	
--	--	--

2	Internationales (nur freitags) Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags) Nicht besprochen	
4	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>! Das Lagezentrum bittet um Zusendung von Beiträgen zu Studienergebnissen (Studie, ppt-Folie) bis 45 Minuten vor Beginn der Krisenstabssitzung.</p> <p>! Für einen protektiven Effekt von MMR-Impfungen gegen COVID-19 gibt es aktuell keine Anhaltspunkte.</p> <p>! Es werden aktuell Studien durchgeführt, die BCG als protektiven Faktor bei COVID-19 untersuchen, aber Ergebnisse stehen dazu noch aus.</p> <p>! Es wird Interesse an der Einordnung einer koreanischen Studie geäußert, in der eine hohe Zahl an Re-Infektionen berichtet wurden. Die Autoren hätten zwischenzeitlich ihre Ergebnisse relativiert. Zusätzlich ist die Frage der Persistenz und der protrahierten Verläufe der COVID-19-Infektionen von Interesse.</p> <p><i>ToDo: Neues aus der Wissenschaft anstelle von Erkenntnisse über Erreger als TOP aufnehmen</i></p>	alle
5	Aktuelle Risikobewertung Nicht besprochen	alle
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Welthändehygienetag wird als Anlass für Werbung für Händehygiene genommen. Dazu wurde am 30.04.2020 eine Pressemitteilung veröffentlicht. Händehygiene ist laut Bürgeranfragen immer noch nicht verinnerlicht. Zunehmend kommen Anfragen zu Immunität, Kombinationstestung, Abständen zwischen Rachenabstrichen und Serologie sowie zu Re-Infektionen.</p> <p>Presse</p> <p>! Anlässlich des Tags der Händehygiene wurde im gestrigen Bulletin eine Übersicht, u.a. von Frau Schwebke, veröffentlicht.</p> <p>! Heute findet ein Webex Seminar mit Matthias an der Heiden</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>

	bzgl Nowcasting und Reproduktionszahlen statt.	
7	<p>Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein: CDs-Schalte Schwellenwert Inzidenz 35/100.000 Einwohner?</p> <p>! Die Landesbehörden sind aktuell aufgefordert, einen Bericht zu kommentieren, der die Inzidenz von 35/100.000 Einwohner als möglichen Schwellenwert definiert. Allerdings ist ein einzelner Schwellenwert wenig zielführend, u.a. da die LK unterschiedlich groß (50.000 bis 300.000 Einwohner) sind und das Infektionsgeschehen durch Ausbrüche in Alten- und Pflegeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Indikatoren bereit zu stellen wird aus fachlicher Sicht weitgehend abgelehnt, jedoch werden diese nachdrücklich von politischer Seite eingefordert (eine diesbezügliche Weisung ist jedoch nicht erfolgt). Die genannte Inzidenz kommt aus einer Diskussion zwischen BM Braun und BM Spahn.</p> <p>! Kommt das RKI der politischen Forderung nicht nach, besteht das Risiko, dass politische Entscheidungsträger selbst Indikatoren entwickeln und/oder das RKI bei ähnlichen Aufträgen nicht mehr einbindet. Gleichzeitig besteht auch die Möglichkeit, gegenüber der Politik die lokalen Bedingungen stärker zu kommunizieren und mehr Transparenz herzustellen, um dadurch oberen Entscheidungsträgern im Bund und in den Bundesländern Sicherheit zu geben, dass sie erfahren, ob die Lage vor Ort unter Kontrolle ist oder nicht. Bei fehlender fachlicher Grundlage für die Entwicklung der gewünschten Indikatoren müsse dies klar kommuniziert werden, um die Glaubwürdigkeit des Instituts nicht zu gefährden.</p> <p>! Ziel ist grundsätzlich eine Virussuppression zu erreichen, so dass klassische Infektionsschutzmaßnahmen ausreichen. Daher sollten eher Prüfwerte für den ÖGD auf LK-Ebene definiert werden (bei deutlich niedrigeren Inzidenzen, z.B. 5/100.000 Einwohner). Solche Prüfwerte sollten nicht</p>	<p>Alle</p> <p>FG32</p>

	<p>automatisch mit einer Maßnahme wie Schulschließungen verknüpft werden, sondern lediglich der Überprüfung der Lage dienen. Dass diese Prüfwerte politisch für andere Zwecke genutzt werden könnten, ist nicht vermeidbar. Eine ähnliche Diskussion wurde bereits in der Deeskalations-AG geführt, mit ebenfalls deutlich niedrigeren Schwellen (2,5/100.000 Einwohner). Prüfsignale sollten möglichst früh einsetzen und könnten auf unterschiedlichen Level (LK, BL, Bund) definiert werden. Letztlich richtet sich die politische Forderung auf eine neue Definition der besonders betroffenen Gebiete, die ursprünglich für die Testkriterien entwickelt wurden. Die 7-Tages-Inzidenz bietet sich dafür an.</p> <p>! Auf Basis der Vorarbeiten der Deeskalationsstrategie-AG sollen Prüfwerte auf LK-Ebene definiert werden. Zusätzlich sollen weitere Prüfwerte für die Landes- und Bundesebene erstellt werden, wenn in einem BL mehr als X LK oder 3 benachbarte LK den Prüfwert überschreiten bzw. wenn mehr als 3 BL die Prüfwerte überschreiten.</p> <p><i>ToDo: Fr. Hanefeld erstellt eine Übersicht bis heute 18 Uhr</i></p> <p>b) RKI-intern Die Diskussion bezüglich der Empfehlung zur Doppeltestung bei geringer Prä-Test Wahrscheinlichkeit wird verschoben.</p>	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <p>! Hinsichtlich der Orientierungshilfe für Bürger ist eine Rückmeldung mit geringfügigen Änderungsvorschlägen seitens BZgA eingegangen.</p> <p>! Hinsichtlich des Flusschemas für Ärzte gibt es folgende Änderungen: Alle Personen mit respiratorischen Symptomen sollen getestet werden, zusätzlich solche mit Geschmacks- und/oder Geruchsverlust.</p> <p>! Zur Diskussion steht, ob zwischen Empfehlungen für Testkriterien und Meldepflicht als Verdachtsfall differenziert werden soll. In der Vorlage werden Personen mit Kontakt zu einem bestätigten Fall und akuten respiratorischen Symptomen jeglicher Schwere als Verdachtsfall gemeldet, dagegen Personen mit Kontakt zu einem bestätigten Fall bei jeglichen mit COVID-19-</p>	<p>IBBS/alle</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>vereinbaren Symptomen nicht.</p> <p>! Angesichts der Weiterentwicklung digitaler Tools zur Kontaktpersonennachverfolgung und frühzeitigen Erkennung von Verdachtsfällen sollte ggf. bei namentlichem Kontakt zu einem bestätigten Fall und jeglichen mit COVID-19 vereinbaren Symptomen ebenfalls eine Verdachtsmeldung erfolgen. Wichtig ist aber auch den erhöhten Arbeitsaufwand der niedergelassenen Ärzte bei Änderung der Meldepflicht zu berücksichtigen. Diese können bereits niederschwellig Verdachtsfälle testen. Eine Schätzung der Anzahl möglicher neuer Verdachtsfälle bei Anpassung der Meldeverordnung ist schwierig; Verdachtsfälle werden nicht ans RKI übermittelt. Auch wenn das GA regelmäßig Kenntnis hat, ob Kontaktpersonen symptomatisch werden, so sind einige Personen, die Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall hatten, ggf. nicht erfasst. Nach Abstimmung ist die Mehrheit der Teilnehmenden für eine Änderung des Flusschemas, so dass auch Personen mit Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall und jeglichen mit COVID-19 vereinbaren Symptomen als Verdachtsfall meldepflichtig sein sollen.</p> <p>! Der Hinweis „meldepflichtige Verdachtsfälle“ sollte im Layout so platziert werden, dass der Bezug zum roten Kasten deutlicher wird.</p> <p>! Ein Erlassbericht hinsichtlich Testungen ist bereits an BMG versandt worden, einschließlich Information der Bürger über niederschwelliges Testangebot. Abstimmung mit AGI und KBV steht noch aus, so dass aktuelles Dokument noch nicht auf der Webseite erschienen ist.</p> <p>! Aus informellen Quellen ist bekannt geworden, dass das BMG mit dem Erlassbericht nicht zufrieden gewesen ist und eine eigene Synopse für unterschiedliche Testempfehlungen erstellt. Eine Klarstellung des Bedarfs für eine einseitige Synopse soll über Frau Korr erfolgen.</p> <p><i>ToDo:</i> B Rühle überarbeitet das Flusschema für Ärzte bis morgen. Im Rahmen der heute angesetzten TK Testen in der Pflege wird mit Frau Korr/BMG der Bedarf für eine einseitige Synopse aller Empfehlungen eruiert.</p>	
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>Nicht besprochen</p>	
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p>	

	Nicht besprochen	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Es wird angefragt, inwiefern das Votum eines Ethikkommittees für Ausbruchsuntersuchungen notwendig ist. Anlass ist die Anfrage eines Pädiaters, der bei Ausbruchsgeschehen in 2 Kitas serologische Untersuchungen bei Kindern durchführen möchte.</p> <p>! Dabei ist eine Unterscheidung zwischen Aufgaben im Rahmen der Diensttätigkeit (abgedeckt durch IfSG) und wissenschaftlichen Studien vonnöten; letztere gehen mit einer ausführlichen Begründung und langen Bearbeitungsdauer einher. Generell sollte bei invasiven Eingriffen ein Ethikvotum eingeholt werden, insbesondere bei Kindern. Allerdings würde eine lange Bearbeitungsdauer, die ggf. aber durch enge Zusammenarbeit mit der Charité verkürzt werden könnte, ggf. die eigentliche Ausbruchsuntersuchung verhindern. Bei Amtshilfeersuchen durch ein GA ist aber davon auszugehen, dass das RKI auch ohne Ethikvotum tätig werden kann, um eine Ausbruchsuntersuchung durchzuführen (analog zu Ausbruchsuntersuchungen bei Masern). Solange die Untersuchung zusammen vom GA und RKI durchgeführt wird, ist sie am ehesten vom IfSG abgedeckt und benötigt kein eigenes Ethikvotum. So ist die aktuelle Ausbruchsuntersuchung in Südsachsen (inkl. einer serologischen Untersuchung) ohne Ethikvotum geplant.</p> <p>! Bei Anfragen zu Ausbruchsuntersuchungen sind auch die entsprechenden Fachgesellschaften miteinzubinden, im vorliegenden Fall die Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.</p> <p><i>ToDo:</i> Hr. Mehlitz wird die Thematik aufbereiten und Rückmeldung geben.</p>	FG36/L1/ alle
12	<p>Surveillance</p> <p>! AU-Auswertung: BKKDV Monatlicher Krankenstand: Sonderauswertung SARS-CoV2 wird verschoben</p>	
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! mdB um Beitrag / Einschätzung bis 06.05. DS; PCR Tests am Flughafen Wien wird verschoben</p>	

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Mein Schiff 3 Cuxhaven (s. TOP 1 Nationales)	
14	Information aus dem Lagezentrum Nicht besprochen	
15	Wichtige Termine ! AGI TK ! BMG-interner Austausch zum Thema "Testen in der Pflege" auf Fachebene (M Mielke, T Eckmanns) ! Sitzung des interministeriellen Krisenstabes (U Rexroth) ! Mini-Workshop für interessierte Journalisten zur Reproduktionszahl R / M an der Heiden	alle
16	Andere Themen Nicht besprochen	
	Nächste Sitzung: Mittwoch, 06.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	06.05.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt.1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt.3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche



- ! ZIG1
 - Basel Karo
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 349 568 387">Aktuelle Lage</p> <p data-bbox="331 427 512 456">International</p> <p data-bbox="339 495 1054 524">! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="379 557 1187 685">○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 620 1187 685">▪ USA sind weiterhin ein Hotspot >1,2 Mio Fälle, >70.000 Todesfälle, seit April neue Fälle leicht zurückgegangen <li data-bbox="379 707 1187 871">○ Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 772 1187 871">▪ In Brasilien und Russland gibt es weiterhin eine starke Zunahme der Fallzahlen. UK ist seit 3 Wochen konstant und in den anderen Ländern zeigt sich eine Abnahme. <li data-bbox="379 902 1187 999">○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 965 1187 999">▪ Starke Zunahme u.a. in Bangladesch, Ägypten, Südafrika. <li data-bbox="379 1028 963 1124">○ Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1 <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 1090 839 1124">▪ Keine Änderung zu gestern. <li data-bbox="379 1153 1187 1906">○ Studie zu Genesenen, wieder positiv getesteten Patienten aus Südkorea: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 1252 1187 1317">▪ 263 Patienten aus Südkorea , die nach Entlassung erneut positiv getestet wurden <li data-bbox="443 1348 1187 1444">▪ RNA Fragmente konnten bis zu 2 Monate nachgewiesen werden, aber mit kulturellen Tests konnten bei diesen Patienten kein lebendes Virus gefunden werden. <li data-bbox="443 1476 1187 1541">▪ PCR zum Verlaufmonitoring nicht geeignet. Bedarf von anderen Parametern zur Verlaufskontrolle. <li data-bbox="443 1572 1187 1668">▪ Auch die Frage wie lange jemand infektiös ist sollte nochmal diskutiert werden. Labordaten von ZBS1 sind dafür wichtig. <li data-bbox="443 1700 1187 1906">▪ PCR-Nachweis aus Speichel gut möglich. Ct-Werte sind testabhängig und können nicht so einfach zur Deutung der Infektiosität verwendet werden (Ct-Werte >25 kann nicht gleichgesetzt werden mit nicht mehr infektiös), Verwendung von IgG-Nachweisen ist auch Thema in AG Diagnostik. <li data-bbox="379 1937 1187 2027">○ Saisonalität: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 2002 1187 2027">▪ Fallzahlen gehen in Europa bis auf Schweden und UK 	ZIG1/alle



	<p>runter, Anstieg in Afrika (bei geringen Testzahlen) – Einfluss von Saisonalität?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saisonalität schließt das veränderte Verhalten der Bevölkerung in der Saison und die Eigenschaften des Virus mit ein. ▪ Entwicklung der Wellen in den Ländern geschieht unter dem Einfluss von massiven Maßnahmen, schwierig systematische Unterschiede zw. Ländern der Nord- und Südhalbkugel zu identifizieren. ▪ In Afrika südl. des Sahels haben die Studien eher den Fokus des Vergleichs großer urbaner Zentren vs. ländliche Gebiete, Saisonalität zum Teil integriert, aber nicht Hauptpunkt. ▪ Es gibt eine aktuelle Studie der London School of PH, dass das Klima keine Rolle spielt, Studie wird von Hr. Karo geteilt <ul style="list-style-type: none"> ○ Aus dem interministeriellen Krisenstab kam der Wunsch nach differenzierten Grenzöffnungen und differenzierten Reisewarnungen, abgestimmt mit ECDC und europäischen Partnern. Es gibt noch keinen schriftlichen Auftrag, aber wird angefragt werden. In dem Zuge sollten die europäischen Nachbarländer stärker in den Fokus der Betrachtung rücken. Auch eine kleinräumigere Betrachtung wäre ggf. sinnvoll. ○ Das Volumen des derzeitigen Pendlerverkehrs und die Einflüsse hiervon könnten vorab betrachtet werden. <p><i>ToDo: INIG wird den Prozess zur Bestimmung von Risikogebieten optimieren, vorab Kriterien bestimmen und operationalisieren.</i></p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 164.807 (+947), davon 6.996 (2,4%) Todesfälle (+165), Inzidenz 198/100.000 Einw., ca. 137.400 Genesene, Reproduktionszahl = 0,65 (95% KI 0,53-0,77, Stand 06.05.2020) ○ Problemen bei der Validierung der Daten aus Hamburg am RKI, ca. 200 Fälle zu wenig. Diskrepanz seit 2-3 Tagen. Hamburger GÄ verwenden Octoware, die Labormethode kann bei der Software nicht eingegeben werden, es wurde zuvor eine Lösung gefunden die Fälle trotzdem zu validieren. Diese Lösung funktioniert derzeit nicht mit der neuen SurvNet-Abfrage. Die Hamburger GÄ übermitteln die richtigen Zahlen, die Abfrage muss umgestellt werden, damit alle Fälle als valide identifiziert werden können. Der auf der Folie dargestellte 	FG32/alle
--	---	-----------



	<p>Kommentar muss auch auf der Webseite dargestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Man sieht in der Epicurve den Peak um den 18./19.03. Man muss also davon ausgehen, dass die meisten Fälle um den 13.03. herum infiziert wurden. Die Anzahl der übermittelten Fälle am 13.03. war noch recht gering, Verzug deutlich. ○ Es gab Anfrage vom BMI, warum das R mit zwei Nachkommastellen berichtet wird (Scheingenauigkeit, ggf. nur 0,5er Schritte), wird nicht kommentiert. Hr. Holtherm hat an BMI kommuniziert, dass es sich um eine Anweisung von Hr. Spahn gehandelt hat, die das RKI umsetzen sollte. ○ Bei Darstellung der Epicurve nach Meldedatum könnte auf eine wochenweise Darstellung umgestellt werden, um Wochenschwankungen zu vermeiden (umgesetzt in Lagebericht für die Kurve zu Betreuung, Unterbringung und Tätigkeit in Einrichtungen), ggf. zu einem Zeitpunkt im Sommer in Zeit mit geringeren Fallzahlen. ○ In dem Zusammenhang sollte auch überlegt werden wie lange die Erstellung des Lageberichts am WE nötig ist, v.a. da in den GÄ und Landesstellen die Arbeit z.T. von nur wenigen Personen durchgeführt wird. Derzeit noch zu früh, aber sollte im Auge behalten werden. ○ R in SH derzeit etwas erhöht, ggf. durch Fälle auf Schlachthof im Kreis Segeberg. ○ 7-Tages Inzidenz: LK Greiz in TR bei Gotha hat 84 Fälle/100.000 Einwohner, Ausbrüche in Altenheimen ○ BMG möchte morgens zusätzlich die 7-Tages Inzidenz erhalten, mit vorhandenen Infos über mögliche Ausbrüche (Informationen zu Ausbrüchen vom Vortag reichen aus, muss nicht aktiv am Morgen ermittelt werden) ○ GÄ sollten nochmal darauf hingewiesen werden, dass die Eingabe der wahrscheinlichen Quelle sehr wichtig ist. Daten könnten ggf. automatisch ausgewertet werden. ○ In Reeskalationsstrategie wie sie an das BMG gesendet wurde, wurde Folgendes empfohlen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich soll jeder Fall überprüft werden. ▪ Bei Inzidenz von 25/100.000 Einwohner muss der LK Ursache des Geschehens klären. ▪ Bei Inzidenz von 50/100.000 Einwohner muss zusätzlich die Landesstelle schauen, wie sich das Geschehen erklären lässt. 	<p>FG37/AL1/ AL3</p>
--	---	--------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In Presse heute früh stand allerdings, dass die Maßnahmen bei einer Inzidenz von 50/100.000 Einwohner hochgefahren würden, sollte kein Automatismus sein. ▪ Im Papier ist klargestellt, dass qualitative Analyse durchgeführt werden muss, es ist aber unklar wie die Politik die Empfehlung umsetzt ▪ Fr. Glasmacher hat zusätzlich nach den LK mit >50 Fällen gefragt. <p><i>ToDo: Hr. Hamouda bespricht die Thematik mit Fr. Glasmacher.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dank an Hr. Faber für die tägliche Erstellung der Graphiken der kumulativen Inzidenzen. „Daumenkino“ zu COVID-19 Fällen wird versendet (Folien hier). ○ Alters- und Geschlechtsverteilung (Folie 18/19): Inzidenzen/Prozentzahlen und Fallzahlen für interne Bewertung gegenübergestellt. Für Lagebericht bleibt es bei derzeitiger Darstellung, ggf. kann man auch auf diese Darstellung zurückgreifen. ○ DIVI: Die Aufnahme der pädiatrischen Intensivbetten in die Erhebung/den Bericht wird umgesetzt. ○ Labordaten ARE (Folien hier): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl der Teste bleibt bundesweit in etwa gleich, aber Anzahl SARS-CoV-2-positiver Nachweise geht runter ▪ In allen BL sieht man einen Rückgang des Anteils der positiven Testungen (deutlicher bei besserer Abdeckung in großen BL), Saarland herausgenommen, da zu wenig Testungen ▪ Zeitverzug zw. Entnahme und Testung im Labor ist etwas über einen Tag. ▪ Anzahl Testungen pro 100.000 Einwohner: Man könnte aus der Anzahl der SARS-CoV-2-positiven Teste und der Meldungen ein Verhältnis der Test- und Meldezahlen für die positiven Teste berechnen. Unter der Annahme, dass das Verhältnis für die negativen Teste entsprechend ist, könnte die Anzahl der negativen Teste hochgerechnet werden. Anzahl der Tests/100.000 Einwohner auch im Reeskalationspapier, daher sehr wünschenswert. <p><i>ToDo: FG37 führt Berechnung durch und stellt sie nächste Woche im Krisenstab vor.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In der Altersstatifizierung sieht man, dass in der Altersgruppe >80j sehr viel getestet wird, mittlere 	<p>FG32</p> <p>FG36</p> <p>FG32</p>
--	---	-------------------------------------



	<p>Altersgruppen ähnlich häufig und Kinder weniger.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Positivtestungen gehen herunter, weniger Ausbrüche in Alters- und Pflegeheimen. <ul style="list-style-type: none"> ○ Labordaten VOXCO-Umfrage: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 18 KW: 317.979 Testungen, Rückgang ca. 360.000 in letzter Woche, 12.000 positiv – Positivquote 3,8% (letzte Woche mit korrigierten Zahlen 3,5%) ▪ Anzahl der Testungen ist deutlich gesunken, auf Niveau von vor KW12, Anteil der Positiven auf KW10-Niveau ▪ Kapazitäten sind gestiegen: von ca. 860.000 (KW17) auf 965.000 (KW18) ▪ Rückstau ca. 3000 Proben in 30 Laboren ▪ Lieferprobleme betreffen Abstrichtupfer, Pipettenspitzen und Extraktionskits ○ Grippeweb, ARE-Konsultationsinzidenz und Positivenrate und ICOSARI: <ul style="list-style-type: none"> ▪ AGI so gut wie keine Aktivität, ILI und ARE ganz leicht angestiegen, aber deutlich unter Vorjahren ▪ ARE-Konsultationen: 250.000 Personen mit ARE waren in Haus- oder Kinderarztpraxis, aber in allen Altersstufen rückläufig ▪ ARE-Positivenrate: Trotz Motivations Schreiben und positiven Aussagen von Ärzten etc. ist der Probeneingang sehr zögerlich, untersucht wurden 30 Proben und kein respiratorischer Erreger wurde gefunden. ▪ ICOSARI: auch hier gehen Zahlen nach unten, besonders bei Kindern durch RSV-bedingte Erkrankungen, Anteil von COVID bei SARI-Fällen bei ca. 22% stabil in letzten Wochen, nicht in Tabelle dargestellt, Textbemerkung in Influenza-Wochenbericht ○ Kapazitäten für Durchführung von Infektionsschutzmaßnahmen: Noch nicht von allen Rückmeldungen, morgen in AGI nochmal Erinnerung, wird mit BMG geteilt ○ Amtshilfeersuchen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei dem Geschehen auf dem Schlachthof in SH ist keine Hilfe notwendig. 	
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mein Schiff 3 in Cuxhaven: <ul style="list-style-type: none"> ! 2900 Menschen auf dem Schiff, KP1 und KP2 nicht zu differenzieren, gemeinsame Feiern vor wenigen Tagen. ! Zunächst Info, dass BMI die Quarantäne an Land verhindert, aber laut BMI wollten LK und NI die Personen nicht an Land gehen lassen. Inzwischen ist das Land/der LK bereit die Personen an Land zu lassen, Entscheidung sollte aber von woanders kommen und die Koordination von anderer Stelle erfolgen. ! Es gibt ein Angebot eines Immobilienservice die Personen in deren Wohnungen unterzubringen (verteilt über DE, z.T. nahe des Frankfurter Flughafens). ! Die Heimatländer aller Personen müssen informiert werden. ! Pläne der TUI 1000 Personen mit Charterflügen nach Hause zu senden, kann aus fachlicher Sicht nicht empfohlen werden. ! Quarantäne auf Schiff wird ebenfalls nicht empfohlen aus Erfahrung mit Diamond Princess: Situation auf Schiff relativ beengt (Personenanzahl höher als Anzahl Crew normalerweise), ggf. Verbreitung des Virus über Belüftung oder andere Übertragungen in Enge des Schiffes. 	
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"> ! Fragen zu Aerosolen in Alltagssituationen (vertagt auf Donnerstag) 	FG14
5	Aktuelle Risikobewertung <ul style="list-style-type: none"> ! Die Aktualisierung der Risikobewertung wird Montag diskutiert. 	AL3
6	Kommunikation BZgA <ul style="list-style-type: none"> ! Rückmeldungen von Bevölkerung v.a. zu MNB, derzeit v.a. Visiere 	BZgA



	<p>bei Kontraindikation für MNB – Schutzwirkung identisch? Verweisen auf eingestellt Infos (RKI, BZgA).</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Studie aus Kompetenznetz: keine belastbare Hinweise auf Wirksamkeit von MNB – sollte nochmal diskutiert werden. ! Informationen zu genaueren Handhabung der BL für die einzelnen Regelungen, morgen in AGI? Wo werden Hinweise in Ländern Hinweise auf offiziellen Seiten gegeben? ! Verunsicherung in Teilen der Bevölkerung bezüglich vermehrter Kontakte, v.a. wenn Personen auf engem Raum zusammenleben (WGs z.B.). ! Thema Maskenbenutzung im Freien und die Frage zu Wohngemeinschaften bedarf einer größeren Diskussion. ! Man sollte intensiv auf Bedeutung des Abstands hinweisen. ! Aktueller Stand der Bürgerinfos zum Testen: Auf Fachebene Kommentierung abgeschlossen, Hinweise sind berücksichtigt worden. Die Aussage „Gute Genesung“ war Bruch in Diktion des Merkblattes. Informationen sollen Testangebot für Bevölkerung flankieren. <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Tagesschau hat kurz vor Krisenstab zu fehlerhaften Testzahlen von letzter Woche getwittert. ! R-Seminar für Journalisten mit Hr. an der Heiden und Fr. Degen, 70 Datenjournalisten haben sich eingewählt, sehr positiv aufgenommen. Geplant war kleine Webseite zu Nowcast mit Beispiel-Rechnung für R. Hr. Schaade möchte diese Seite zuvor sehen. <p><i>To Do: Presse sendet die Pläne zu der Nowcast-Seite an VPräs.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! In Lagebericht berichteter R-Wert (und auch alle weiteren Daten, die nicht auf dem Dashboard stehen) sollen für 24 Stunden in der Kommunikation nach außen verwendet werden, bis der nächste Lagebericht versandt ist. Hintergrund: Hr. Spahn hat den R-Wert des vorherigen Tages berichtet und Hr. Wieler kurz danach in seinem Pressebriefing den aktuellen Wert des Tages. 	<p>Presse</p> <p>VPräs</p>
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Indikatoren für die besonders betroffenen Gebiete in Deutschland <ul style="list-style-type: none"> ○ Es sollte überlegt werden, wie wir intern darstellen können, wenn Infektketten durch Mobilität zw. den BL in dem anderen 	FG36

	<p>BL weitergehen – bzw. wie der Einfluss der Mobilität zw. den BL generell in DE ist. Derzeit nicht erfasst.</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Empfehlung zur Doppeltestung bei geringer Prä-Test Wahrscheinlichkeit? (nicht besprochen)</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>! Aktualisierung Papier für Großveranstaltungen (nicht besprochen)</p> <p>! Papier für Gemeinschaftsunterkünfte (nicht besprochen)</p> <p>! Flusschema Bevölkerung (nicht besprochen)</p> <p>! Orientierungshilfe für Ärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gab 4 noch nicht geklärte Stellen im Papier: <ul style="list-style-type: none"> 1. 1. Pat. soll bei Eintreffen MNS bekommen - AGI-Vorschlag: nicht nur bei respiratorischen, sondern bei allen COVID-Symptomen. Vorschlag von Krisenstab angenommen. Nutzung der Begrifflichkeit COVID-vereinbare Symptome (wie auch in anderen Dokumenten). 2. 2. KBV-Vorschlag für Testung: Betonung der Risikogruppen wegnehmen, da man bei einer Ergänzung einen Schwerpunkt sieht. Sensibilität für Risikogruppen ist vorhanden, es soll darauf hingewirkt werden, dass alle getestet werden. Vorschlag vom Krisenstab angenommen. Ergänzung wird weggenommen und „alle“ fett gedruckt. 3. 3. AGI-Vorschlag bei allen KP Testung: Dies hat allerdings Implikationen auf Meldung, alle KP würden demnach als Verdachtsfälle gemeldet. Systematik aller Kontaktfälle wird verändert und alle Papiere überarbeitet werden. Kategorisierung der KP muss GA vornehmen. GA kann alle Kontaktpersonen testen auch ohne Symptome. <p><i>ToDo: FG32 gibt Rückmeldung an AGI.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 4. 4. KBV-Vorschlag: Streichen (der klinischen oder radiologischen Hinweise auf eine virale Pneumonie) für Vereinfachung wurde von Krisenstab beschlossen. Es gibt aber noch bilaterale Absprache zw. FG14 und IBBS (Frage zu Vorgehen bei Verschlechterung von Zustand und Entwicklung einer Pneumonie) 	IBBS
7	Labordiagnostik	AL1

	<ul style="list-style-type: none"> ! PCR Tests am Flughafen Wien ○ Stellungnahme von Fr. Rexroth schon an BMG gesendet, da nicht ersichtlich, dass Aufgabe von LZ auch an Hr. Mielke vergeben. ○ Fr. Rexroth sendet Hr. Mielke versendete Stellungnahme und kann seine Stellungnahme zusätzlich an das BMG senden. 	
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Neue Strategie für Entlasskriterien notwendig (wird am Donnerstag diskutiert) 	IBBS
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Feinere Differenzierung Risikogruppen (nicht besprochen) ! Mund-Nasen-Bedeckung in Schulen (nicht besprochen) 	FG32
10	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! AU-Auswertung: BKKDV Monatlicher Krankenstand: Sonderauswertung SARS-CoV2 (nicht besprochen) 	
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Einschätzung des RKI zu PCR Tests am Flughafen Wien (s.o.) ! Differenzierte Grenzöffnung anhand von Indikatoren – wieder Ausweisung internationaler Risikogebiete? (s.o.) ! BfARM nimmt Empfehlung zur Dekontamination von Masken zurück 	FG32
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 1000. Aufgabe des LZ an Michaela Diercke verteilt 	
15	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! WHO TK mit IHR NFP ! Informal OECD Health Committee Seminar 	
16	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Donnerstag, 07.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	07.05.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt.3
 - Osamah Hamouda
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Basel Karo
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr

- Katalyn Roßmann

VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 275 568 309">Aktuelle Lage</p> <p data-bbox="331 349 515 383">International</p> <p data-bbox="331 416 1058 450">! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="379 483 1201 611">○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 544 1201 611">▪ USA weiterhin am stärksten betroffen, seit April leichter Rückgang <li data-bbox="379 633 1185 761">○ Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 694 1185 761">▪ Starke Zunahme in Brasilien und Russland, in Brasilien auch sehr viele Todesfälle <li data-bbox="379 790 1193 918">○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 857 1193 918">▪ Die Lage in Asien und Afrika entwickelt sich, auch wenn die berichteten Fallzahlen nicht so hoch sind. <li data-bbox="379 947 1209 1832">○ Gesamtzahl der Todesfälle in EU <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 1014 1209 1115">▪ Die meisten Todesfälle gab es in UK, Italien, Spanien und Frankreich und auch in Belgien (mehr als 8000 Todesfälle), obwohl es ein relativ kleines Land ist. <li data-bbox="443 1149 1090 1216">▪ Seit 3 Wochen sind die Todesfälle in der EU auf niedrigem Niveau. <li data-bbox="443 1238 1153 1350">▪ Fall-Verstorbenen Anteil in Frankreich am höchsten, Belgien hat höchste Mortalität pro 100.000 (70 Todesfälle/100.000 Einwohner) <li data-bbox="443 1373 1209 1619">▪ Grund für hohe Mortalität in Belgien ist, dass Todesfälle bei bestätigten COVID-Fällen, aber auch bei Verdachtsfällen gezählt wurden: in KH Fälle mit Laborbestätigung oder Thorax-CT, außerhalb des KH Fälle mit Laborbestätigung oder klinischen Kriterien für COVID-19. Mehr als die Hälfte der Fälle aus Pflegeheimen berichtet (5% bestätigt, 95% Verdachtsfälle) <li data-bbox="443 1641 1169 1709">▪ Keine Untersuchung zur Auswirkung der Maßnahmen auf Mortalität bekannt. <li data-bbox="443 1731 1177 1832">▪ Die USA zeigen ebenfalls eine sehr hohe Mortalität und Sterblichkeit bei jüngeren Menschen, Diabetes scheint eine große Rolle zu spielen. <li data-bbox="379 1865 1201 1966">○ Auch bei Ländern, die DE voraus sind im Epidemie-Verlauf ist derzeit keine deutliche zweite Welle sichtbar, allerdings z.T. immer noch unter starken Maßnahmen. 	<p data-bbox="1246 342 1385 376">ZIG1/BZgA</p> <p data-bbox="1246 477 1369 510">FG32/alle</p>

	<p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 166.091 (+1.284), davon 7.119 (1,8%) Todesfälle (+123), Inzidenz 200/100.000 Einw., ca. 139.900 Genesene, Reproduktionszahl = 0,65 (95% KI 0,53-0,77, Stand 06.05.2020) ○ Fälle und Todesfälle: große Unterschiede in den BL (1,2 in MV – 15,7 in BY) , Einfluss des Alters der Bevölkerung wahrscheinlich. ○ ○ Großes Interesse an Kurve „Fälle nach übermitteltem Todesdatum“ (DESTATIS, etc.). DESTATIS geben diese Woche ihre Daten heraus und werden dazu eine Presseerklärung abgeben. ○ 7-Tages-Inzidenz steht jetzt sehr im Fokus, im Lagebericht und Dashboard schon lange berichtet. Wird jetzt z.T. auch von anderen berechnet. ○ Qualitative Daten zur Unterfütterung der Inzidenzdaten werden zusammengetragen und weitergeleitet. ○ Befürchtet wird politischer Druck auf GÄ, was wiederum ggf. das Testverhalten negativ beeinflusst. ○ Die Tabelle „Übermittelte Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen“ wird überarbeitet, diff. nach neuer Gesetzesgrundlage in Kita vs. Schule etc. Wichtig ist, dass die GÄ die Daten in SurvNet eintragen. ○ DIVI: Kapazitäten weiterhin vorhanden, Patientenzahl geht langsam zurück ○ Kapazitäten für die Durchführung von Infektionsschutzmaßnahmen: Presse hat über BMI (Lagebericht oder Leak?) die Kapazitätendarstellung erhalten. Presseanfrage dazu und zu Containment Scouts heute früh. Darstellung war nicht für die Öffentlichkeit gedacht. BMG sollte schriftlich gefragt werden wie wir damit umgehen sollen, BMG sollte das mit dem BMI klären, ggf. auch in AGI klären. <p><i>ToDo: LZ fragt schriftlich beim BMG an.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Amtshilfeersuchen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuxhaven: Gesundheitsministerium von NI hat
--	---

	<p>Amthilfeersuchen zurückgezogen, GA möchte aber gerne noch weiter Unterstützung und klärt das mit dem Ministerium. Team wartet auf Entscheidung und reist heute ggf. zurück. Insgesamt ein sehr politischer Einsatz, könnte möglicherweise noch fachlicher werden. Politische Entscheidung: Personen bleiben an Bord, sollen soweit möglich innerhalb kürzester Zeit in ihre Länder verteilt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SH: Amtshilfeersuchen von fleischverarbeitendem Betrieb, weitere Informationen folgen 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Neues aus der Wissenschaft</p> <p>! SARS-CoV-2 receptor ACE2 is an interferon-stimulated gene in human airway epithelial cells and is detected in specific cell subsets across tissues (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SARS-CoV-2 Spikeprotein (S) bindet an ACE2 noch effizienter als SARS-CoV S. Typ II Serinprotease TMPRSS2 spaltet S, ermöglicht Eintritt in Zelle. ○ Ziel der Studie: Identifizierung der ACE2-exprimierenden Zellen und in welchen Zellen Coexpression (ACE2+/TMPRSS2+) ○ Analyse von Singe-cell RNA-sequencing data sets ○ Lungengewebe: Zilienzellen und Typ 2 Pneumozyten sind ACE2+/TMPRSS2+ ○ Epithelien der oberen Atemwege: sekretorische Becherzellen sind ACE2+/TMPRSS2+ - u.U. Erklärung für Anosmie ○ Zusätzlich ACE2 und TMPRSS2 Coexpression im Ileum ○ Interferonantwort (Hochregulierung von IFN-stimulierten Genen) wurde betrachtet: Behandlung humaner primärer Zellen (z.T. infiziert mit Influenza) mit IFN hat zu Hochregulierung von ACE2 geführt, dadurch ggf. Verstärkung der Infektion ○ ACE-Hemmer laut am Di vorgestellter Studie aus NEJM protektiv ○ Die Bundeswehr betreibt einen Journal Club: Pool von Personen, die die Literatur scannen und Kurzzusammenfassungen schreiben, bei Interesse aus dem Krisenstab sollte Fr. Roßmann direkt kontaktiert werden. 	<p>FG12</p> <p>FG14</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Aerosole in Alltagssituationen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Influenza wurde in Aerosolen des Atems nachgewiesen. ○ Künstlich hergestelltes Aerosol (mit SARS-CoV-2 / SARS-CoV) in etwa 3h in der Luft stabil, Tröpfchenkerne sinken langsam ab. ○ MERS in Aerosolen: Office-Bedingungen: 25 °C, 79%RH -> 60% verbleibend nach 60 Minuten; 38°C, 24 % RH -> 4,7% verbleibend nach 60 Minuten. ○ Technische Arbeit mit beheiztem Dummy und künstlicher Lungen: Aerosole bei normalem Sprechen ca. 1,5 m weit nachweisbar, bei höherer Luftfeuchtigkeit verhalten sie sich anders, werden langsamer leichter ○ Aerosolemmission sehr unterschiedlich zw. Menschen, höhere Lautstärke = größere Aerosolproduktion, untergeordnete Rolle von versch. Sprachen ○ Natürliche Belüftung/hohe Luftaustauschrate kann Infektionsrisiko absenken. ○ Umgebungskontamination durch Aerosole spielen im Büro wahrscheinlich keine große Rolle. ○ Fazit: >1,5 m sollte bei normaler Sprechlautstärke in gut belüftetem Raum ausreichend sein, bei lautem Sprechen oder Singen (tief einatmen) ggf. Abstand nicht ausreichend (Chorprobe mit Abstand 2,5h geprobt trotzdem viele infiziert). ○ Aufruf wichtige neue Infos über SARS-CoV-2 an Hr. Jahn zu senden, damit der Steckbrief aktuell gehalten werden kann. <p>! In Papier, das sich mit Aerosolfreisetzungen bei Zahnärzten befasst sollte ein Satz umformuliert werden, derzeit wird empfohlen nur bei bestätigten COVID-Patienten FFP2 zu tragen, sollte erweitert werden.</p> <p><i>ToDo: Hr. Haas spricht Änderungswunsch mit FG14 ab.</i></p>	<p>FG36</p>
<p>5</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Wird Montag besprochen.</p>	
<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Anfragen von Musikschulen – Spielen von Blasinstrumenten würde man als genauso risikobehaftet bewerten wie Singen.</p> <p>! Anfragen von versch. Gewerken (Schlachter, Baugewerbe) BZgA</p>	<p>BZgA/VPräs/ FG32</p>

	<p>hat an Innungen und Dachverbände verwiesen.</p> <p>! Anfragen von Kitas: In Abhängigkeit vom Träger konkrete Hinweise vorhanden, muss aber individuell entschieden werden (Gruppengrößen/Raumgrößen), z.T. Anweisungen von Kultusbehörden vorhanden.</p> <p>! Bitte an BZgA und RKI aus EpiLag noch stärker zu formulieren, dass jeder mit respirator. Symptomen getestet werden sollte</p> <p>Presse</p> <p>! Heute war vorerst das letzte regelmäßige Pressebriefing – ab jetzt nur anlassbezogen</p> <p>! Testzahlen sind in Presse nicht weiter aufgegriffen worden</p> <p>! Auf Internetseite wird Dashboard in Übersicht nehmen Strategiepapiere zusammenfassen unter Strategie- und Krisenpläne</p> <p>! Dank für Unterlagen zur Schulung der Containment-Scouts, ärztliches Personal und Gesundheitsaufseher wurden damit geschult, zudem Schulung der Militär-Musiker</p>	<p>Presse</p> <p>Bundeswehr</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Neuer Grenzwert der Bundesregierung: 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In EpiLag besprochen (wo zu finden, wer berechnet), qualitative Ergänzung der Zahlen, Automatismen und Formalisierungen werden nicht befürwortet. ○ In EpiLag aufgerufen von Ausbrüchen und Amtshilfeersuchen zu berichten, sowie die Informationen für die Fälle in Meldesoftware vollständig auszufüllen. ○ Aufgabe aus dem BMG: Wert 35/100.000 Einwohner (5 Fälle pro Tag, pro 7 Tage) ist vom BKamt gewünscht, Schwelle soll in Karten abgebildet sein. Warnwert bevor die Schwelle 50/100.000 Einwohner mit den automatischen Maßnahmen erreicht wird. ○ Besser ist es keine unterschiedlichen Karten zu verteilen. Ggf. ergänzen zu bisheriger Systematik, oder Skala etwas anpassen. Es sollte aber bedacht werden, dass daraus auch Vorwurf gemacht werden könnte. <p><i>ToDo: Abbildung mit zusätzlicher Schwelle von 35/100.000 wird von FG32 und Hr. Faber erarbeitet.</i></p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Indikatoren für innerdeutsche Mobilität:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Beschluss von gestern steht, dass Mobilität ggf. 	<p>FG32</p> <p>FG36</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>eingeschränkt wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bis jetzt ist vorgesehen zu betrachten was passiert lokal, wie ist das Geschehen auf Landesebene. Wenn aber die Einschränkungen der Mobilität aufgehoben werden und Urlaubsreisen wieder möglich werden, kann man ein Geschehen ggf. nicht durch die Inzidenz an dem Ort oder im angrenzenden LK erkennen, sondern Fälle sind u.U. verteilt über DE. ○ Wichtig ist dabei, dass die Quellen/Expositionsorte möglichst gut abgebildet und dokumentiert werden. ○ Cluster sollten gut erfasst und verortet werden, unterhalb der LK-Ebene ○ IfSG-Änderungen: Gesetz geht erst am 15.05. in die Abstimmung im Bundestag und tritt wahrscheinlich erst Ende Mai in Kraft, unklar, ob Änderungen jetzt schon in SurvNet umgesetzt werden können, ggf. wird das Programm vorbereitet, dass es schnell aktualisiert werden kann. ○ Die Juristen unterscheiden zwischen Infektionsquellen und Infektionsrisiko – Infektionsquelle muss sehr definierter Ort sein (mit genauer Adresse), Infektionsumfeld (im Einzelhandel, Gastronomie, Nahverkehr) wird mit Gesetzesänderung aufgenommen ○ Cluster werden erfasst. Zu Beginn der Epidemie konnten Ausbrüche nicht gut angelegt werden oder wurden zu groß für das Programm. Inzwischen wurde die Cluster-Erfassung erleichtert. Heute wird Vorschlag zur Anpassung von SurvNet an FG31, FG36 und FG37 zur Kommentierung versendet. ○ Setting als Zusatzinfo (von FG37 schon für KKH betrachtet) wird so operationalisiert, dass es auch in Linelist (für Lagebericht etc.) verfügbar ist. <p>! Strategie-Ergänzung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wird eine Strategie-Ergänzung benötigt, damit allgemein ein gleiches Verständnis da ist? Zum Teil scheint das Ziel der nächsten Phase nicht auf allen Ebenen klar zu sein und es gibt Rückfragen nach Zielwerten. ○ „Testen, testen, testen“ ist im Grunde eine implizite Strategieergänzung, die von Politik vorgegeben wurde. Insgesamt heikel, da die Politik Vorgaben gemacht hat, mit denen in manchen Punkten nicht ganz übereingestimmt wird. Diese müssen aber soweit möglich in Strategie integriert werden. ○ Es gibt einen breiten Konsens zur Lockerung der Maßnahmen (Leopoldina etc.), aber wichtig zu transportieren, was das Ziel ist, dass weiter aufmerksam beobachtet werden muss und 	<p>VPräs/alle</p>
--	--	-------------------

	<p>Abstandsregeln eingehalten werden müssen. Insgesamt ist es eine neue Strategie, die auch kommuniziert werden sollte.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ziel ist Fallzahlen durch Containment-Maßnahmen auf einem Niveau zu halten, damit das Geschehen zu bewältigen ist. Mischung zwischen seriellem Handeln und „Hammer and Dance“ ○ Die Veränderung des Flussdiagramms ist ein guter Zeitpunkt auch eine neue Strategie vorzustellen. ○ Die Notwendigkeit des früheren Erkennens kann stärker beleuchtet werden und spielt in verschiedenen Bereichen eine Rolle (Aufgaben der GÄ, Öffnung der Kitas und Schulen). Eine fachliche Erläuterung ist notwendig, damit alle wissen was politisch beschlossen werden muss. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche und die Verantwortung der Bevölkerung ○ Strategie-Ergänzung muss mit BMG abgestimmt werden. <p><i>ToDo: FG36 bereitet bis nächste Woche eine erste Version der Ergänzung zum Strategiepapier vor.</i></p>	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Papier für Gemeinschaftsunterkünfte <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gab viele Rückmeldungen aus den BL und wird heute in der AGI besprochen. Es gibt einige kritische Punkte, insbesondere bei Unterbringung der Menschen in kleinen Gruppen, bzw. stärkere Separierung aus Präventionsgründen. Es gibt Rechtsurteile von Einzelnen, die geklagt haben. Wunsch von Saarland den Prozess zu stoppen. ! EpiBull-Artikel zu Temperaturscreenings am Flughäfen <ul style="list-style-type: none"> ○ Soll sehr schnell veröffentlicht werden, geht an den gesamten Verteiler Krisenstab zur Kommentierung. ! Differenzierung der Risikofaktoren im Steckbrief <ul style="list-style-type: none"> ○ Regelmäßig wird die Frage nach Differenzierung der Risikogruppen aufgeworfen (z.B. gering, mittel, stark erhöhtes Risiko). Frage bzgl. Personen, die in Kitas und Schulen tätig sind und Frage zum Umgang mit Risikofaktoren in Altenheimen. ○ In ICOSARI werden Daten zu Vorerkrankungen ausgewertet, Kollektiv ist aber begrenzt, da derzeit Rückgang der Fälle ○ Kleinteiliger auch mit sehr großer Multicenterstudie nicht zu beantworten. ○ Risikobewertung dient der Darstellung wer prinzipiell ein erhöhtes Risiko hat (vgl. Impfung) und nicht dem individuellen Risiko einer Person, dies muss vor Ort durch Arbeitsmediziner bewertet werden ! Veranstaltungspapier: 	<p>FG32</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sollte überarbeitet werden, keine feste Personengröße, Charakteristik der Veranstaltung, Abstandsregeln und Dokumentation der TN sollen aufgenommen werden. 	
7	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ZBS1: Seit Montag 400 Proben untersucht, 30 Proben SARS-CoV-2 positiv getestet. ! FG12: Gestern keine Proben und heute 10 Proben untersucht, keine positiv für SARS-CoV-2. ! Abt.2: <ul style="list-style-type: none"> ○ Derzeit Fokus auf Hotspot-Studien, Beginn am 19.06. (Presstetermin) in Hohenlohe, dann nach 3-4 Wochen Testung in Rosenheim, insgesamt werden 2000 Personen mit 2 Bussen beprobt. ○ Weiterhin Testung von 20.000 an 350 Orten in DE geplant. Im ersten Zug Testung an 60 Sample Points innerhalb von 2 Wochen, verteilt über DE. Im Laufe des Juni werden erste Zwischenergebnisse erwartet. ○ Zusätzlich Vernetzung mit verschiedenen Partnern: Es gibt viele Projekte auf Gemeindeebene und von anderen Institutionen, Versuch die Ergebnisse ggf. zusammenzufügen. ! FG37: <ul style="list-style-type: none"> ○ Die HCW-Studie soll nächste Woche beginnen, zunächst 280 HCW im Klinikum Marzahn von Stationen auf denen COVID-Patienten und -Verdachtspersonen liegen. ○ Zunächst wird mit GA getestet (vom GA im Rahmen des Ausbruchs angeordnet). ○ Wenn Ethikvotum vorhanden und Datenschutz geklärt, wird in zweiter Phase getestet. 	<p>ZBS1</p> <p>FG12</p> <p>AL2</p> <p>FG37</p>
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Neue Strategie für Entlasskriterien <ul style="list-style-type: none"> ○ Derzeitige Variante basiert auf zeitlichen und symptom-basierten Kriterien. Viele Nachfragen zu verlängerten RNA-Positivität bei HCW, Immunität bzw. genesene Patienten, die wieder in KKH aufgenommen und erneut SARS-CoV-2-RNA-positiv getestet werden ○ Serologische Kriterien sollten ggf. auch in Kriterien für Entlassung aufgenommen werden ○ Anzucht wird von 200 Proben durchgeführt (mit z.T. geringen Ct-Werten), werden 7 Tage kultiviert. In ca. 2 Wochen 	<p>IBBS/ZBS1/ FG36/FG37</p>

	<p>endgültige Aussage möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Serologie nicht von allen Patienten vorhanden, aber Qualität der serolog. Teste sehr unterschiedlich, Ergebnisse von außen schwer einzuschätzen. ○ Graphische Aufarbeitung der Entlasskriterien wird erstmal nicht veröffentlicht. <p>! Gestrige Diskussion über rasch abfallende IgG-Werte</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 130 Plasmaproben, PCR-positiv wurden getestet, abfallende IgG-Werte – Angebot die Proben in ZBS1 zu testen (NT) ○ Einordnung zu Einsatz von HCW am Patienten: Es sollte geprüft werden, ob HCW, die die Erkrankung durchgemacht haben, aufgrund eines fraglichen Schutzes ggf. als KP3 betrachtet werden und Selbstmonitoring machen sollten ○ Untersuchungen zu T-Zell-Immunität bei Hr. Thiel am BCRT/Charité. <p>! Geplantes Surveillance-System mit Charité über Webcast benötigt noch Datenschutz-Clearing. Apps haben allerdings höhere Priorität. Schwierig den Partnern zu vermitteln.</p>	
9	Maßnahmen zum Infektionsschutz	
	! Nicht besprochen	
10	Surveillance	
	! Nicht besprochen	
11	Transport und Grenzübergangsstellen	FG32
	! Mein Schiff 3 Cuxhaven (s.o.)	
14	Information aus dem Lagezentrum	FG32
	! Statistik Lagezentrum (nicht besprochen)	
15	Wichtige Termine	alle
	! AGI TK	
	! TK der AG IGV-benannte Flughäfen	
16	Andere Themen	
	! Nächste Sitzung: Samstag, 09.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	11.05.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt.3
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Maria an der Heiden
 - Michaela Diercke
 - Ulrike Grote (Protokoll)
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P4
 - Dirk Brockmann
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Johanna Hanefeld



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

- Andreas Jansen
- ! BZgA
- Heidrun Thaiss



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>! Die Dynamik ist extrem groß. Es gibt weltweit über 4 Millionen Fällen, davon 282.727 Verstorbenen</p> <p>! Die Top 3 Ländern in Hinblick auf bestimmte Kriterien (z.B. 7 Tage Inzidenz) sind die USA, die russische Föderation und Brasilien</p> <p>! Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Russland: Es gibt über 200.000 Fälle, fast 2.000 Todesfälle. Die Epikurve zeigt allgemein nicht mehr so einem extremen Anstieg. Die Maßnahmen in Russland wurden verstärkt (z.B. 60.000 Medizinstudenten werden eingesetzt, Ausgangsperre). Ca. die Hälfte der neuen Fälle wurde in Moskau verzeichnet. ○ USA: Es zeigt sich abfallender Trend. Die Schwankungen sind durch Nichtmeldungen am Wochenende bedingt. Die Testkapazitäten sind gleich geblieben. Es wird von der INIG beobachtet, ob das konstant bleibt oder durch die Lockerungen wieder ansteigt. <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brasilien: Brasilien ist eines der Länder mit dem stärksten Anstieg. Ein großes Problem sind die sozialen Randgruppen wie die indigene Bevölkerung. ○ Iran: Es gibt einen leichten Trend der Fallzahlen nach oben. Es gab erste Lockerungen u.a. die Wiedereröffnung der Moscheen. Für die Lockerungen gibt es ein Zonensystem im Land. <p>! Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Länder auf der arabischen Halbinsel (z.B. Kuwait, Katar) gibt es in der Epikurve Ausschläge, deren primäre Ursache infizierte Gastarbeiter sind. Dies spiegelt sich auf der ganzen arabischen Halbinsel wieder. Diese Bevölkerung war nicht richtig geschützt. Die WHO hat darauf reagiert und einen Leitfaden zur Prävention von COVID-19 auf Baustellen (allerdings nur auf Spanisch) herausgegeben. ○ Ghana: Hier gibt es einen extrem starken Anstieg der Fallzahlen. Im Laufe der Woche nimmt die INIG Afrika mehr in 	ZIG1



	<p>den Fokus (auch z.B. Südafrika, in dem es nach den Lockerungen der Maßnahmen wieder zu einem Anstieg der Fallzahlen kam)</p> <p>! Studie: Bei einer repräsentativen Untersuchung zur Seroprävalenz im Kanton Genf nahmen über 1.300 Teilnehmer aus 633 Haushalten teil. Die Schweiz ist durch die erste Erkrankungswelle mehr oder weniger durch. Am Ende dieser ersten Welle wurden in drei Wochen die Seroprävalenz gemessen: 1 Woche 3,1%, 2. Woche 6,1% und 3. Woche 9.7%. Es wurden keine Unterschiede in Seroprävalenz von Erwachsene und Kinder gefunden.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestern wurden nur wenig Fälle (357 Fälle, 22 Todesfälle) übermittelt, was ggf. der Effekt vom Feiertag/Wochenende sein kann. ○ Der Anteil Verstorbenen liegt bei 4,4%. ○ Der R-Wert hat am Wochenende für Unruhe gesorgt, da er an 2 Tagen wieder über 1 lag. Im Lagebericht wird immer der Wert vom Vortag berichtet. Im heutigen Lagebericht wird der R-Wert bei 1,07 liegen. ○ R für die Bundesländer: In Bremen zieht sich kontinuierlich ein R-Wert um 1 durch. Sachsen-Anhalt hat aufgrund der übermittelten geringen Fallzahlen ein hohes R. ○ Es gibt täglich an das BMG einen Bericht mit einer Karte mit den Landkreisen mit einer 7-Tages-inzidenz von >50 bzw. >35 Fälle pro 100.000 Ew. ○ Keine wesentlichen Änderungen bei Geschlechts-/Altersverteilung ○ Ca. 1.500 COVID-19 Patienten befinden sich auf einer Intensivstation, insgesamt 10.929 Patienten haben ihre Behandlung abgeschlossen, wovon aber auch 3.032 (28%) verstorben sind. <p>! Amtshilfeersuchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es sind 3 fleischverarbeitende Betriebe in 3 Bundesländern durch COVID-19 betroffen. Nach Rücksprache mit dem BMG soll das RKI keine Empfehlungen/Leitlinien hierfür erstellen. Dies ist Aufgabe des Arbeitsschutzes (BMAS). Ggf. kann die Arbeitsschutzseite dann auf das RKI zukommen. 	FG32/FG37
--	---	-----------



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mein Schiff 3: Die Repatriierung von 1.200 Crewmitgliedern läuft bis heute. Dem Wunsch des RKI, für die internationale Kommunikation miteinbezogen zu werden, wurde noch nicht nachgekommen. Das niedersächsische Ministerium hat im Alleingang eine fachliche Beratung abgegeben dass die Crewmitglieder als Kontaktpersonen der Kategorie 2 gelten. <p>! Überlastungsanzeigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ FG32 hat Rücksprache mit der Bundeswehr gehalten. Die Bundeswehr möchte nicht, dass alle Überlastungsanzeigen an sie weitergegeben werden, denn dann können sie auch nicht agieren. Die Bundeswehr möchte zunächst mit dem BMG klären, auf welche Weise auf die Containment Scouts der Bundeswehr zurückgegriffen werden soll. ○ Das BMG wünscht sich eine tägliche Berichtserstattung. Sollte dies wirklich durchgesetzt werden, wird eine Berichtserstattung zusammen mit der Berichtserstattung zu den besonders betroffenen Landkreisen erfolgen. Eine Rückmeldung zum Umgang mit den Überlastungsanzeigen steht noch aus. ○ Für das Land Berlin sollen ca. 30 Containment Scouts eingestellt werden. 25 sollen die Berliner Gesundheitsämter unterstützen. Weitere 4 sollen direkt für das RKI abgestellt werden; diese können jederzeit auch zur Unterstützung zu anderen Gesundheitsämtern geschickt werden. Zur Koordination gibt es einen Containment Scout am RKI. Es stellt sich heute heraus, wie viele die Berliner Gesundheitsämter tatsächlich aufnehmen werden. Die Einstellung soll Ende der Woche/Anfang nächster Woche erfolgen. 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! <u>Mobilitätsdaten</u>: Es gibt eine Internetseite (http://rocs.huberlin.de/covid-19-mobility/de/data-info/), auf der tagesaktuell Mobilitätsströme in Deutschland dargestellt werden. Es gibt bereits 2 Berichte zu den Daten. Momentan stellt eine Firma diese Daten noch unentgeltlich zur Verfügung stellt, bisher unentgeltlich. Nun will die Firma jedoch eine Lizenz für 12 Monate (25.000€ pro Monat) für die Daten haben. Die Mutterkonzerne würden die Daten ggf. so zur Verfügung stellen. Das BMG hat großes Interesse an dem Projekt und wünscht sich ein Dashboard mit mehr Informationen. Google hat ähnliche Daten, allerdings sind dieses Aufenthaltsdaten und nicht Mobilitätsdaten. Bei den Mobilitätsdaten, die tagesaktuell sind, werden Bewegungsprofile</p>	P4/FG21



erfasst (Arbeit vs. Urlaub). Das Angebot der Lizenz umfasst mehr als die bisher genutzten Daten. Es gäbe dann auch z.B. Mobilitätsdaten zwischen den Landkreisen und auch auf Gemeindeebene nützliche Metainformationen.

ToDo: D. Brockmann wird das Angebot der Firma an den Krisenstab senden und sich ggf. noch mal mit dem BMG oder RKI-Leitung zur Finanzierung austauschen.

! Datenspende: Wearables messen im Idealfall meist alle 15 Minuten mindestens zwei Sachen: den Puls und die Anzahl der Schritte. Der Prozess des Datenflusses für die Datenspender App ist relativ automatisiert. Es gibt mehr als eine halbe Millionen Nutzer, die täglich gemittelten Pulsdaten, Schrittzahlen etc. liefern. In der jetzigen Phase werden Algorithmen getestet, die bei der Abklärung der Symptomatik helfen sollen. Hierfür werden z.B. die tagesgemittelten Pulsdaten ausgewertet und die pro Kopf Nutzer Dichte angeschaut. Es soll eine Baseline/Kalibrierung für die Daten, die übermittelt werden, erstellt werden, um somit Verhaltensänderungen zukünftig zu entdecken (z.B. weniger Bewegung). Es solle eine Untergruppe von Spendern identifiziert werden, die Auffälligkeiten zeigen. Im nächsten Schritt sollen zusammen mit der Firma, die die App betreibt, und der Universität Basel weitere Informationen zum Stand der Infektion erhoben werden.

Wenn jemand diese Baseline für eine längere Zeit (z.B. 2-3 Tage) überschreitet, gibt es ein Signal. Die Kalibrierung und somit der Einsatz als Surveillancetool soll spätestens im Sommer fertiggestellt werden. Schon jetzt sind aber die Daten aus der Datenspende App auf der Internetseite sichtbar: <https://corona-datenspende.de/>

! Aktuelle Situation zur Corona WarnAPP (Folie Dashboard [hier](#)): Bei dieser App erhält ein Anwender eine Benachrichtigung, wenn er/sie sich in der Nähe von einer infizierten Personen aufgehalten hat zusammen mit einer Risikobewertung. Die App wird von der Telekom/SAP erstellt; das RKI liefert einen Input zur Epidemiologie, Kommunikation und den bisherigen RKI-Dokumenten zu COVID-19. Die App soll voraussichtlich am 07.06. (plus 3 Tage Puffer) zur Verfügung gestellt werden. Durch den straffen Zeitplan müssen FAQ und weitere Texte parallel entstehen. Diesen Mittwoch sollen die Texte bereits abgegeben werden. Die Involvierung von Gesundheitsämtern ist nicht vorgesehen, um das Projekt so schmal wie möglich zu halten. Das Projekt soll im Detail nächste Woche noch mal im Krisenstab besprochen werden.



	<i>ToDo: Um mehr Klarheit bzgl. der Kommunikationsströme zu erhalten soll P. Schmich das Konzept zur App mit dem Krisenstab teilen.</i>	
4	<p>Neues aus der Wissenschaft</p> <p>! Studie, Zhao et al. „RAPID reconstruction of SARS-CoV-2“ (Folien hier): In der Studie von Volker Thiel et. al. (Virologie Bern) wird über eine Methode zur rekonstruierendes Coronavirus auf Basis von cDNA machen. Erste genomische Sequenzen wurden bereits am 10./11. Januar veröffentlicht. Die Arbeitsgruppe konnte einen Monat später bereits rekombiniertes Sars-CoV-2 mit Hilfe der synthetischen Virologie erstellen. Dies rapide Entwicklung ist nur möglich gewesen, da die Arbeitsgruppe sich schon lange damit befasst. Große RNA-Virusgenome, wie z. B. von Coronaviren, sind aufgrund ihrer Größe und gelegentlichen Instabilität umständlich zu klonen und in E. coli-Wirten zu manipulieren. Daher wird TAR (Transformation-associated recombination)-cloning in Hefe zur Hilfe genommen. Ein Vergleich der Vermehrungskurve zeigt, dass sich das rekonstruierte Virus und das Wildtypenvirus im Vermehrungsverhalten nicht unterscheiden. SARS-CoV-2 wurde in 12 cDNA Fragmente unterteilt und das gleiche Schema angewendet. Die Methodik hat breiten Anwendungszweck und kann z.B. auch auf andere Coronaviren oder Zikavirus. angewendet werden.</p> <p>! Cleary et al, “Efficient prevalence estimation and infected sample identification with group testing for SARS-CoV-2” (Hr. Schaade, E-Mail Mo. 08:08 Uhr) – <i>vertagt auf Dienstag</i></p>	FG17
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Anstieg R: Der Anstieg von R auf über 1 am Wochenende hat für enorme Aktivitäten auf BMG Seite geführt. Daher gibt e morgen ein anlassbezogenes RKI-Pressebriefing. Darüber hinaus muss bis heute 15 Uhr eine Stellungnahme an das BMG gehen. M. an der Heiden hat hierfür noch weitere Analysen gemacht (z.B. ob Zusammenhang zu Ausbrüchen). Es sieht so aus, als würde der R-Wert wieder zurückgehen.</p> <p>! Ansprechpartner für PEI/Hersteller Impfstoffe für Phase-2-Studien in Gegenden mit hoher Prävalenz (Hr. Schaade, E-Mail Mo. 09:06 Uhr) – <i>vertagt auf Dienstag</i></p> <p>! Überlastungsanzeigen – bitte um Klärung der Koordinierung und Priorisierung: Dies wurde in Abt 3 FGL Runde besprochen.</p> <p>! Umgang mit Amtshilfeersuchen bezügl. Containment Scouts/BW, Ärzte ohne Grenzen) – <i>vertagt auf Dienstag</i></p> <p>! Schlachthof in LK Enzkreis/Pforzheim – <i>vertagt auf Dienstag</i></p> <p>1) Amtshilfeersuchen wurde vom GA angekündigt, Gemeinschaftsunterkünfte werden von anderen Personen mitbelegt (Arbeitnehmende in anderen Branchen).</p> <p>2) Weiteres Vorgehen/Absprache mit BMAS?</p>	AL3
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p>	BZgA/Presse /FG32



	<p>! Die Umfrage der BZgA zur subjektiven Informiertheit (Cosmowelle) zeigt positive Ergebnisse.</p> <p>! Aus dem ÖGD gab es eine konstruktive Rückmeldung, dass RKI und BZgA Material gemeinsam genutzt werden.</p> <p>! Die BZgA hat diese Woche in Kooperation mit regionalen Tageszeitungen eine Aktion. Bürger können die BZgA mit Fragen kontaktieren, die im Anschluss, die dann in den Tageszeitungen veröffentlicht werden.</p> <p>Presse</p> <p>! Es gab abgesehen vom Spiegel auch vom NDR Kritik, dass RKI Zahlen nicht zur Verfügung stellt bzw. sich hinter dem Datenschutz verbarrikadiert. Es scheint, dass diese Medien sowieso vorgefertigte Meinungen haben - unabhängig von der Bemühung des RKI auf die Anfragen zu antworten. Die Anfragen des NDR betreffen häufig Meldedaten und sind mit aufwendigen Auswertungen verbunden. Das RKI versucht alle Medienvertreter gleichzeitig zu informieren und will eigentlich keine extra Auswertungen für einzelne Medienvertreter vornehmen. Angefragte Auswertungen können für alle sichtbar im Lagebericht aufgenommen werden.</p> <p>! Lagebericht: vielleicht könnte die Zusammenfassung überarbeitet werden. Es gibt vieles, was in der Zusammenfassung steht, was sich wenig ändert (z.B. Alters- und Geschlechtsverteilung). Es wäre besser, wenn die interessanten Fakten prägnanter am Anfang stehen (z.B. R-Wert). M. Degen hat sich bereits einige Gedanken hierzu gemacht.</p> <p>! Ebenso ist angedacht, den Lagebericht unter die Rubrik „Übersicht“ auf der RKI Internetseite zu ziehen, da es viele Aufrufe des Berichts gibt. Momentan ist er noch unter der Unterkategorie „Fallzahlen und Epidemiologie -> Fallzahlen in Deutschland und weltweit“ zu finden.</p>	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p><i>Nicht besprochen</i></p> <p>b) RKI-intern</p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>! Thesenpapier Schrappe/Pfaff: <i>Nicht besprochen</i></p> <p>! „Optionen zur getrennten Versorgung von COVID-19-Fällen, Verdachtsfällen und anderen Patienten im stationären Bereich“:</p>	FG37, Abt. 1, FG14



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Das Dokument wurde von FG37 erstellt und an den Krisenstab verschickt. Von Abt. 1 gab es eine Rückmeldung gegeben und die Bitte, einen gemeinsamen Sprachgebrauch zu finden (z.B. „Monitoren von Symptomen“ und „Surveillance von COVID-19“). T. Eckmanns und M. Mielke setzten sich hierfür noch einmal zusammen. Sobald die Begrifflichkeiten geklärt sind, soll das Dokument an das BM gehen und kann anschließend auf der RKI-Internetseite hochgeladen werden. ○ FG14 hat von einem Krankenhaushygieniker die Bitte zur Zusendung der Vorversion, nach der er seinen Planung gemacht hat, erhalten. Frage, ob prinzipiell ein Archiv von Dokumenten möglich wäre. Die RKI-Pressestelle hatte das bereits heute diskutiert. Momentan ist aber nicht klar, wie die gepflegt und umgesetzt werden könnte. Die Entscheidung, was archiviert werden soll ist nicht einfach. 	
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Anfrage Baden-Württemberg zum Vorgehen Profifußball/Brief an Hr Wieler: Die Frage bezog sich auf die Entscheidung, wann und ab wann nicht mehr jemand in Quarantäne gehört. Gewünscht ist ein bundeseinheitliches Vorgehen. Hierzu gibt es morgen eine Telefonkonferenz mit Baden-Württemberg zur Abstimmung. An dieser TK werden verschiedene RKI OEs teilnehmen. Die Aussage, die getroffen wird, bezieht sich auf mehr Situationen als nur auf den Profifußball.</p> <p>! ZBS1: Letzte Woche gab es knapp 650 Proben, wovon 34 positiv waren. Die Positivrate nimmt ab. Da es momentan an Feiertagen und am Wochenende nur wenig Proben gibt, wird das Labor von ZBS1 Sonntags nicht und an Feiertagen nur mit einer Schicht besetzt sein.</p>	AL1/ZBS1
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
12	<p>Surveillance</p> <p>! Karten 7T Inzidenz >50/>35 (Mirko Faber/Alexander Ullrich): <i>vertagt auf Dienstag</i></p>	
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p>	



	<p>! Kennzahlen Lagezentrum (Folien hier): Das Lagezentrum (bzw. vorher die Koordinierungsstelle) ist nun seit 18 Wochen in Betrieb. Es wurden gut 1.800 Schichten absolviert. Anfangs gab es nur rund 19 Schichten 8und weniger Positionen im Lagezentrum). Im Durchschnitt gibt es 100 Schichten pro Woche. Es gibt einen Pool von ca. 150 geschulten Mitarbeitenden; nicht alle sind im Lagezentrum regelmäßig aktiv. Eine Auswertung pro Person folgt. geschult im Pool. Es gab bisher fast 46.000 E-Mails; über 1.000 Aufgaben wurden verteilt.</p>	FG32
15	<p>Wichtige Termine</p> <p>! ÖGD Webinar: Mittwoch (13.05.2020; 14-15 Uhr). Es werden viele Themen abgedeckt, die auch immer im Krisenstab besprochen werden (z.B. Meldewesen, Testkriterien). –Bitte Rückmeldung an das Lagezentrum, wer teilnehmen könnte , um Fragen zu klären. M. Mielke benennt jemanden aus seiner Abteilung. U. Rexroth schickt die Themenliste an den Krisenstabverteiler.</p>	FG32
16	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Dienstag, 12.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	12.05.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt.3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 32
 - Maria an der Heiden
 - Michaela Diercke
 - Ute Rexroth
 - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Johanna Hanefeld
 - Andreas Jansen
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr

- Frau Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p style="padding-left: 40px;">! Zu den Top 10 Ländern nach täglichen Fallzahlen gehören weiterhin USA, Russland, Brasilien.</p> <p>! Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: In Russland gibt es bisher ca. 221.300 Fälle, davon knapp über 2.000 Todesfälle. Die Anzahl neuer Fälle stabilisiert sich bei ca 10.000 pro Tag; es ist nicht mehr von einem exponentiellen Anstieg auszugehen. Ab 12.05.2020 werden Maßnahmen gelockert und Ausgangssperren aufgehoben, während physische Distanzierung bestehen bleibt. Die Testkapazitäten wurden auf 300.000 erhöht.</p> <p style="padding-left: 40px;">! In den USA sind bisher 1,3 Mio. Fälle, darunter ca. 80.700 Todesfälle, aufgetreten. Im Weißen Haus besteht inzwischen Pflicht zum Tragen eines Mundschutzes.</p> <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <p style="padding-left: 40px;">! Im Vergleich zum Vortag gibt es keine großen Änderungen. Brasilien zeigt weiterhin einen starken Anstieg. Im Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland ist noch kein Abfall der Fallzahlen zu beobachten, sondern eine Plateau-Phase, was angesichts der angestrebten Lockerungen von Maßnahmen kritisch zu beleuchten ist.</p> <p>! Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag:</p> <p style="padding-left: 40px;">! Ein starker Anstieg ist u.a. in einigen afrikanischen Ländern, darunter Ägypten, Nigeria und Südafrika, zu verzeichnen. Beginnend mit der heutigen Präsentation zu Ägypten sollen einzelne Länder Afrikas in den kommenden Tagen näher untersucht werden.</p> <p>! Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1:</p> <p style="padding-left: 40px;">! Die Abbildung ist weitgehend unverändert. Die Größe der Punkte richtet sich nach der Anzahl der Fälle in den letzten 7 Tagen. Für Brasilien und Russland zeigen sich jeweils im Trend leicht abfallende Reproduktionszahlen, aber der Verlauf ist abzuwarten.</p> <p>! EMRO-Nord-Afrika:</p> <p style="padding-left: 40px;">! Nord-Afrika wird einer anderen WHO-Region zugeordnet als</p>	ZIG1

der restliche afrikanische Kontinent. Ägypten hat verglichen mit anderen Ländern Nordafrikas in der EMRO-Region die höchste absolute Fallzahl, jedoch Marokko eine höhere Inzidenz. Verglichen mit anderen Ländern der EMRO-Region (Iran, Saudi-Arabien, Pakistan, Katar, VAE) sind die Fallzahlen in Ägypten geringer.

! Ägypten:

! Ägypten verzeichnet innerhalb der Kategorie der Länder mit 1.400 bis 7.000 Fällen hohe Fallzahlen. Aktuell sind ca. 9.800 Fälle aufgetreten, darunter ca. 500 Todesfälle (5,4% Fall-Verstorbenen-Anteil).

! Maßnahmen umfassten Grenzschießung und Reiserestriktionen, eine nächtliche Ausgangssperre, die Schließung von Geschäften nach 17 Uhr und soziale Distanzierung. Bedingt durch Ramadan finden Hauptaktivitäten erst abends statt. Die Einrichtung COVID-19-spezifischer Krankenhäuser ist prinzipiell sinnvoll, aber durch geringe Bettenkapazitäten beschränkt. Die Laborkapazitäten liegen bei 100.000 Testungen in 40 Laboren, wobei der Positivanteil 10% beträgt. Dies ist aus deutscher Sicht relativ hoch, aber in Hinsicht auf die von der WHO angegebenen Spanne von 3 bis 12% vertretbar.

! Die bisherigen Maßnahmen sind unzureichend umgesetzt; vielfach finden Versammlungen statt, Geschäfte sind nach 17 Uhr geöffnet, die Ausgangssperre wird nicht konsequent eingehalten. Das Nowcasting projiziert zudem einen Anstieg der Fallzahlen.

! Trotzdem prüft die Regierung aus ökonomischen Bestrebungen heraus Lockerungen, u.a. Aufnahme des Hotelbetriebs ab Mitte Mai und die Vorgabe ab Juni, „mit dem Virus zu leben.“ Seitens der Ärzteschaft wird in Ägypten ein Lockdown gefordert (ähnlich zu Protesten in Chile), während die Regierung Compliance einfordert.

! Nachtrag zu Rumänien: Politische Maßnahmen hatten sich primär auf 2 stark betroffene Regionen und die Roma-Minorität bezogen. Die Testkapazitäten im Land sind weiterhin sehr gering (mit einem Positivanteil über 20%). Es ist von einer Untererfassung der tatsächlichen Fälle auszugehen; das abgebildete Plateau entspricht wahrscheinlich nicht der Realität.

! Die Erkenntnisse bezüglich des Verbreitungswegs des Erregers sind noch nicht hinreichend gefestigt. Hinsichtlich Ägyptens wird diskutiert, ob der Erreger über deutsche Touristen eingeführt wurde. Ob der Erreger von Starnberg aus nach Norditalien eingeführt wurde, ist ebenfalls noch nicht abschließend geklärt. In einer französischen Publikation wird eine frühe Zirkulation des Virus im Dezember 2020 diskutiert.

FG32/FG37



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Die Bundeswehr untersucht aktuell das Auftreten von respiratorischen Infekten im Zusammenhang mit den Militärfestspielen in Wuhan, bei denen einige Athleten massiv erkrankt waren. Die Ergebnisse werden im Verlauf dem Krisenstab vorgestellt.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <p>! Es liegen aktuell ca. 170.500 Fälle vor, dabei wurden seit gestern weniger als 1.000 Neuinfektionen übermittelt. Trotz des durch das Wochenende bedingten Zeitverzugs handelt es sich dabei um einen verhältnismäßig geringen Anstieg. Etwa ein Drittel der neu übermittelten Fälle sind Nachmeldungen, die im Zusammenhang mit einem SurvNet Update sowie Validierungsproblemen nach Eingabe in Octoware stehen.</p> <p>! Der gestrige R-Wert lag bei 1,07. Mit heutigem Datenstand liegt die Reproduktionszahl bei 0,94, während die Reproduktionszahlen in den Bundesländern zwischen 0,5 (Berlin) und 1,6 (Hamburg) schwanken. Die Berechnung des Mittelwerts soll ab 13.05.2020 7 Tage berücksichtigen. Nach Anweisung des BMG sollen die R-Werte nach beiden Berechnungen in Text und Abbildung dargestellt werden, um möglichen Pressevorwürfen vorzubeugen. Dabei soll die Abbildung für die letzten 7 Tage eine historische Dokumentation der im Lagebericht publizierten R-Werte darstellen (mit Vergleich beider R-Wert-Berechnungen), nicht die aktuelle Neuberechnung, bei der die R-Werte der letzten Tage von den im Lagebericht publizierten R-Werten abweichen können. Dazu müssen die Abbildungsbeschriftungen entsprechend angepasst werden.</p> <p>! Die Karten weisen eine hohe 7-Tages-Inzidenz im LK Coesfeld, LK Greiz, LK Sonneberg und SK Rosenheim aus. Die z.T. geringe Einwohnerzahl ist dabei zu berücksichtigen. In Coesfeld wurde aufgrund des Ausbruchs die Lockerung der Maßnahmen verschoben.</p> <p>! Es wird diskutiert, ob die Darstellung der Hotspots nach Rücksprache mit den zuständigen Landesbehörden in den Lagebericht mitaufgenommen werden kann. Dies würde im Einklang mit der zunehmend qualitativen Berichterstattung im Rahmen der EpiLag stehen; z.B. wurde heute über unterschiedliche Screening-Maßnahmen bei Schlachthof-Mitarbeitern berichtet. Im Lagebericht wird bereits über Ausbrüche berichtet, dabei sollten aber weder eine Inzidenz von 35/100.000 noch andere „Grenzwerte“</p>	
--	--	--

	<p>ausschlaggebend sein, da sich das RKI bisher gegen die Erstellung solcher Indikatoren ausgesprochen hat. Die Berichterstattung über Hotspots wie Greiz oder Sonneberg könnte einerseits die dortige Lage überbetonen (ähnliche Ausbrüche könnten ggf. auch andernorts bei entsprechenden Screening-Maßnahmen entdeckt werden), andererseits aber auch zum Verständnis beitragen, dass die erhöhte Inzidenz in einem Kreis durch bestimmte Ausbrüche bedingt ist. Z. T. besteht die Sorge, dass das Herausstellen einzelner Kreise der Compliance entgegen wirkt. In MV wird aktuell diskutiert, ob Personen aus besonders betroffenen Gebieten der Aufenthalt in Hotels oder Ferienwohnungen verweigert wird. Dieser politischen Diskussion sollte von fachlicher Seite widersprochen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Alters-/Geschlechtsverteilung aller Fälle ist unverändert; bei den Fällen von Schlachthof-Mitarbeitern handelt es sich eher um jüngere Männer. ! Es sind keine neuen Todesfälle bei Kindern übermittelt worden. ! Hinsichtlich der Tabelle und Abbildung zur Tätigkeit / Betreuung in verschiedenen Einrichtungen ist zu berücksichtigen, dass die Variable nicht den wahrscheinlichen Ort der Ansteckung, sondern lediglich die Zugehörigkeit zu bestimmten Einrichtungen erfasst. Daraus können sich Konsequenzen hinsichtlich Maßnahmen bezüglich dieser Einrichtungen ergeben. Außerdem wird nicht differenziert, ob grundsätzlich eine Betreuung vorliegt oder ob diese auch auf die vorangehenden 2 Wochen zutrifft. In der Abbildung der übermittelten Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen fällt ein deutlicher Anstieg des Anteils der mit einer Tätigkeit nach §42 assoziierten Fälle auf; darunter fallen u.a. die Mitarbeitenden der Schlachthöfe. Bei Schulöffnungen ist ein Anstieg der Fälle nach §33 zu erwarten. ! Laut DIVI-Intensivregister sind aktuell ca. 1.500 Fälle in intensivmedizinischer Behandlung; die Kapazitäten sind weitgehend unverändert. ! Überlastungsanzeigen: Der Unterstützungsbedarf verschiedener GÄ kann aktuell nicht bedient werden, da keine Containment Scouts am RKI zur Verfügung stehen. Die Übermittlung der Überlastungsanzeigen erfolgt z.T. aus der Landesverwaltung, so dass zuständige Landesbehörden nicht immer über Kapazitätsengpässe bei der Durchführung von Infektionsschutzmaßnahmen informiert sind. ! Es wird angeregt, eine Detail-Untersuchung der Lage in Berlin durchzuführen. Es gibt in Berlin unter Großstadtbedingungen relativ wenige Fälle bei guten Testbedingungen, jedoch melden 	
--	--	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Medien, dass Maßnahmen zur physischen Distanzierung, v.a. bei jungen Leuten, nicht ausreichend umgesetzt werden.</p> <p>! Aktuell verfügbare Daten erlauben keine differenzierte Aussage zu Zahnärzten.</p> <p>! Hinsichtlich der Ausbrüche in Schlachthöfen wird seitens der Bundeswehr ergänzt, dass weniger die Arbeitsbedingungen, sondern eher die Unterbringung vor Ort (Stichwort: Ghettoisierung) ausschlaggebend seien, die eine Übertragung begünstigen.</p> <p><i>ToDo:</i> FG37 erstellt Detailauswertung mit ARS-Daten für Berlin.</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
4	<p>Neues aus der Wissenschaft</p> <p>! Cleary et al, "Efficient prevalence estimation and infected sample identification with group testing for SARS-CoV-2": z.K.</p> <p>! Im Pressebriefing vom 12.05.2020 wurde nach Daten zu protektiver Wirkung von Rauchen bei COVID-19 gefragt. Laut bisheriger Evidenz ist Rauchen ein Risikofaktor für schwere Verläufe einer COVID-19-Infektion.</p>	Alle
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Das Wording der Risikobewertung soll morgen diskutiert werden.</p>	AL3
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Auf die aktuellen Telefonaktionen gibt es gute Resonanz. Dabei sind 2 Trends zu beobachten, erstens eine Verunsicherung angesichts der Lockerungen und der zum Muttertag geänderten Regeln, und zweitens die Rückmeldung bezüglich Behinderteneinrichtungen, die z.T. geöffnet seien, die häusliche Situation drohe dort zu eskalieren. Am Ende der Telefonaktionen sollen der ggf. vorhandene Informationsbedarf evaluiert werden.</p> <p>! Die Thematisierung des „Möglichen“ ist wichtig; dabei können Beispiele für Restaurantbesuche o.Ä. helfen, die nun vorhandenen Möglichkeiten besser auszuschöpfen.</p> <p>Presse</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>

	<p>! Nachfragen zu alten Versionen von Dokumenten können an Presse bzw. Webmaster weitergeleitet werden, solange es html-Versionen gibt. Archivierungsmöglichkeiten werden aktuell diskutiert.</p> <p>! Am 11.05.2020 hat zwischen 17 und 18 Uhr eine Einzelperson vor dem Gebäude am Nordufer demonstriert.</p>	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p><i>Nicht besprochen</i></p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Anfrage Lufthansa nach der Wiederaufnahme der Ausweisung von Risikogebieten (Senat setzt grundsätzliche Quarantänepflicht für aus dem Ausland Einreisende außer Vollzug)</p> <p>! Es wird zunehmend angefragt, ob zukünftig wieder Risikogebiete ausgewiesen werden, was z.B. von der Lufthansa befürwortet wird. Grundsätzlich wäre es sinnvoll, einen Automatismus zu entwickeln und diesen mit BMG und AA abzustimmen, damit keine Einzelfallentscheidungen mit entsprechendem Verzug und ggf. dem Anschein von Subjektivität getroffen werden müssen. Es besteht die Sorge, dass bei Definition einer absoluten Zahl, Inzidenz oder auch Maßnahmen ein Flickenteppich im Reiseverkehr entsteht. Eine allgemeine Reiseempfehlung, z.B. bei Rückkehr aus betroffenen Ländern und Vorhandensein von Symptomen sollte Kontakt mit GA aufgenommen werden, wäre denkbar; jedoch wird dann eine Liste betroffener Länder erfragt werden. In Kontakt mit BMG, ECDC und WHO sollte dafür geworben werden, dass ECDC und/oder WHO entsprechende Empfehlungen entwickeln. Jedoch ist möglich, dass ECDC sich dieser Problematik nicht annehmen wird, weil es bereits keine fachliche Befürwortung von Grenzsicherungen gab. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass das ECDC eine subnationale Ausweisung der Transmission wünscht, die seitens des RKI noch nicht erfolgt, so dass eine gleichzeitige Aufforderung ans ECDC, Kriterien für Risikogebiete zu entwickeln, ggf. schwierig sein könnte. Innerhalb der EU wird ein EU-weit abgestimmter, phasenweise verlaufender Ansatz bei Grenzöffnungen propagiert.</p> <p>! Umgang mit Amtshilfeersuchen bezüglich Containment Scouts (Bundeswehr, Ärzte ohne Grenzen):</p> <p>! Aktuell steht die Bundeswehr laut Aussage des BMVG für Unterstützung der GÄ nicht zu Verfügung, da bisher ausgebildete Containment Scouts internen Zwecken dienen,</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>weitere Scouts noch nicht ausgebildet sind und Klärung mit BMG hinsichtlich möglicher Zusammenarbeit angestrebt wird. Dementsprechend können Anfragen auf Bundesebene aktuell nicht bedient werden und es muss auf die Landesebene zur Neu-Verteilung vorhandener Containment Scouts verwiesen werden. Gegenüber dem BMG ist zu signalisieren, dass das RKI über eingeschränkte Kapazitäten zur Unterstützung verfügt.</p> <p>! In Berlin werden sog. Koffer-Scouts eingestellt. 2 Berliner GÄ würden 5 bzw. 4 Containment Scouts einstellen, die 50% der Arbeitszeit bundesweit eingesetzt werden können. Die Rückmeldung weiterer GÄ in Berlin steht noch aus. Zusätzlich sind am RKI ein Koordinator und 4 Containment Scouts vorgesehen. Aufgrund mangelnder Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen können diese aber aktuell noch nicht eingestellt werden.</p> <p><i>ToDo:</i> Osamah Hamouda hält Rücksprache mit Herrn Reichenbacher, um die Einstellung der 5 Containment Scouts am RKI zu beschleunigen.</p> <p>! Kritik konstruktiv nutzen: Es wird diskutiert, ob und wenn ja, wie und wann externe Kritik am RKI ans BMG weitergeleitet werden könnte. Mediovorwürfe richten sich z.B. auf unzureichende Kommunikation mit der breiten Öffentlichkeit oder auf fehlende Durchführung von Studien (warum führt das RKI nicht Studien wie die Heinsberg-Studie durch?). Grund dafür sind möglicherweise strukturelle Defizite oder mangelnde Kapazitäten (Es besteht z.B. kein Mandat des RKI für Kommunikation mit der Bevölkerung, entsprechend auch keine eigene Kommunikationsabteilung). Dies müsste laut VPräs im Rahmen eines After Action Reviews evaluiert werden, daher ist es ggf. zu früh, um während der Lage ans BMG mit Kritikpunkten heranzutreten. Gleichzeitig ist es sinnvoll, externe Kritik zu dokumentieren, um diese ggf. im After Action Review aufzugreifen und durch eigene Betrachtungen zu ergänzen. Es wurde bereits zu Beginn der Lage eine Interne Sammlung angelegt.</p> <p><i>ToDo:</i> Herr Schaade bespricht dieses Anliegen mit Frau Buchberger und fragt, ob sie die externen Kritikpunkte sammeln kann.</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>! Thesenpapier Schrappe/Pfaff: z.K.</p> <p>! Gemeinsame Stellungnahme der Arbeitsgruppe der nach den</p>	FG32

	<p>Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) benannten Flughäfen zu Temperaturmessung und anderen Methoden an Flughäfen (vorläufiger Titel)</p> <p>! Laut Stellungnahme, die Temperaturmessung im Rahmen eines Entry-/Exit-Screening sowie Massentestungen (wie am Flughafen in Wien) thematisiert, soll bis Ende dieser Woche veröffentlicht werden. Ausführungen zur Mund-Nasen-Bedeckung werden separat erörtert. Das Dokument wird vorab mit dem BMG geteilt. Der Krisenstab hält eine Veröffentlichung noch in dieser Woche für möglich.</p> <p>! Hinsichtlich des Dokuments zum Umgang mit COVID-19 in Gemeinschaftseinrichtungen gab es 22 Stellungnahmen vor, die nur z.T. konstruktive Rückmeldungen enthalten. Die 7. Version wird aktuell erstellt und dem BMG zu Verfügung gestellt.</p>	FG32
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Hinsichtlich der nun verfügbaren Antikörpertestungen wird eine tabellarische Darstellung der Laborkonstellationen und Entscheidungsmöglichkeiten angeregt. Aus alleiniger Durchführung eines Antikörpertests sei keine Aussage über Meldetatbestand möglich. Es wird klargestellt, dass auch jeder indirekte Erregernachweis, der Hinweis auf eine akute Infektion gibt, meldepflichtig ist und damit die Meldepflicht damit breit gefasst ist. Die Falldefinition muss nicht geändert werden, um den Umgang mit Antikörpertestungen abzubilden; stattdessen sollte ein separates Dokument oder eine Ergänzung zu den FAQ erwogen werden, um Beispielkonstellationen darzustellen. Dafür könnten die Labore häufige Konstellationen benennen.</p> <p><i>ToDo:</i> Herr Mielke erarbeitet Beispielkonstellationen von Laborergebnissen, die auf eine akute Infektion hinweisen und einen Vorschlag für FAQ</p> <p>! Eine Darstellung der Testkapazitäten nach Bundesland wird begrüßt.</p> <p><i>ToDo:</i> Tim Eckmanns berichtet morgen über Darstellung der ARS-Daten zu Testkapazitäten und stellt Folien für Vortrag zu Teststrategien beim wissenschaftlichen Beirat zur Verfügung.</p>	Abt. 1
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
12	<p>Surveillance</p> <p>! Karten 7T Inzidenz >50/>35 (Mirko Faber/Alexander Ullrich): Zur Optimierung der Signalerkennung sollen zunehmend Trends beurteilt werden, die abbilden, welche Kreise durchgehend bzw.</p>	FG32 / FG 35



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>nur sporadisch hohe 7-Tages-Inzidenzen haben. Hierbei stellt sich grundsätzlich die Frage, welche weiteren Indikatoren in der derzeitigen Lage genutzt werden sollen, z.B. der Anteil der Fälle mit bekannter Herkunft, der Anteil der Fälle, die bereits Kontaktpersonen waren, der Anteil der Fälle, die im Zusammenhang mit Ausbrüchen stehen. Im Rahmen der AGI und der EpiLag wurde bereits mehrfach um die vollständige Ermittlung dieser Daten gebeten. RKI-intern erstellt Dirk Schuhmacher ein entsprechendes Benchmarking. <i>Weitere Diskussion vertagt auf Donnerstag</i></p>	
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
15	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Teilnahme am Forschungsrat am 13.05.2020</p> <p>! Teilnahme am Gesundheitsausschuss am 13.05.2020</p>	
16	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 13.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	13.05.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Ute Rexroth
 - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG33
 - Ole Wichmanns
- ! FG 34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Frau Roßmann

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>! Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: Dazu gehören weiterhin Russland (>230.000 Fälle) und die USA (ca. 1.400.000 Fälle). In Russland flacht die Kurve leicht ab, weiterhin ca. 10.000 neue Fälle/pro Tag, jedoch ist es zu früh, um den Trend zu beurteilen. In den USA fällt die Kurve ab, jedoch projiziert die Modellierung des CDC einen weiteren Anstieg der Fälle. Die Testungen in den USA nehmen nach einem zwischenzeitlichen Peak wieder ab im Gegensatz zu Medienberichten und der von der Regierung propagierten Stärke der Testkapazität und -auslastung. Die Positivenrate liegt bei 12 bis 15%, damit oberhalb der WHO-Empfehlung. Ggf. könnte der abnehmende Trend in den Fallzahlen durch geringere Testungen begründet sein.</p> <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <p>! Im Vergleich zum Vortag gibt es keine großen Änderungen. Der Anstieg in Brasilien und die Plateau-Phase im Vereinigten Königreich dauern an.</p> <p>! Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag:</p> <p>! Ein starker Anstieg ist in Nigeria zu verzeichnen. Dabei ist die Skalierung berücksichtigen, die dem Landesverlauf angepasst ist.</p> <p>! Länder mit >100 Fällen und einem $R_{eff.} > 1$:</p> <p>! Die Abbildung ist weitgehend unverändert. Die Größe der Punkte richtet sich nach der Anzahl der Fälle in den letzten 7 Tagen. Brasilien und Russland zeigen leicht abfallende Trends. Für Kambodscha liegt ein hoher R-Wert vor, der durch einen kleinen Anstieg bei geringen Fallzahlen bedingt ist.</p> <p>! WHO-AFRO:</p> <p>! Die Karte zeigt die meist betroffenen Länder in der AFRO-Region. Detail-Berichte sind für Nigeria (heute), Ghana, Südafrika und Algerien geplant. Innerhalb der WHO-AFRO wurde eine Modellierung durchgeführt, deren Ergebnisse vorab berichtet werden. Die Schätzung basiert auf landestypischen Variablen wie Übertragungsrate, niedrigere</p>	ZIG1

	<p>Sterblichkeit und niedrigem Bevölkerungsalter im Vergleich zu nichtafrikanischen Ländern. Für 2020 werden 29 bis 44 Mio. Infizierte ohne Containment prognostiziert, dabei 83.000 bis 190.000 Todesfälle (0,4%). Es wird von max. 3,6 bis 5,5 Mio. Hospitalisierungen ausgegangen. Die Bettenkapazitäten sind heterogen verteilt, Südafrika verfügt über die stärksten Kapazitäten. In 44 von 47 Staaten ist eine PCR-Diagnostik verfügbar. Es werden auffallend niedrige Fallzahlen bzw. Todesfälle projiziert.</p> <p>! Die Annahme einer niedrigen Übertragungsrate in Ländern mit großen Familienverbänden und z.T. engen Verhältnissen basiert auf bisherigen Ergebnissen. Vor allem lebt ein großer Anteil der Bevölkerung in ländlichen Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte. Zwar gibt es in Metropolen Hotspots mit hoher Transmission, aber im Gesamtbild weniger hohe Übertragungsraten durch weniger Ballungsräume. Aufgrund der jungen Bevölkerungsstruktur wird mit geringerer Sterblichkeit gerechnet.</p> <p>! Der Anteil chinesischer Fachkräfte, die vor Ort tätig sind, ist nicht in der Modellierung berücksichtigt worden. Diese Bevölkerungsgruppe lebt stark separiert und hat eine eigenständige medizinische Versorgung.</p> <p>! Erste Studien weisen darauf hin, dass HIV zeigt keinen Einfluss auf die Schwere einer COVID-19-Erkrankung hat.</p> <p>! Nigeria:</p> <p>! Dort sind bisher 4.787 Fälle aufgetreten (Inzidenz von 2,3/100.000 Einwohner). In 32 von 34 Bundesstaaten sind inzwischen Fälle aufgetreten; vor allem sind die Region um Lagos und der nördliche Teil des Landes betroffen. Es ist von Community Transmission auszugehen (ca. 2/3 der Fälle ohne epidemiologischen Link). Männer und junge Leute (21-34 Jahre) sind vor allem betroffen, während die Inzidenz bei älteren Menschen sehr gering ist.</p> <p>! Die Maßnahmen umfassten initial Grenzsicherungen und Flughafenschließung, gefolgt von regionalem Lockdown (der seit 04.05.2020 aufgehoben ist), Errichtung von landesweiten Sperrstunden (weiterhin aktuell) und die Öffnung der Geschäfte für max. 3 Tage. Die Testkapazitäten sind mit 21 Laboren und ca. 28.000 bisher erfolgten Testungen akzeptabel; der Positivanteil liegt mit 16,8% hoch (aber im afrikanischen Vergleich nicht schlecht). Die Bettenkapazitäten sind nicht ausreichend.</p> <p>! Es wird darauf hingewiesen, dass Nigeria bereits frühzeitig für ankommende Reisende eine 2-wöchige Quarantäne angeordnet hat. Diese restriktiven Maßnahmen sowie die Verfügbarkeit von SORMAS sind hinsichtlich des langsamen</p>	<p>FG32/FG36</p>
--	---	------------------



	<p>Verlaufs der Epidemie zu berücksichtigen.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es liegen aktuell ca. 171.300 Fälle vor, darunter ca. 7.600 Verstorbene. Die Inzidenz liegt bei 206/100.000 Einwohner. ! In 3 Bundesländer (BW, BY, NRW) liegt die Differenz zum Vortag im dreistelligen Bereich, viele sind bereits im einstelligen Bereich. ! Im Vergleich des bundesweiten Nowcastings mit den bundesland-spezifischen Darstellungen, die täglich an die Bundesländer übersandt werden, ähneln einige Bundesländer wie BB dem Bundesverlauf, während andere Bundesländer wie das SL mit einem 2-gipfligen Verlauf deutlich davon abweichen. Die Bundesländer haben z.T. Rückmeldung zu den Verläufen gegeben. Als mögliche Erklärung verweist z.B. HH auf die zu Beginn hohe Anzahl infizierter Reisender; allerdings sind bei der Bewertung der Fallzahlen der letzten Tage ggf. auch technische Probleme zu berücksichtigen. Die Rückmeldung aus HB, welches die höchste 7-Tages-Inzidenz ausweist, steht noch aus. Beim SL ist die Nähe zu Frankreich mit hohen Fallzahlen als mögliche Erklärung für den 2-gipfligen Verlauf in Betracht zu ziehen. ! Der gestrige R-Wert lag bei 0,94. Mit einer heutigen Reproduktionszahl von 0,81 setzt sich der Trend. In HH als einzigem Bundesland liegt der Reproduktionswert über 1. ! Karten weisen eine hohe 7-Tages-Inzidenz im LK Coesfeld, LK Sonneberg, SK Rosenheim und LK Greiz aus. Im LK Coesfeld, LK Sonneberg, SK Rosenheim übersteigt die kumulative Inzidenz in den letzten 7 Tagen 50/100.000 Einwohner und zusätzlich im LK Greiz das Level von 35/100.000 Einwohner. ! Die Alters-/Geschlechtsverteilung aller Fälle ist unverändert; Todesfälle treten weiterhin primär in der Gruppe der über 70-Jährigen auf. ! Im Wochenvergleich steigt der Altersmittelwert zunächst an und fällt seit KW 18 wieder ab. Das Geschlechtsverhältnis hat sich seit KW10 gedreht, so dass seit KW14 mehr Frauen als Männer betroffen sind. Die Angaben zu Hospitalisierung liegen häufig nicht vor, was bei der Interpretation des 	
--	--	--

	<p>Anteils der Hospitalisierten berücksichtigt werden muss.</p> <p>! Laut DIVI-Intensivregister sind aktuell weniger als 1.500 Fälle in intensivmedizinischer Behandlung (rückläufige Tendenz), die Kapazitäten sind weitgehend unverändert.</p> <p>! GrippeWeb/AGInfluenza: Es finden auffällig wenige Arztbesuche aufgrund von respiratorischen Infekten statt. Auch die ARE-Positivenrate im NRZ für Influenzaviren ist auf niedrigem Niveau. Weder SARS-CoV-2 noch Influenza noch Rhinoviren spielen derzeit eine Rolle.</p> <p>! ICOSARI: Die wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle sowie der Anteil der COVID-19-Fälle unter SARI-Fällen gehen weiterhin zurück. Der Anteil der COVID-19-Fälle erreichte in KW 14 und KW15 einen Höhepunkt und ist seither rückläufig.</p> <p>! Die Daten aus der RKI-Testlaborabfrage werden aktuell geprüft und zu einem späteren Zeitpunkt berichtet.</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
4	<p>Neues aus der Wissenschaft</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	Alle
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Wording der Risikobewertung: Es wird vorgeschlagen, in der Risikobewertung analog zur Formulierung durch das ECDC stärker hinsichtlich verschiedener Gruppen zu differenzieren, ohne die aktuelle Stufe zu verändern. <i>Weitere Diskussion auf morgen vertagt.</i></p> <p><i>ToDo:</i> Presse erarbeitet Vorschlag zur weiteren Diskussion.</p>	AL3
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Es wird zunehmende Unsicherheit im Schutzverhalten und bei der praktischen Umsetzung der Maßnahmen, z.B. in Schulen, angesichts der neuen Lockerungen beobachtet.</p> <p>! Der Deutsche Turnerbund hat um Unterstützung bei Hygienekonzepten und Schulungsmaterial gebeten. Ggf. werden kurze Videoclips erstellt.</p> <p>! Die BZgA sieht je nach Gruppe unterschiedliche</p>	BZgA



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Informationsbedarfe, die mittels unterschiedlicher Materialien gedeckt werden sollen. Es werden regelmäßig bedarfsgerechte Pakete zusammengestellt, z.B. für Schulen, Arbeitgeber, Aufnahmeeinrichtungen, in leichter Sprache oder in Gebärdensprache. Diese Materialien sind als PDF verfügbar; ggf. könnte dies stärker beworben werden. Spracharme Informationen müssen zunehmend zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>! Aus Sicht des Krisenstabs sollten Hygienekonzepte am ehesten von den jeweiligen Betriebsärzten anhand der RKI-Empfehlungen entwickelt werden, dabei könne die BZgA unterstützen, aber es sei wenig praktikabel, für alle Einrichtungen Konzepte vorzulegen. Ggf. sollten Konzepte bezüglich Abstandhalten und Anlegen bzw. Tragen einer MNB auch dem Verkaufspersonal im Einzelhandel nahe gebracht werden.</p> <p>! Es wird angeregt, dass Informationsmaterialien hinsichtlich COVID-19 im Rahmen eines Hitzesommers erstellt werden; die WHO-EURO hat diesbezüglich eine Kommunikation mit dem Titel „Keep cool during COVID-19-outbreak“ erstellt.</p> <p>Presse</p> <p>! Der Lagebericht soll heute erstmalig den geglätteten R-Wert verwenden. Diesbezügliche Erläuterungen sollen möglichst frühzeitig an Presse mitgeteilt werden.</p> <p>! Marieke Degen hat einen Entwurf für eine Lagebewertung erstellt.</p> <p>! Am Freitag und Samstag finden am Nordufer Kundgebungen bezüglich COVID-19 sowie Tierversuchen statt.</p> <p>! Der Textentwurf zur Lagebewertung in einzelnen Kreisen, der in die Zusammenfassung des Lageberichts aufgenommen werden soll, wird von Michaele Diercke bearbeitet und frühestens morgen umgesetzt. Ggf. müssen die Abläufe hinsichtlich der Freigabe angepasst werden.</p>	Presse
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>! Allgemein</p> <p><i>Nicht besprochen</i></p> <p>! RKI-intern</p> <p>! Umgang mit Amtshilfeersuchen bezüglich Containment Scouts</p> <p>! Bei Überlastungsanzeigen der Gesundheitsämter müssen zunächst die Länder Ressourcen bereitstellen. Häufig handelt es sich um Unterstützung bei der Kontaktpersonennachverfolgung. Eine kurzfristige</p>	FG32/FG37

	<p>Unterstützung durch die Bundeswehr wäre hilfreich und wird wahrscheinlich aus BW und TH angefordert werden.</p> <p>! Laut Bundeswehr wird aktuell mit dem BMG der Prozess geklärt. Voraussichtlich werden sich Herr Klaubert und Herr Schultz (BMG) bei Ute Rexroth melden. Die Bundeswehr hat bereits 36 Personen (1/3 Ärzte) geschult und wird zudem Laien schulen. Bei Bedarf soll das Lagezentrum des BMG angeschrieben werden.</p> <p>! Die Sprachkenntnisse der Containment Scouts sind aktuell unbekannt. Dies kann aber per E-Mail erfragt werden. In BW wird Unterstützung bei der Kontaktpersonennachverfolgung durch Personen mit Sprachkenntnissen in Bulgarisch, Rumänisch, Polnisch und Ungarisch benötigt,</p> <p><i>ToDo:</i> FG37 erfragt Sprachkenntnisse bei den in BW eingesetzten Containment Scouts.</p> <p>! Diskussion-Teststrategie Vorschlag von Herrn Schaade Mail 8:16 –Ergänzung Flussdiagramm und Hinweise für KoNa, Ergänzung „Kochbuch“</p> <p>! Während zu Beginn der Epidemie die Testung asymptomatischer Personen nicht empfohlen wurde, so sollen nach Ankündigung von BM Spahn und Anweisung aus dem BMG vom 17.04.2020 auch asymptomatische Kontaktpersonen getestet werden.</p> <p>! Die Anpassung der Teststrategie ist bei vorhandenen Testkapazitäten grundsätzlich sinnvoll. Die Testung asymptomatischer Kontaktpersonen dient der frühzeitigen Erkennung von Fällen und ist nicht als Freitestung zu verstehen; sie hat keinen Einfluss auf die Dauer der Quarantäne.</p> <p>! Details zu Kostenübernahme, Zeitpunkt der (wiederholten) Testung, Kombination von PCR und Serologie in bestimmten Settings u.Ä. sollen in der AG Diagnostik/Teststrategie geklärt werden.</p> <p>! Grundsätzlich sollte bei der Entwicklung oder Änderung von Empfehlungen auch die Praktikabilität der Umsetzung bedacht werden, z.B. im Kontext einer Kettenquarantäne innerhalb eines Haushalts.</p> <p>! <i>Weitere Diskussion in AG-Diagnostik und morgen im Krisenstab.</i></p> <p><i>ToDo:</i> Die Dokumente zum Kontaktmanagement werden angepasst.</p>	<p>Alle</p> <p>Alle</p>
--	---	-------------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>AG Diagnostik klärt weitere Details.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ausweisung von Risikogebieten ! Anknüpfend an die gestrige Diskussion wird angesprochen, dass in der AGI eine neue Ausweisung von Risikogebieten durch das RKI erwartet wurde. In der Diskussion konnte dies abgewendet werden. Laut Medienberichten sollen erste Grenzöffnungen ab 16.05.2020 erfolgen. Im interministeriellen Krisenstab, an dem gestern Walter Haas teilnahm, sei die Erwartung geteilt worden, dass das ECDC Kriterien entwickle. Das ECDC lehnte Grenzsicherungen im Rahmen der Pandemie ab und werde daher laut FG 32 und ZIG keine Kriterien für die Grenzöffnung entwickeln. Ggf. kann man den fachlichen Auftrag dadurch erfüllen, dass Daten auf subnationaler Ebene seitens des ECDC geliefert werden, aus denen seitens der Politik Parameter abgeleitet werden könnten. Jedoch ist weiterhin unklar, anhand welcher Kriterien Daten auf subnationaler Ebene in Deutschland bereitgestellt werden könnten, die zwischen Cluster und Community Transmission differenzieren. ! <i>Weitere Diskussion vertagt.</i> 	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das Dokument zur getrennten Versorgung im stationären Bereich ist online. ! Die gestern vorgestellte Stellungnahme der Arbeitsgruppe der nach den IGV benannten Flughäfen zu Temperaturmessung und anderen Methoden an Flughäfen wird veröffentlicht. ! Das Dokument zur aktuellen Strategiephase ist noch nicht erstellt. 	
<p>9</p>	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Ausweisung der Testkapazitäten nach Bundesland ist auf Basis der RKI-Testlaborabfrage mittels VOXCO nicht möglich, da Verzerrungen bei teilweise bundesland-überschreitender Herkunft der Proben vorliegen. ! SARS-CoV-2 in ARS (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ! Im Rahmen der laborbasierten Surveillance werden u.a. Daten zu SARS-CoV-2-Testungen erhoben. Bei den derzeit 60 Laboren gehen Proben aus dem ambulanten und stationären Bereich ein. Die Anzahl der Testungen liegt in den letzten 8 Wochen relativ konstant bei ca. 130.000 pro 	<p>FG37</p>

	<p>Woche, in Wochen mit Feiertagen ist dies etwas weniger. Nach anfänglichem Anstieg der Positivenrate ist diese seit KW14 rückläufig und liegt aktuell bei 0,25%; der zeitliche Verlauf ist in den Bundesländern ähnlich. Die Testkapazitäten sind derzeit nicht ausgereizt.</p> <p>! Bei der Anzahl an Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und KW zeigt sich ein Anstieg bei Personen über 80 Jahren; dieser Anstieg zeigt sich auch bei der Anzahl positiver Testungen pro 100.000 Einwohner in dieser Altersgruppe.</p> <p>! Die Abdeckung wird aus dem Verhältnis aus Meldedefällen und positiv-getesteten Personen in ARS wochenweise geschätzt. Als Korrektur wird das Mittel von KW12 bis KW17 genutzt. Aktuell wird für den Bund eine 34%-ige Abdeckung geschätzt.</p> <p>! Hinsichtlich der Hochrechnung der Testungen ergibt sich für ARS eine höhere Schätzung (>400.000 Testungen pro Woche) als für die mittels VOXCO erfolgende RKI-Testlaborabfrage. Letztere basiert auf manueller Eingabe und Summierung.</p> <p>! Die geschätzte Abdeckung nach Bundesländern ergibt ein variables Bild, das u.a. durch die unterschiedliche Anzahl an Laboren in den jeweiligen Bundesländern bedingt ist. Zudem gehen in einigen Bundesländern wie Berlin auch Proben aus dem Umland ein.</p> <p>! Bei der Hochrechnung der Testungen liegen alle Bundesländer bei ca. 500 Testungen / 100.000 Einwohner (HE, MV, RP aktuell < 500). Die Abbildung weist nicht alle Bundesländer aus, da mindestens eine 10%-ige Abdeckung Voraussetzung ist.</p> <p>! Mehrfachtestungen derselben Person können zugeordnet werden, solange sie in demselben Labor ausgewertet wurden.</p> <p>! Untersuchungen zu Co-Infektionen, z.B. bakteriellen Superinfektionen bei COVID-19, werden aktuell geplant bzw. umgesetzt. Diese Ergebnisse können im Verlauf vorgestellt werden. Innerhalb von ARS können keine Diagnosen, sondern nur Erreger (inklusive Lokalisation, zeitlicher Verlauf, Co-Infektionen) erfasst werden.</p> <p>! Über Blutspende-Studien ist ggf. eine Aussage zur Antikörperentwicklung möglich.</p> <p><i>ToDo: FG37 stellt SARS-CoV-2 in ARS Präsentation im Rahmen der morgigen AGI vor.</i></p>	
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
12	<p>Surveillance</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! <i>Nicht besprochen</i>	
13	Transport und Grenzübergangsstellen ! <i>S.o.</i>	
14	Information aus dem Lagezentrum ! <i>Nicht besprochen</i>	
15	Wichtige Termine ! Teilnahme am Forschungsrat am 13.05.2020 ! Teilnahme am Gesundheitsausschuss am 13.05.2020 ! ÖGD-Webinar: Marc Thanheiser und Martin Mielke nehmen teil	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Donnerstag, 14.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	14.05.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZIG1
 - Basel Karo
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss

- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Fallzahlen: keine Änderungen im Vergleich zu gestern, stark ansteigende Tendenzen in Russland und Brasilien, GB relativ konstant in den letzten Wochen, weiterhin steigende Tendenz in Indien, Saudi Arabien und Chile ○ 10-Tage-Plan Wuhan: Es gab hier seit Anfang April keine Fälle, doch jetzt ein neues Cluster mit 6 Fällen. Regierung hat entschieden, alle Einwohner Wuhan's (11 Mio.) in den kommenden 10 Tagen mit PCR zu testen. ! 30 serologische Studien aus 12 Ländern, Zusammenfassung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unterschiedlicher Kontext, Stichprobengröße (145-20.000 Personen) und Methoden (Allgemeinbevölkerung, Schulen, Blutspender, Pflegeheime, KKH-Personal, usw.) ○ Es handelt sich nicht (nur) um wissenschaftliche Publikationen, oft nur Ergebnisse aus den Medien ○ Seropositivität zwischen 0 und 32%, letztere, höchste Proportionen in Boston (32%), Senioreneinrichtung in Schweden (30%), Gymnasium in Frankreich (26%) ○ Begrenzte Aussagekraft wegen nicht-zufälliger TN-Rekrutierung (random sampling) ○ Falsch positive Testergebnisse in Boston und Frankreich, hier wurden POC/Rapid Tests verwendet (nicht von der WHO empfohlen) ○ Nur eine Studie hat auch die Qualität (neutralisierende) und Quantität der Antikörper untersucht ○ Die für eine Herdenimmunität anvisierte Seroprävalenz von 60-70% wurde auch in stark betroffenen Gebieten bei weitem nicht erreicht ○ Verschiedene serologische Studien sind international in der Planung, es besteht großes Interesse in lower and middle-income countries, ZIG wird hierzu demnächst ein Update geben <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 172.239 (+933), davon 7.723 (4,5%) Todesfälle (+89), Inzidenz 207/100.000 Einw., ca. 150.300 Genesene, Reff=0,81 (Wert von 	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	<p>gestern)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DESTATIS möchte gerne diese Woche in Absprache mit RKI Todesfälle nach Todesdatum publizieren, BMG wird auch hierzu konsultiert ○ Reproduktionszahl <ul style="list-style-type: none"> ▪ Matthias an der Heiden hat einen Begleittext zum neuen, geglätteten R-Wert vorbereitet ▪ Reff-Werte BL: nur für HH >1, aufgrund von IT-Problemen wurden einige Fälle verspätet gemeldet ○ 7-Tages-Inzidenz liegt in 4 LK/SK über Inzidenz-Schwellenwert <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coesfeld: NW, fleischverarbeitender Betrieb ▪ Sonneberg: TH, Alten-/Pflegeheim und KKH, aktive Fallsuche in Einrichtungen ▪ Coburg: BY, direkt neben Sonneberg, auch viel Pendelverkehr ▪ Rosenheim: BY, Reihenuntersuchungen in Asylunterkünften ▪ In manchen Kreisen wurde großflächig gescreent, auch gab es aufgrund des Wochenendes bzw. IT-Problemen Übermittlungsverzögerungen ▪ Negative Erfahrung durch das Medieninteresse reduziert ggf. Testfreudigkeit ▪ Aktuell sind in Coburg keine Maßnahmen geplant ○ In DE sind unter den Fällen mehr Frauen als Männer, dies liegt ggf. an der sensitiveren Testung (Schwere nicht ausschlaggebend für Testung, mehr Männer unter schweren Fällen) ○ Altersgruppen von Todesfällen: ändert sich in Richtung jüngerer Todesfälle, vermehrt Anfragen ans RKI, detaillierter über die Fälle zwischen 0 und 19 Jahren zu berichten (LK/SK, Vorerkrankungen, etc.), Datenschutzüberprüfung läuft ○ Fälle nach Einrichtungen (Tätigkeit/betreut): mehr Fälle unter Personen die in Küchen oder Gaststätten von Einrichtungen tätig sind (§42), unter betreuten Personen ist trotz Screening die Fallzahl rückläufig ○ Aktuell sind knapp >1.300 Patienten intensivpflichtig ○ Ausbruchsgeschehen fleischverarbeitende Betriebe: mit Datenstand 11.05. ~250 Fälle, <p>! Überlastungsanzeigen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ KoNa kann nicht (immer) durch das RKI gesichert werden ○ Die Medien haben auch Abfragen bei den GA gemacht ○ Unterstützung durch die Bundeswehr (BW) muss über das BMG laufen, dort gibt es zwei 	
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Verbindungsoffiziere</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BW hat stehende Vorgehensweisen, es gibt verschiedene formale Wege, die aktuell konsequent weiter so gehandhabt werden. Heute findet eine Absprache zwischen RKI (Ute Rexroth) und den Verbindungsoffizieren der BW am BMG statt. Ab übernächster Woche wird die BW auch Containment Scouts mit schulen ○ Eventuell können BL die innerhalb ihres Landes verfügbaren Containment Scouts umdisponieren, bzw. Rückmeldung ans BMG senden wenn Bundeswehr-Unterstützung notwendig ist ○ Wichtige Unterscheidung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Überlastungsanzeigen</u> sind politische Anzeigen, dass GA überlastet sind. Zunächst muss das BL seine Kreise unterstützen, wenn dies nicht möglich ist, gucken, von wo Hilfe geholt werden kann. Das RKI dokumentiert dies lediglich ▪ <u>Amtshilfeersuche</u> sind Bitten um fachliche Unterstützung, diese versucht das RKI je nach Kapazitäten zu bedienen 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Neues aus der Wissenschaft</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>RKI-Risikobewertung (Vorschlag hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine Anpassung der RKI-Risikobewertung ist geplant ! „hoch für die Gesamtbevölkerung, sehr hoch bei Risikogruppen“ bleibt vorerst so erhalten ! Diese Bewertung ist keine Prognose, wird aber häufig als solche gehandelt ! Die Grundlagen der Risikoeinschätzung sind aktuell auf einer separaten Webseite erklärt (hier) ! Die Kriterien, die der Bewertung zugrunde liegen sollen nun auch innerhalb der Risikobewertung kurz skizziert werden, indem die Systematik in Kurzform aufgezählt und das Ergebnis dargestellt wird, die Grundlagen (separat) bleiben gleich ! Achtung: Zusehender Detailgrad beinhaltet ein höheres Risiko, sich auf verschiedenen Seiten/in verschiedenen Dokumenten zu widersprechen 	VPräs/alle

	<p>! Es erscheint bereits jetzt sinnvoll, zu überlegen wie die nächste Abstufung sein könnte, z.B. „regional hoch“, wenn der aktuelle abnehmende Trend sich fortsetzt</p> <p><i>ToDo: LZ entwickelt Vorschlag zur Anpassung der Risikobewertung, Darstellung der Kriterien/Systematik zur Bewertung und der Ergebnisse.</i></p>	
<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Anmerkung zu Risikobewertung: was folgt als Konsequenz aus den möglicherweise kommenden „regionalen Risikogebieten“? Hier stellen sich ggf. die Frage insbesondere für Risikogruppen</p> <p>! Telefonaktionen zusammen mit regionalen Tageszeitungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mit Lockerung der Maßnahmen steigen die Unsicherheiten in der Bevölkerung bezüglich der Nachholung von Terminen, Familienfesten, usw. ○ Top Themen: Impfungen, auch bestehende, z.B. Influenza und Pneumokokken <p>Wo Lockerungen schwieriger sind</p> <p>! Für Menschenansammlungen auf engem Raum, wo die Personen danach wieder verstreut sind (nicht unbedingt im gleichen Haushalt), ggf. mit Musik, Alkohol, lauter Unterhaltung, werden Lockerungen kritischer gesehen, z.B. Discos, Clubs, Schützenfeste</p> <p>! Es sind keine/wenig Daten zu solcherart Settings verfügbar</p> <p>! Wenn die Fallzahlen weiter sinken und keine Leute mehr infiziert sind, kann man sich im Club nicht anstecken, dann ändert sich auch dort das Übertragungsrisiko</p> <p>! Aktuell gibt es Fall-Häufungen in Unterbringungen, wo Leute eng zusammenkommen, z.B. Altenheimen, KKH, etc. Mit der Zeit bessert sich hoffentlich die Einhaltung der Hygienemaßnahmen</p> <p>! Angepasste Maßnahmen sind auch bei Abwesenheit des Erregers wichtig, Beispiel MRSA im KKH, auch wenn Erreger nicht präsent ist, sollten Maßnahmen gut umgesetzt werden</p> <p>! In vielen LK gibt es in den letzten Wochen keine Fälle mehr (unerwartet gut!), die Sensitivität muss aufrechterhalten werden, wenn Maßnahmen gelockert werden</p> <p>! In DE hat die Bevölkerung bereits gewisse Maßnahmen umgesetzt, bevor offizielle Maßnahmen angekündigt wurden</p> <p>! Wie immer ist auch hier gute Kommunikation wichtig: selbst bei wenigen Fällen müssen Superspreading Events verhindert werden, bei großen Menschenansammlungen in geschlossenen Räumen! dies sollte auch erneut für die Bevölkerung klargestellt und noch besser kommuniziert werden</p> <p>! Es ist auch wichtig, dass die Erwartungen realistisch gehalten werden, eine Vorstellung, dass regelmäßige Testung der Allgemeinbevölkerung freie Bewegung ermöglicht muss verhindert werden</p>	<p>BZgA</p> <p>VPPräs/alle</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! BZgA: zunächst müssen die Botschaften deutlich definiert und anschließend zielgruppenspezifisch kommuniziert werden (Entwicklung spezieller Materialien die zielspezifisch zum Einsatz kommen)</p> <p>! BW: Vieles kann mit positiven Nachrichten kommuniziert werden, z.B. bereitet Bundeswehr Sportmedizin etwas zum Vereinssport vor, dies wird mit RKI geteilt wenn es fertig ist</p> <p>! Es soll unbedingt eine gute Abstimmung mit BZgA bezüglich dieser Botschaften stattfinden, Verhaltensänderung ist nicht RKI sondern BZgA Stärke</p> <p>Presse</p> <p>! Risikobewertung wurde oben besprochen</p> <p>! Heutige wird die abgestimmte Stellungnahme zum Entry und Exit-Screening publiziert</p> <p>! Nächste Woche Publikation aus dem LK Paderborn zur Testung Personal in Alten- und Pflegeheimen</p> <p>! Nutzung von tagesaktuellen Daten der Notaufnahmen ist geplant</p>	<p>Presse</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Teststrategie</p> <p>! Das Thema wurde gestern im Krisenstab angesprochen aber AL1 war nicht dabei, ist noch nicht abgeschlossen</p> <p>! Nächsten Montag bespricht AG Diagnostik mit allen drei Untergruppen die Teststrategie, BMG ist auch dabei, beinhaltet sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Testung bestimmter Populationen (symptomatische, Kontaktpersonen, Risikogruppen Altenheime und Aufnahmestationen im KKH, seroepidemiologische Studien) ○ Aussagekraft seroepidemiologischer Studien/Qualität von Antikörper-Tests ○ Korrelation neutralisierender Antikörper und Immunität <p>! Papiere zum Kontaktpersonenmanagement übernimmt Udo Buchholz aus FG36, zusätzliche Informationen gerne an FG36 schicken um gute Überarbeitung zu ermöglichen, diese soll auch mit AL1 abgestimmt werden</p> <p>! Im Rahmen der KoNa soll auch Möglichkeit der Testung asymptomatischer KP der Kategorie 1 eröffnet werden. Ob diese mehrmals getestet werden oder ob einmalige Testung genügt wird noch diskutiert.</p> <p>! Bevölkerungsweites Screening: dieser Ansatz wird nicht durch das RKI unterstützt, AL2 beginnt ein Positionspapier um die Probleme damit aufzuzeigen (statistische Bedenken, falsch positive Ergebnisse, Interpretierbarkeit, usw.). Das Papier wird</p>	<p>alle</p>

auch in der Lage-AG vorgestellt werden, aktuell ist Frau Neuhauser (?) hierfür verantwortlich

- ! Weitere Fragestellungen sind die Bedeutung von seroepidemiologischen Studien zur Bewertung der Durchseuchung, z.B. wann ist die weitergehende Untersuchung einer größeren Gruppe regional überhaupt von Bedeutung (auch hinsichtlich der Schonung von Testkapazitäten)? Welche ist die Sinnhaftigkeit weitergehender Untersuchungen abhängig von der Unterschreitung des Signalwertes?
- ! Die Begrifflichkeiten müssen gut gefestigt werden damit auch politisch klar ist, wovon geredet wird, dies muss bei der Arbeit zu seroepidemiologischen Studien mitberücksichtigt werden
- ! Aus den BL kommen Zweifel auf an der Zuverlässigkeit der Tests, z.B. wenn mehrere Leute eng zusammenwohnen und immer nur eine Person positiv ist
- ! Qualitätsfragen sind intensiver Bestandteil der AG, das Diagnostik-Papier wird auch diesbezüglich überarbeitet
- ! Die PCR-Analyse ist hochsensitiv und stellt in der Regel kein Problem dar, nur wenige Labore haben diesbezüglich noch keine gute Performance, bei falschen Ergebnissen handelt es sich eher um Abnahmefehler
- ! Die Möglichkeit der Antikörper-Testung bei klinischem fortbestehenden Verdacht wird diskutiert, ggf. kann die Antikörper-Testung als weiteres diagnostische Kriterium angeführt werden
- ! Daten aus Island: jede 2. Person, die PCR-positiv ist, ist asymptomatisch, von asymptomatisch getesteten serokonvertieren nur ca. 20%

ToDo: AL1 bespricht Positionspapier zu Bevölkerungsscreening mit AL2

Spucke zur Testung

- ! Kann Spucke als Medium zur leichteren Probenahme irgendwann in Erwägung gezogen werden?
- ! Dies wird betrachtet und ist vorstellbar
- ! Die Herausforderung ist eher, dass die Laborlogistik sehr auf die Nutzung von Abstrichen ausgerichtet ist, eine Erweiterung auf Speichelproben würde diese Durcheinander bringen
- ! Spucke als Probenmaterial hat auf die Sensitivität keine große bzw. schlechte Auswirkung, ist jedoch nicht Mittel der Wahl und eher eine Ausweichalternative
- ! Kollegen aus Norwegen haben ihr gesamtes System auf Testung von Spucke umdisponiert (im Rahmen der Deeskalation), in ein paar Wochen wird klar, wie dies läuft
- ! Sollte durch RKI im Auge behalten werden

Grenzöffnungen (aus TK VPräs mit BMG)

- ! BMI macht Druck bezüglich Grenzöffnungen und möchte Kriterien dazu, wann man diese möglicherweise wieder zurückfährt (Grenzschließung, Quarantäne)
- ! Die vorgeschlagene 14-Tage-Inzidenz von 50/100.000 Einw.



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Erscheint relativ hoch (viele Fälle), sollte eher eine niedrigere Schwelle benutzt werden (25/100.000)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ein höherer Wert wäre eher zu präferieren um zu schnelle/häufige Schließungen zu verhindern, BMI ist jedoch entschlossen, RKI soll versuchen, einen unsinnigen Grenzwert zu verhindern ! Das BMG wünscht, dass ECDC diese Kriterien definiert und plant dies heute Nachmittag in die HSC TK einzubringen, sie werden einen einheitlichen Cut-off verlangen ! Johanna Hanefeld soll sich auch mit der europäischen Kommission (EC) und ECDC dazu austauschen ! BMG möchte ECDC über die EC dazu zwingen, EC ist gut platziert um Druck auszuüben und auf ECDC einzuwirken. Wenn ECDC dies annimmt, könnte es ein gutes Vorgehen für die Region sein, allerdings bleibt fraglich, ob die Inzidenz der einzige Wert für die Bewertung sein soll, Testkapazitäten sollten auch berücksichtigt werden ! RKI versucht unbedingt den Ansatz einer regionalen bzw. differenzierten Einschätzung zu unterstützen, um gezielte Maßnahmen/Meidung zu erlauben <p>ÖGD Kontaktstelle Provisorium (aus TK VPräs mit BMG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das RKI-Konzept wurde vom BMG beurteilt und als grundsätzlich nicht schlecht gefunden, Anmerkungen folgen und sollen mit eingebaut werden um das Konzept anzupassen ! BMG muss noch die Finanzierung der 40 Stellen sichern, ggf. als außerplanmäßige Ausgabe vor 2021 ! Aus politischen Gründen ist eine bereits sehr zeitnahe, partielle Umsetzung erwünscht, das BMG möchte ein Provisorium bauen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mini-Satellit des RKI-LZ das sich um GA kümmert ○ 2-3 RKI MA inkl. ÖGD-Kontaktstellen-Leitung ○ Rottmann wendet sich an andere Ressorts und ordnet dem RKI auf zeitbefristeter Basis 15 weitere Personen zu, die sich bereits etwas auskennen (von BW, MSF, BMEL, Rotes Kreuz, BBK, BVÖGD) ○ RKI muss sich Gedanken machen wo die 15 zusätzlichen Leute hingesetzt werden, inkl. räumliche Abstandhaltung ○ Zeitlicher Horizont ist zunächst 12 Wochen ○ Aufgrund der Wahrnehmung der Öffentlichkeit besteht keine Alternative zu einer sofortigen Schaffung dieses Provisoriums am RKI ○ Einige Fragen sind noch zu klären, z.B. ab wann? Welches soll die Qualifikation der ex-RKI-Personen sein und wie findet die Auswahl statt? Wie ist die hierarchische Position, kann das RKI nicht RKI-MA auch entsenden? ○ Abstimmungs- und Eingewöhnungsprozess 	
--	---	--

sowie Schulung dieser Leute ist wichtig

- Containment Scouts haben aktuell sehr viel Kontakt mit den GA, bestimmte LZ-Aktivitäten können ggf. übergeben werden (Kommunikation wichtig)

2 RKI-intern

Think Tank (Dokument [hier](#))

- ! Titel: der Begriff des Think Tanks ist unglücklich, dies ist idR eine unabhängige Organisationsstruktur die langfristig und ergebnis-orientiert arbeitet, eine andere Benennung ist vorzuziehen, da es besonders international kein passendes Wording ist
- ! Alternativvorschlag: COVID-19-Beratergruppe
- ! Es ist nicht geplant, dies gezielt öffentlich zu machen, aufgrund der von den Medien als nicht immer transparent empfundenen Kommunikation des RKI sollte der Austausch mit anderen Fachexperten jedoch auch sichtbar werden (mangelnde Kommunikation macht das RKI angreifbar)
- ! Die Gruppe soll aus ca. 10-12 Personen bestehen und von einem (potentiell langwierigen) offiziellen Berufungsprozess wird abgesehen, Schwerpunkt soll ein Austausch und Nutzung von Expertise sein
- ! Es ist ein Beraterkreis bestehend aus Personen, die teilweise bereits mit dem RKI kollaborieren/verbunden sind, manche davon sind berufen worden (e.g. KL, NRZ)
- ! Genderbalance erscheint wichtig wenn eine Legitimationsfunktion nach außen erfüllt werden soll
- ! Wenn Gremien um Benennung oder Vorschläge gebeten werden, dauert es länger, ein pragmatischer Ansatz wäre, die RKI-Leitung sucht aus, von wem sie gerne beraten werden möchte
- ! Heute keine abschließende Diskussion, nächste Schritte:
 - Mitglieder
 - Es soll noch mehr auf Gender geachtet und mehr Frauen sollen vorgeschlagen werden
 - Mehr Experten mit klinischem Bezug
 - STIKO Vorschlag (Herr Mehrpol?) ging am Wochenende ans LZ, sollte geprüft werden
 - Frau Gastmeyer hat viele Verpflichtungen, Frau Prof Mattner wurde jetzt von der Gesellschaft für KKH-Hygiene berufen
 - Frau Thun von der Charité wegen Digitalisierung?
 - STIKO Gast des Expertenrats Frau Hummer?
 - Dokument
 - Es soll eine Spalte eingeführt werden um zu vermerken, wo die Experten aktuell verortet sind, auch, in welchen Gremien sie ggf. bereits beraten
 - Textergänzung durch Aussagen zum Rahmen, der Nennung und Ankündigung der Beratergruppe



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><i>ToDo: LZ/LZ-Leitung nehmen o.g. Veränderungen vor</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorgehen Fleischindustrie/ Publikation: nicht besprochen ! Fall-Kontroll-Studie zu Risikofaktoren: nicht besprochen 	
8	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Einschätzung von Antigentesten: verschoben, nicht besprochen ! Anhalt für Anteil falsch positiver Ergebnisse? Nicht besprochen ! Nichts neues aus FG17 	AL1 FG17
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
12	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Karten 7T Inzidenz >50/>35 (Mirko Faber/Alexander Ullrich): nicht besprochen ! Berichterstattung „Community Transmission“ ECDC: Es muss bald geklärt werden was erwünscht ist, DE macht Druck bezüglich der Indikatoren aber liefert nicht, wird ggf. gleich in der AGI TK besprochen: wie kann basierend auf deutschen Daten eine Einschätzung erreicht werden 	FG32
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Siehe oben unter Strategie-Fragen: BMI Grenzöffnungen 	FG32
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG32
15	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! AGI-TK ! TK AG Flughäfen ! ECDC BMG TK VPräs wird von BMG organisiert 	alle
16	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Freitag, 15.05.2020, 13:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	15.05.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
 - Maria an der Heiden
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1

- Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Fallzahlen: ca. 4,5 Mio. Fälle, erste Plätze sind unverändert, Fallzahlen in United Kingdom gehen nach unten ○ Länder mit > 70.000 neuen Fällen in letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Russland: ca. ¼ Mio. Fälle. Die Fallzahlen stabilisieren sich. Die Testung wurde deutlich verstärkt. ▪ Vereinigte Staaten: Trend geht nach unten. Die Testung wurde nicht verstärkt. Maßnahmen werden weiter gelockert. ○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen in letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Iran: Lockerungen wurden eingeführt, in einigen Bezirken punktueller Anstieg. Nächste Woche erfolgt detaillierter Bericht. ○ Länder mit 1.400–7.000 neuen Fällen in letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg in Kuwait, Bahrain: vor allem durch Ausbrüche in der Population der Gastarbeiter ○ Länder mit >100 Fällen und einem R eff. > 1, u.a.: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Russland: absteigender Trend ▪ Brasilien: leicht absteigende Tendenz ▪ Kambodscha: R-Wert von 5, bedingt durch kleine Fallzahlen <p>! China</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 82.929 Fälle, in den letzten 7 Tagen 44 Fälle gemeldet, hauptsächlich in der Provinz Jilin. ○ In Hubei wurden die ersten Fälle seit 03.04. gemeldet. Maßnahme: alle 11 Mio. Einwohner in Wuhan werden innerhalb von 10 Tagen getestet (PCR). Testung nach Stadtvierteln gestaffelt, Priorisierung von älteren Einwohnern, keine erneute Testung von Personen, die innerhalb der letzten Woche getestet wurden, keine Testung von Kindern <6 Jahre. ○ Jilin Provinz (Nordchina): insgesamt 134 Fälle seit Beginn der Epidemie, davon 22 Fälle in den letzten 7 Tagen. Indexfall von Cluster in Shulan ohne Reiseanamnese oder Kontakt zu bekanntem Fall. Maßnahmen: gesamtes Stadtgebiet von Shulan als Hochrisikoregion eingestuft, Teil-Lockdown. ○ 4,4 Mio. Einwohner-Stadt Jilin: 6 Fälle, davon 5 mit Cluster in Shulan assoziiert: Busse und Züge eingestellt, Schulen geschlossen, Verlassen der Stadt nur möglich mit neg. Nachweis oder Quarantäne. 	ZIG1

	<p>! WHO - AFRO</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Modellierung wurde modifiziert und soll morgen im BMJ Global Health veröffentlicht werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ohne Maßnahmen werden werden nach Beginn von Community Transmission 231 Mio. Menschen (22%) in 1 Jahr infiziert, davon werden 37 Mio. symptomatisch ▪ 3,6 - 5,5 Mio. Hospitalisierungen ▪ 83.000 – 190.000 Todesfälle ▪ am stärksten betroffen: Algerien, Ghana, Nigeria, Südafrika ○ Gründe für geringe Anzahl erwarteter Hospitalisierungen und Todesfälle: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altersstruktur: Altersmedian ist in den meisten Ländern Afrikas zwischen 14-20 Jahre. ▪ Bevölkerungsdichte: ist deutlich geringer als in Europa oder Asien, insg. nur ca. 1 Milliarde Menschen. ▪ Geringe Mobilität, jedoch keine zuverlässigen Daten hierzu ○ Zahl der Todesfälle durch AIDS-bedingte Krankheiten könnte sich durch Einschränkung der Gesundheitsversorgung verdoppeln. Eine sechsmonatige Unterbrechung der antiretroviralen Therapie könnte zu 500.000 zusätzlichen Todesfällen führen. ○ Durch Einschränkung der Versorgung könnte die Anzahl Tote durch Malaria deutlich steigen. ○ Aussetzen von Impfprogrammen hat mittel- und langfristige Konsequenzen. ○ Wirtschaftliche Auswirkungen sind besonders hart durch Fehlen von sozialen Sicherheitsnetzen und Ersparnissen großer Teile der Bevölkerung. ○ Durch Transporteinschränkungen könnte Ernährungssicherheit ein noch größeres Problem werden. ○ Aufgrund der wirtschaftlichen Belastung haben Ghana, Nigeria und Botswana begonnen Sperren zu lockern. ○ In Afrika ist ein Lock-down nicht sinnvoll, da die Kollateralschäden zu groß sind. ○ In low und middle income countries werden Testungen vor allem bei HCW durchgeführt. <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 173.152 (+913), davon 7.824 (4,5%) Todesfälle (+101), Inzidenz 208/100.000 Einw., ca. 151.700 Genesene, R eff=0,75 (Wert von gestern) ○ Kurve mit Fällen nach Todesdatum flacht sich nach hinten ab; Todesfälle pro Tag gehen etwas zurück. ○ Fall-Verstorbenen-Anteil steigt nicht mehr linear an. ○ Reproduktionszahl: Im Lagebericht werden nun 2 verschiedene R-Werte präsentiert. Der R-Wert liegt in allen BL außer MV unter 1. In MV ist der R-Wert aufgrund der 	<p>FG32</p>
--	--	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>kleinen Fallzahlen besonders anfällig.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 7-Tages-Inzidenz liegt nur in 2 LK/SK über Inzidenz-Schwellenwert > 50 Fälle/100.000: LK Coesfeld und LK Coburg ○ LK Coburg und LK Sonneberg <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegekräfte arbeiten zum Teil in einem und leben im anderen LK. Beide LK haben starke Maßnahmen ergriffen: Besuchsverbote für Pflegeheime, Reihentestungen. ▪ In Coburg wurden Mitarbeiter im GA aufgestockt und keine Überlastungsanzeige gestellt. Sonneberg hat eine Überlastungsanzeige gestellt. Fr. Rexroth ist hierzu im Gespräch mit dem BL. ▪ Es findet eine Kooperation auf LK Ebene über Ländergrenze hinweg statt. GA tauschen sich über Fälle aus. Maßnahmen werden nicht abgestimmt, sind aber ähnlich. ○ Keine großen Änderungen beim geographischen Vergleich mit der Vorwoche. ○ Alters- und Geschlechtsverteilung hat sich nicht wesentlich verändert. Der Anteil der Hochaltrigen geht etwas zurück. ○ Todesfälle: seit gestern ist im Lagebericht ein extra Satz zu Todesfällen bei unter 20-Jährigen enthalten. ○ Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen: ähnlich wie bisher. Anteil an Fällen mit Tätigkeit in Lebensmittelbetrieben (Ausbrüche in Schlachthöfen) nimmt zu (Peak in KW 19). ○ DIVI Intensivregister: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehr Patienten mit abgeschlossener Behandlung. Anzahl von Patienten in intensivmedizinischer Behandlung und beatmeter Patienten nimmt weiter ab. ▪ Die Kapazität an freien Betten nimmt ab. Frage: sind wieder mehr Patienten aus der Normalversorgung in intensivmedizinischer Behandlung? <p>! ICOSARI</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vergleich der SARI-Fälle der letzten 5 Grippewellen (Wochen 3-11) mit SARI-Fällen mit COVID-19 aus 2020 (Wochen 10-18). 88% der Fälle im Datensatz haben eine SARI-Diagnose. ○ Verteilung Altersgruppen: Auffällig ist, dass bei den SARI-Fällen der Grippewellen ein hoher Anteil an Kindern betroffen war, nicht jedoch bei den COVID-19 Fällen. Deshalb wurden unter 15-Jährige vom Vergleich ausgeschlossen. ○ Anteil schwerer Verläufe: Bei beiden Gruppen war ca. 1/3 in Intensivbehandlung. Der Anteil von beatmeten und verstorbenen Patienten ist bei COVID-19 Fällen dagegen höher. 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dauer Hospitalisierung: Median der Verweildauer ist bei COVID-19-Fällen nicht sehr viel höher, die Spannweite ist aber größer. ○ Dauer Intensivbehandlung: Altersgruppe zwischen 60-79 fällt bei COVID-Fällen auf (Median deutlich höher). ○ Dauer Beatmung: COVID-19 Fälle wurden deutlich länger beatmet, betrifft alle Altersgruppen. ○ Anteil Verstorbener: Mit steigendem Alter ist der Anteil Verstorbener höher. Im Vergleich zu den SARI-Fällen aus den Grippesaisonen versterben doppelt so viele Fälle. ○ Anteil Verstorbene an Fällen mit Risikofaktor: Fälle mit und ohne chronische Vorerkrankung. Adipositas und Nierenerkrankungen fallen auf. Was unter Nierenerkrankungen subsumiert wurde, muss noch genauer betrachtet werden. ○ Anteil Intensivbehandlung an Fällen mit Risikofaktor: Anteil von Patienten mit COVID-19 ist deutlich höher bei Patienten mit Nierenerkrankung, aber auch ohne chronische Vorerkrankungen. ○ Anteil Beatmungsfälle an Fällen mit Risikofaktor: ein deutlich höherer Anteil von jungen Menschen mit Nierenerkrankung wird beatmet. ○ Es handelt sich um einen Zwischenstand, weitere Auswertungen werden stattfinden. Was sind Risikofaktoren? Bei Nierenerkrankungen muss differenziert werden, Subgruppen sollen dargestellt werden. ○ Es handelt sich um fachliche Grundlagen zur Orientierung. Es ist nicht möglich aufgrund dessen Einzelfälle individuell zu beurteilen. 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Austausch mit Usbekistan und China, Hilfeersuchen Tadschikistan ! Heute Morgen Meeting zu Seroprävalenzstudien: aktive Bemühungen um Partner in Malawi und Iran, existierende Partnerschaften mit Südafrika; Fokus ist Prävalenz ! Längerfristig vergleichende Studie in Subsahara-Afrika: HCW-Kohorte mit lokalen Partnern ! Erste Besprechung mit BMG heute zu Corona-global Programm aus GHPP-Mitteln 	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
4	<p>Neues aus der Wissenschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
6	<p>Kommunikation BZgA</p>	

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! BZgA ist über Phase der reinen Informationsvermittlung hinaus, entwickelt nun Strategie für Empowerment, Umsetzung so rasch wie möglich.</p> <p>Presse</p> <p>! 2 Demonstrationen vor RKI am Nordufer angekündigt (Tierschutz und Corona).</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>Beraterstab (Vorschlag hier)</p> <p>Funktion: Vernetzung der Gremien. Vor allem Berater, die bereits in anderen Gremien aktiv sind, sollten im Beraterstab vertreten sein (auch andere relevante Gremien nicht nur RKI-Gremien).</p> <p>! Virologie: Hr. Drosten</p> <p>! Theoretische Epi/Modellierung: Hr. Meyer-Hermann</p> <p>! ÖGD: Hr. Pulz</p> <p>! Sozialepidemiologie: Fr. Müller-Nordhorn (nach Rücksprache mit Hr. Lampert)</p> <p>! Ethik: Hr. Marckmann oder Hr. Strech, muss noch geklärt werden</p> <p>! Krankenhaushygiene: Fr. Gastmeier; falls sie keine Zeit hat: Fr. Wendt</p> <p>! Innere Medizin: Hr. Hallek</p> <p>! Intensivmedizin: Hr. Karagiannidis</p> <p>! Pädiatrie: Hr. Schrotten</p> <p>! Infektiologie: Fr. Addo</p> <p>! Internationaler Bereich: Fr. Kampmann</p> <p>! Internationale Institutionen: Fr. Ammon oder Fr. Stein, je nach zeitlichen Kapazitäten</p> <p>! Veterinärbereich: Hr. Mettenleiter</p> <p>! Impfen: Hr. Meerpohl</p> <p>! Patienten/Pflege: Fr. François-Kettner</p> <p>! Kommunikation: Hr. Stollorz</p> <p>! Public Health: Fr. Rehfuess</p> <p>! Medizininformatik: Fr. Thun</p> <p>! auf Neurologie wird verzichtet</p> <p><i>ToDo: Weiterleiten des Vorschlags an Hr. Wieler</i></p> <p>Zeit Artikel über RKI</p> <p>! nicht besprochen</p> <p>AG IGV-Flughäfen äußert Bedarf einer bundeseinheitlichen Handreichung bei Wiederaufnahme des Flugverkehrs</p>	<p>Alle</p> <p>FG32</p>

	<p>! TK mit informeller AG gestern: es besteht erhöhter Klärungsbedarf und der Wunsch nach einem deutschsprachigen Papier. RKI hat eigentlich keinen öffentlichen Auftrag, Einheitlichkeit wäre aber sinnvoll.</p> <p>! Soll von Vertretern der AGI, die Teil der Arbeitsgruppe sind, bei der nächsten AGI-TK vorgeschlagen werden.</p> <p>Abstimmung Auftrag gemeinsamer Krisenstab BMI/BMG zu Entscheidungshilfen zum Vorgehen bzgl. Entscheidungsparameter zum Umgang mit internationalem (EU-weitem) Umgang mit Covid-19, zu Ein- /Ausreise und Grenzregimes</p> <p>! Auftrag aus interministeriellen Krisenstab: Die Einteilung in Risikogebiete hatte epidemiologische Gründe für die Fallfindung. Grenzsicherungen und -öffnungen sind eine politische Entscheidungen. Wenn Parameter herangezogen würden, wären dies die Entwicklung der Fallzahlen, vsd. Kapazitäten (Labor, Gesundheitsbereich) und Maßnahmen sowie Mobilität</p> <p>! Dem RKI liegen gar nicht alle hierfür notwendigen Daten vor. 50 Fälle/100.000 in 1 Woche wäre das einzige verfügbare Kriterium. Die entsprechende Karte ist noch in Arbeit.</p> <p>! RKI würde Arbeitsauftrag gerne an ECDC oder WHO weitergeben. ECDC hat die Entwicklung von Kriterien jedoch schon abgelehnt.</p> <p>! Mustereinreiseverordnung für BL und Beförderer wird vom BMG erstellt.</p> <p>! Formulierungsvorschlag: Aufgrund der Beschlüsse der Staatssekretäre geht das RKI davon aus, dass sich der Auftrag erledigt hat. <u>Nachtrag</u>: BMG-Anfrage hat ergeben, das Arbeitsauftrag aufgrund Cds Beschluss nicht mehr besteht</p>	<p>ZIG / FG32</p>
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>9</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Stand AG Diagnostik: sind kurz davor den Bericht zur Testung von symptomlosen Kontaktpersonen Kat. 1 zu finalisieren mit einer Übersichtstabelle für die Bewertung von Konstellationen.</p> <p>! Testung von Kontaktpersonen Kat. 1 soll anlassbezogen bei einem Ausbruch oder vermuteten Ausbruch stattfinden. Es geht nicht um Freitestung, sondern um Erkennen asymptomatischer Fälle.</p> <p>! Günstigstes Intervall bei Testung ist eine frühe Testung (Tag 0/1) und eine 2. Testung an Tag 7 oder 10.</p> <p>! Eine möglichst frühe Testung ist sinnvoll, um weitere Ansteckungen zu verhindern. ÖGD benötigt einfache Regelung.</p> <p><i>ToDo: Verteilung der konsolidierten Version am Wochenende, Finalisierung am Montag</i></p> <p>! ZBS1: Knapp 500 Proben, davon knapp 5% positiv, nächste Woche mehr Proben durch Beginn HCW-Studie erwartet.</p>	<p>AL1 FG17</p> <p>ZBS1</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! In Marzahn Montag und Dienstag Beginn der Testung von HCW mittels PCR und serologisch.	FG37
10	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Papier zur strategischen Patientenverlegung wird zurzeit erstellt. Mehr dazu nächste Woche.	IBBS
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2: unter Labordiagnostik besprochen	FG36
12	Surveillance ! Nicht besprochen	
13	Transport und Grenzübergangsstellen ! Unter RKI-Strategie besprochen	FG32
14	Information aus dem Lagezentrum ! Nicht besprochen	
15	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	
16	Andere Themen ! Fachaufsichtsbeschwerde über Herrn Wieler bzgl. Unterlassung der Anpassung von Empfehlungen für pflegende Angehörige: wird von L1 beantwortet ! Nächste Sitzung: Montag, 18.05.2020, 13:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	18.05.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt.3
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Johanna Hanefeld
 - Andreas Jansen
- ! BZgA



- Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>! Ca. 4,5 Mio. Fälle und ca. 315.000 Verstorbene</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: Brasilien und nicht mehr Russland ist an 2. Stelle</p> <p>! Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Russland</u>: Plateau, eher mit Tendenz nach unten mit konstant unter 10.000 neuen Fällen pro Tag; Verstärkung der Maßnahmen zeigt erst Erfolge ○ <u>USA</u>: evtl. Wiederanstieg nach Plateau ○ <u>Brasilien</u>: starker Anstieg, bis zu 16.000 neue Fälle pro Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ 241.000 Fälle, Verstorbene ▪ Öffentliches Gesundheitssystem ist dem Ansturm in einigen Bundesstaaten nicht mehr gewachsen. ▪ Weitere Belastung durch Masern- und Dengueinfektionen ▪ Lockerungsmaßnahmen wurden verschoben. ▪ Zusätzlich in einigen nördlichen Bundesstaaten erstmals vollständiger Lock-down; Entscheidungen über Verschärfung oder Lockerungen der Quarantäne liegt auf lokaler Ebene ▪ Zu Beginn der Epidemie waren vor allem privilegiere Schichten (Europa-Reisende) betroffen, nun zunehmend ärmere Bevölkerungsschichten ▪ Reichere Schichten können Privatkliniken nutzen, die noch freie Kapazitäten haben, die ärmeren Bevölkerungsschichten nur das öffentliche Gesundheitssystem. ▪ In Vorstädten und Favelas sind Distanzierung oder Hygienemaßnahmen nicht möglich. ▪ In fast allen Regionen liegt der R-Wert über 1 <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p>	ZIG1



	<ul style="list-style-type: none"> ○ UK: Abwärtstrend setzt sich fort ! Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag ○ Südafrika: Anzahl von Infektionen zwischenzeitlich über 1.000; Beginn Problematik in Townships ! Länder mit >100 Fällen und einem R eff. > 1: <ul style="list-style-type: none"> ○ Das einzige Land mit großer Fallzahl und R-Wert > 1 ist Brasilien. Der hohe R-Wert von Kambodscha ist, wie bereits beschrieben, durch die kleinen Fallzahlen bedingt. ! Länder mit >100 Fällen und einem R eff. < 1: <ul style="list-style-type: none"> ○ R eff. von Russland und USA ist jetzt unter 1; Tendenz von Russland zeigt eher nach unten, von USA eher nach oben. ! Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries (Lancet, 2020) <ul style="list-style-type: none"> ○ Modellierungsstudie der Johns Hopkins Universität mit 3 Szenarien, in denen die essentielle Gesundheitsversorgung für Mütter und Kinder um 9.8-51.9% reduziert und die Prävalenz der Unterernährung um 10-50% zunimmt. ○ Bezogen auf 118 Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen ○ Das am wenigsten schwerwiegende Szenario über 6 Monate würde zu 253.500 zusätzlichen Todesfällen bei Kindern und 12.200 zusätzlichen Todesfällen bei Müttern führen. ○ Das schwerstes über 6 Monate würde zu 1.157.000 zusätzlichen Todesfällen bei Kindern und 56.700 zusätzlichen Todesfällen bei Müttern führen. ○ Wenn die routinemäßige Gesundheitsversorgung unterbrochen wird und der Zugang zu Nahrungsmitteln infolge bewusster politischer Entscheidungen bei der Reaktion auf die Pandemie verringert wird, wäre der Anstieg der Kinder- und Müttersterblichkeit. <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 174.697 (+342), davon 7.935 (4,5%) Todesfälle (+21), Inzidenz 210/100.000 Einw., ca. 154.600 Genesene, R_{eff}=0,91 	<p>FG32</p> <p>FG32</p>
--	---	-------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle pro Bundesland: weiterer Rückgang, kein BL hat neue Fälle im 3stelligen Bereich übermittelt. ○ Fälle nach Todesdatum: geht deutlich zurück ○ Schätzung der Reproduktionszahl: Gegenüberstellung 4-Tages R-Wert (0,91) und 7-Tages R-Wert (0,82). Bei der Schätzung des stabileren R (7-Tage-R) werden Schwankungen stärker ausgeglichen. ○ Reproduktionszahl nach Bundesland: in fast allen BL unter 1 ○ Landkreise mit 7-Tage-Inzidenzen > 50 bzw. > 35 Fälle / 100.000: <ul style="list-style-type: none"> ▪ > 50 Fälle: LK Coburg (Pflegeeinrichtung), SK Straubing und LK Straubing-Bogen (fleischverarbeitender Betrieb), LK Coesfeld (fleischverarbeitender Betrieb) ▪ >35 Fälle: LK Greiz, LK Sonneberg (Pflegeeinrichtung) ○ BMG möchte auch Informationen zu St. Augustin in NRW (Erstaufnahmeeinrichtung) und Dissen in Niedersachsen (fleischverarbeitender Betrieb) zu erhalten. <p>! In der TK mit dem BMG am Vormittag wurde um ein aktives Medienscreening von Ausbrüchen, die noch nicht im Meldesystem enthalten sind, gebeten. Falls solche gefunden werden, sollen weitere Informationen beim zuständigen GA eingeholt werden. Der Auftrag eines informellen Berichts per Email hierzu wurde von Hr. Rottmann erteilt und als zusätzliche neue Aufgabe ins Lagezentrum weitergegeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wunsch: Die Leitung sollte dämpfend auf die Erwartungshaltung und Aufgabenerteilung des BMG einwirken. GA direkt anzusprechen ist nicht das Mandat des RKI, Anfragen müssten über die Landesämter gestellt werden. Landesbehörden haben auch nicht die Kapazität alle GA durchzutelefonieren. Pressescreening kann RKI zeitlich nicht leisten. <p><i>ToDo: In AGI TK soll das Thema morgen angesprochen werden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pressescreening könnte ausgelagert werden. Es gibt diverse Firmen, die nach bestimmten Schlüsselwörtern Pressemitteilungen durchforschen. <p><i>ToDo: Pressescreening nach Ausbrüchen wird in Auftrag geben (Kontakt Hr. Schmich), bei Informationsbedarf werden die GA über die Landesstellen kontaktiert.</i></p> <p>! Weiterer Auftrag vom BMG: Rausrechnen der Ausbruchszahlen</p>	<p>FG21</p> <p>FG 32</p> <p>FG37 / Abt.1</p>
--	---	--



	<p>aus den Fallzahlen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Geographische Verteilung: 7-Tageskarte: relativ stabil ○ Nichts Neues bei den Todesfällen ○ Beschäftigte in lebensmittelverarbeiteten Betrieben (§42) werden weniger häufig hospitalisiert, nur wenn schwer erkrankt (vermutliche Gründe: fehlende Krankenversicherung, Verdienstausschluss). ○ DIVI Intensivregister: rückläufige Zahlen, deutliche weniger belegte und mehr freie Betten. Angaben zu Kindern sind noch nicht umgesetzt. ○ Mobilität nimmt weiterhin zu. ○ Vorschlag: alle aktuellen Ausbrüche sollten kurz besprochen werden. Wurden alle letzte Woche bereits angesprochen. ○ „Mein Schiff 3“ ist für Medien eher irrelevant. Es wurden keine weiteren Fälle identifiziert, die Repatriierung in die Heimatländer läuft. ○ Wo wird die Grenze bei Ausbrüchen gezogen? In Brandenburg gibt es z.B. Ausbrüche in 2 Kitas. Sollen auch Ausbrüche mit 2-5 Fällen betrachtet werden oder eher größere Ausbrüche? Dies muss das RKI festlegen, alles < 10 interessiert nicht, wäre ein Kriterium. Einwand: Kann nicht nur an Fallzahlen festgemacht werden, Kinder sind z.B. ein sensibles Thema. Sollte pragmatisch angegangen werden. <p>! Maßnahmen und Testen (hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Testen ist nicht Teil der Maßnahmen. Umso mehr getestet wird, umso weniger einschränkende Maßnahmen sind notwendig. ○ Entspricht dem Gegenstand der AG Diagnostik und sollte deshalb innerhalb der AG vorgestellt werden, mit dem Ziel eine konsentiertere Sprachregelung zu finden, muss mit Laborkapazitäten abgestimmt werden. ○ Falsch positive Ergebnisse werden zum Problem bei sinkenden Fallzahlen. Dann müssen nicht alle Patienten mit elektiven Eingriffen getestet werden. In strategische Überlegungen könnte die Antikörpertestung miteinbezogen werden. 	<p>Abt. 1 / FG32</p>
--	---	----------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Heute wird ein überarbeitetes Papier der AG Diagnostik veröffentlicht, in dem die angesprochenen Aspekte genannt sind. Die Themen sind für die Fachöffentlichkeit adressiert, weg von Testen-Testen-Testen, hin zur gezielten Testung. ○ Teilnahme an Ringversuchen ist verbindlich mit der KBV abgesprochen, Nachtestung zur Qualitätssicherung. <p>! Serologie: Laut KBV kann mit 2 Blutproben in Abstand von 7-14 Tagen (entweder IGG oder gesamt) der Nachweis einer akuten Infektion erbracht werden. Dies wurde ins Diagnostikpapier aufgenommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Serologie sollte in die Faldefinition aufgenommen werden. Hr. Mielke hat in einer Mail passend zu den Aussagen im Diagnostikpapier für Fr. Diercke zusammengefasst, was man fachlich dazu sagen kann. ○ Meldetatbestand ist die akute Infektion. IGG positive Personen sollen schon seit einer Weile gemeldet werden, werden bisher jedoch nicht gezählt. Hierzu muss Position bezogen werden. Zu rechtfertigen wäre bei Verlaufsseren eine akute Infektion zu übernehmen. ○ In europäischen Faldefinitionen ist bisher nur PCR enthalten. <p><i>ToDo: Vorschlag bei europäischen TK einbringen</i></p>	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! <u>Corona WarnAPP</u> (Folien hier):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Produkt ist nach ISO-Norm zertifiziert, abgestimmt mit BMG ○ Hoher Druck, Basisfunktionalität soll in 1.Betriebsphase gestartet werden; Phase 3 ist ohne Phase 2 nicht denkbar. ○ Phase 1: reines Informationstool, informiert Nutzer darüber, ob sie jemanden getroffen haben, bei dem COVID-19 diagnostiziert wurde. ○ Schwierigkeit: von zentraler zu dezentraler Lösung. ○ Finalisierte Dokumente sind öffentlich verfügbar, Quellcode wird bereitgestellt. ○ Noch unklar ist der RKI-Mitarbeitergruppe, inwiefern ein zentraler Server vorhanden sein muss, der die Zuordnung möglich macht. Wie erfährt die App, dass jemand positiv ist? Bisher im Gespräch ist die Variante, dass Patienten vom Arzt 	<p>FG21</p>



	<p>einen QR-Code erhalten. Ein zentrales Element ist die Untersuchung in einem Labor; Selbsttests werden nicht berücksichtigt. RKI beteiligt sich bei diesen Punkten nur mit Einschätzungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verantwortlichkeiten am RKI: siehe Folie; RKI Projektteam besteht aus Fachabteilungen, ZV4, Datenschutz, externe Unterstützung durch Rechtsanwaltsbüro, Recht. Abstimmung auch mit externen Partnern findet mind. 1mal täglich statt. ○ Bei Presseanfragen ist RKI-Presse nicht mehr involviert, statt dessen eine externe Kommunikationsfirma. ○ Tägliche Abstimmungen, alle Workstreams müssen abdeckt werden. Dokumente werden federführend von SAP und Telekom erarbeitet, sehr viele extern Beteiligte. ○ Deadline: Mitte Juni (10.-15. Juni) soll erste rudimentäre Variante verfügbar sein. ○ Wie soll Hotline aussehen, an die sich Nutzer wenden können? GA sind nicht Teil der 1.Phase. Mit wie vielen Nutzern kann bei der Hotline gerechnet werden? ○ Nächste Woche stärkerer Fokus auf Serverstruktur 	
4	<p>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</p> <p>! Nicht besprochen, am Mittwoch Vortrag zu T-Zellen und COVID-19 geplant</p>	Abt.1
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Soll morgen besprochen werden</p>	Alle
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Telefonberatung muss mit Unterlagen und Schulungsmaßnahmen unterfüttert werden.</p> <p>! Es gab Telefonaktionen mit Zeitungsredaktionen. Vor allem in Bezug auf bundeslandübergreifende Reisen und die Pneumokokken-Impfung gibt es große Unsicherheit.</p> <p>Presse</p> <p>! Farbgebung auf der Karte wurde geänderte, wird nochmal geklärt.</p> <p>! Zum Thema Reise innerhalb Europas muss kontrolliert werden, ob alle Links noch aktuell sind.</p> <p>! Problematisch: Tabakkonzerne benutzen Krise für Werbung.</p> <p>Info über aktuelles Ausbruchsgeschehen</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>Abt.3</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ! Verstärktes Screening durch das LZ hinsichtlich Ausbruchsgeschehen <ul style="list-style-type: none"> ○ unter Aktuelle Lage besprochen ! ÖGD Kontaktstelle – BMG, BW (Herr Schulz) – BMG TK aktuelles Geschehen <ul style="list-style-type: none"> ○ Gespräch mit Fr. Rexroth, Hr. Hamouda morgen <p>Verbreitung des Dokumentes / der Inhalte der Orientierungshilfe für Bürger (hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Für die Fachöffentlichkeit ist ein 2. Artikel im Ärzteblatt zur Testung geplant. ! Neue Fälle sollen frühzeitig erkannt werden. Die wichtigste Maßnahme ist, dass sich Menschen mit Symptomen testen lassen. ! Die Orientierungshilfe für Bürger sollte über möglichst viele Kanäle durch die BZgA vertrieben und beworben werden. ! BZgA hat sich hierzu Gedanken gemacht. Die Infektionsschutzseite ist bisher keine Kampagnenseite. Sie wird derzeit umgebaut, aktuell Wichtiges soll prominent gesetzt werden. 	Abt.1
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Strategie sollte bis in den Herbst erweitert werden. Was ist geplant, wenn sich ein Anstieg abzeichnet? Verschiedene Szenarien sollten modelliert werden und dann ein Vorgehen bei den verschiedenen Szenarien überlegt werden. ! Die Modellierer könnten hierfür mit Externen zusammenarbeiten, eine Kollaboration mit IQTIG und mit LMU München ist geplant. Eine Gruppe unter Leitung von MPI-Professoren bietet an, das RKI zu unterstützen. Das BMG erlaubt dem RKI nicht immer Modellierungen nach außen zu geben, eine Kooperation mit Externen hätte den Vorteil, dass diese die Modelle veröffentlichen könnten. ! Ziel sollte sein, jeden einzelnen Fall nachzuverfolgen und Ausbrüche im Auge zu behalten. Es sollten möglichst keine größeren Ausbrüche mehr stattfinden. ! Strategie der Testung muss im Herbst mit der Erkältungswelle wieder angepasst werden. ! Hierfür muss keine neue AG gegründet werden. Die 	Alle



	<p>Zusammensetzung der AG De-/Reeskalation (Hr. Haas, Hr. Eckmanns, Hr. Jansen, Hr. und Fr. an der Heiden, Fr. Rehfuß, Hr. Drosten, Fr. Fehr, Fr. Hunger) unter Leitung von Fr. Hanefeld ist gut geeignet. Fr. Rexroth und Hr. Hamouda werden ergänzt. Die Gruppe wird die Kurz- und Mittelfristperspektive updaten, anschließend werden die Szenarien im Krisenstab diskutiert.</p> <p><i>ToDo: Arbeitsgruppe um Fr. Hanefeld definiert die Ziele für die nächsten Wochen.</i></p> <p>! Modellierergruppe: mit Hr. an der Heiden zusammen wird überlegt, was modelliert werden soll, welche Parameter berücksichtigt werden sollen und welche Modellierungen nach außen gegeben werden (als Auftrag oder Kooperationsprojekt).</p> <p><i>ToDo: Modellierergruppe überlegt zunächst, was modelliert werden soll, dann wer.</i></p> <p>! Ergänzung: RKI ist eine Behörde und erhält mehr Unterstützung und Glaubwürdigkeit, wenn Daten zusammen mit externen Wissenschaftlern publiziert werden, auch mit ausländischen Wissenschaftlern.</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch SARS-CoV-2 (Dokument hier)</p> <p>Vorschlag zur Diskussion und Freigabe, 2 Punkte sollten angepasst werden:</p> <p>! Kontaktpersonen der Kat. 1 mit engem Kontakt: sollten möglichst 5-7 Tage nach Erstkontakt, sonst an Tag 1 und Tag 7-10 (statt Tag 7) getestet werden, um eine asymptomatische/ präsymptomatische Infektion (statt Besiedelung) zu erkennen. Es wird betont, dass ein negatives Testergebnis die Quarantänezeit nicht verkürzt.</p> <p>! Vorgehen für das Management von Kontaktpersonen der Kat. 1, anlassbezogene Konkretisierung: In bestimmten Situationen Testung asymptomatischer Kontaktpersonen: 2. Test wieder Tag 7-10 statt Tag 7.</p> <p>! Frage: Warum ist Testung an Ausbruch in Altenpflege oder Gemeinschaftseinrichtung gebunden? Wurde anders diskutiert.</p> <p>! AGI ist gegen anlasslose Reihenuntersuchungen. Im Rahmen der KoNa eine Testung auch ohne Symptome zu ermöglichen ist dagegen Konsens. Der Anlass wäre der Kontakt zu einem bestätigten Fall. Ein bestimmtes Setting ist nicht notwendig.</p> <p>! Formulierung: Sollte eine Testung erfolgen oder kann eine Testung erfolgen? Was ist, wenn Kontaktreduktionen gelockert werden?</p> <p>! Bei Öffnung von Schulen und Kitas müssten große Gruppen getestet werden. Auch mit doppelter Testung werden nicht alle</p>	FG36



	<p>Fälle gefunden. Die Testung verkürzt die Quarantäne nicht und ersetzt nicht das Gesundheitsmonitoring.</p> <p>! Anregung: Es sollte versucht werden, den Zusatznutzen durch frühe Erkennung von Fällen epidemiologisch zu beziffern.</p> <p>! Kontakt und Ausbruch wird als Bedingung bei Kontakt Kat.1 gestrichen. Insbesondere in Ausbruchssituationen sollte eine Testung durchgeführt werden.</p> <p><i>ToDo: Wird von Hr. Haas angepasst und anschließend auf der Webseite publiziert.</i></p>	
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ unter Dokumente besprochen <p>! Maßnahmen und Testen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ unter Aktuelle Lage besprochen <p>! Labormeldungen nach IfSG / GA-Anfrage - Labormeldepflicht indirekter Nachweis</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ auf morgen verschoben 	<p>FG36 / FG32</p> <p>FG37</p> <p>FG32</p>
12	<p>Surveillance</p> <p>! Meldepflicht von Ak-Nachweisen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Unter Aktuelle Lage besprochen 	<p>FG32</p>
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Wichtige Termine</p> <p>! BMAS</p> <p>! Dienstag, 17 Uhr TK zur Kontaktstelle ÖGD am RKI mit BMG</p> <p>! Krisenstabsitzung am Freitag, den 22.05 findet statt.</p>	<p>Alle</p>
16	<p>Andere Themen</p>	



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Dienstaufsichtsbeschwerde über Herrn Wieler bzgl. Unterlassung der Anpassung von Empfehlungen für pflegende Angehörige wurde von L1 bearbeitet. Die Antwort lautet, es gibt keine Verpflichtung für das RKI solche Empfehlungen zu machen. Die Beschwerde ist somit grundlos.</p> <p>! Nächste Sitzung: Dienstag, 19.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	
--	--	--

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	19.05.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr

- Katalyn Roßmann



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): fast 5 Mio. Fälle weltweit, knapp 320.000 Todesfälle, Trend abfallend in USA, Russland, UK, steigend in den 7 anderen Top 10 Ländern</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ USA liegt mit weitem Vorsprung weiterhin an 1. Stelle, gefolgt von Brasilien, wo die Fallzahl steigt; möglicherweise erneuter Fallzahl-Anstieg wegen Lockerung der Maßnahmen, in fast der Hälfte der Staaten wird ein Fallzahlanstieg erwartet ▪ Brasilien: bis auf wenige Ausnahmen in zwei westlichen Regionen ist das ganze Land betroffen und die Inzidenz im Nordosten am höchsten ○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: Russland durch sinkenden Trend nun in dieser Kategorie, abnehmender Trend setzt sich fort, in anderen Ländern nichts berichtenswertes ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag: starker Fallzahl-Anstieg in Kasachstan, es befindet sich eine große WHO-Delegation vor Ort, die Region wird weiter beobachtet, insbesondere z.B. auch Armenien, aus Tadschikistan kam eine WHO-Anfrage ans RKI bezüglich EMT und mobile Labore zu unterstützen ○ Länder mit >100 Fällen und einem Reff>1: mehrere Länder mit hohen Reff aber niedrigen Fallzahlen, lediglich Brasilien mit einem Reff = 1,5 verzeichnet gleichzeitig auch hohe Fallzahlen <p>! Situation in Schweden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Schlagzeile einer großen schwedischen Tageszeitung: „Giesecke soll bescheidener sein“ folgt auf Giesecke's Behauptung, Schweden hätte es als einziges Land richtig gemacht. Anlass war der Wunsch von Schweden, aus touristischen Gründen erneut die Grenzen zu öffnen, worauf die Nachbarn skeptisch reagiert haben, die Diskussion läuft noch ○ COVID-19 in Schweden <ul style="list-style-type: none"> ▪ >30.000 Fälle, >3.600 Todesfälle, Fallsterblichkeit 12%, Inzidenz 296/100.000 Einw. ▪ Testungen 20-30.000/Woche, Kapazität (90.000/ Woche nicht ausgeschöpft, getestet werden alle Fälle mit schwerem Verlauf/Hospitalisierungen, HCW und Mitarbeitende in Pflegeheimen ▪ Positivanteil Tests 14%, WHO empfiehlt 12- 	ZIG1

	<p>13%</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ KKH-Kapazitäten: 30% der Intensivbetten frei ▪ ILI-Sentinel: 238 Proben, 6% SARS-CoV-2 positiv ▪ Prävalenzstudie in Stockholm (n=707) mit Eigenbeprobung, Fragebogen! 2,5% PCR-positiv ▪ In fortlaufender Seroprävalenzstudie in Oslo wird eine Seropositivität von <1% verzeichnet ▪ Geografische Ausbreitung: Hotspots mit Inzidenzen >70/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> ○ Vergleich von SE mit NO, FI, DK: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im SE zeigt die Kurve eher ein Plateau und ggf. erneuten Anstieg, in den anderen sinkender Trend nach dem Peak ▪ Reff liegt knapp über 1, täglich relativ stabil 200-300 neue Fälle stabil ▪ In NO hat die Wiedereröffnung der Schulen nicht zu einer Fallzahlerhöhung geführt ▪ Testungen/Einw. liegen in SE niedriger als in den anderen Ländern (<20/1.000), in DK >50/1.000 ▪ Maßnahmenvergleich: sehr andere Handhabung, in SE Versammlungen mit bis zu 50 Personen erlaubt, Bildungseinrichtungen, Gastrobereich offen, Grenzen selektiv offen ▪ Ergebnisse: Inzidenz mehr als doppelt so hoch, Todesfall-Inzidenz 3-8 mal so hoch ▪ Wirtschaft wurde in SE etwas mehr geschont, dennoch hat BIP gelitten (4% Abfall) ○ Hauptproblem in SE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzidenz pro Einw. extrem hoch bei >70-jährigen, 50% der Todesfälle aus Pflegeheimen ▪ Fast 1/3 der Fälle sind HCW ▪ Schwedischer Weg hätte funktionieren können (s. Korea, Singapur), jedoch unzureichender Schutz der höchstvulnerablen Bevölkerungsgruppe ▪ 2/3 aller Pflegeheime in Stockholm sind von Ausbrüchen betroffen ▪ Giesecke sagt, dass es in 1 Jahr überall so aussieht ▪ Fallsterblichkeit ist noch höher in anderen Ländern (z.B. Belgien, Frankreich, UK, Italien, Ungarn, NL), sollte aber eigentlich immer auf Bevölkerung (und nicht Fallzahl) bezogen werden ○ Begrenzte Maßnahmen in der breiteren Bevölkerung haben nicht zu einer Katastrophe geführt, daraus könnte man lernen ○ Andreas Jansen eruiert, ob er das Testprotokoll für die Prävalenzstudie besorgen kann ○ Geringe Anzahl PCR- positiver Ergebnisse (2,5%) ist überraschend, 15% (Heinsberg) wirkt 	<p>AL3/FG32 VPräs/alle</p>
--	---	--------------------------------

	<p>realistischer</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prävalenzstudie mit PCR misst keine durchgemachten und lediglich akuten Infektionen <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 175.210 (+513), davon 8.007 (4,6%) Todesfälle (+72), Inzidenz 211/100.000 Einw., ca. 155.700 Genesene ○ Beide Reff unter 1, vorerst weiterhin Darstellung beider R-Werte nebeneinander ○ Fallübermittlungen seit gestern: 2 BL mit Null Fällen, 7 BL mit 10 oder weniger, 7 BL mit <100 neuen Fällen, BY und NW > 100 neue Fälle ○ 7-Tages-Inzidenz pro LK/SK: mehr als die Hälfte aller LK sind in der niedrigsten Kategorie 0-5/100.000, zusätzliche Kategorie Null Fälle wäre sinnvoll ○ Altersverteilung: reflektiert Ausbrüche innerhalb der arbeitenden, jüngeren Bevölkerung ○ Todesfälle (Folie 24): 1-mal wöchentlich Vergleich der Wochen miteinander um epidemiologische Veränderungen zu verfolgen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittelwert des Alters nimmt ab ▪ Geschlechtsverteilung verändert sich durch Ausbrüche in Schlachthöfen und Heimen für Asylsuchenden: mehr Männer, vorher durch Ausbrüche in Pflegeheimen mehr Frauen ▪ Anteil Hospitalisierungen aufgrund der jüngeren Patienten rückläufig, ebenso Anteil verstorbener ▪ Achtung: in 20. KW gemeldete können noch hospitalisiert werden bzw. versterben, ▪ Generell starke Abhängigkeit von demografischen Faktoren <p>! DIVI Intensivkapazitäten: Rückgang der Zahl der behandelten, Kapazität bleibt weiter hoch</p> <p>! Erwähnte Ausbruchsgeschehen (s. ab Folie 113)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ LK Greiz (TH): 6 Pflege- und Seniorenheime ○ LK Coesfeld (NW): 280 Fälle in fleischverarbeiten-dem Betrieb ○ LK Enzkreis (BW): ~350 Fälle unter Schlachthof MA, wird untersucht, viel mediale und politische Aufmerksamkeit ○ LK Heinsberg (NW): 82 DPD-MA positiv getestet, keine Maßnahmen für gesamten LK (Lockerungen bleiben bestehen) ○ COVID-19-Erkrankungen bei Fernfahrern: 2 Fälle von Fernfahrern aus Weißrussland, neuer 	
--	--	--

	<p>Trend?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mein Schiff 3: heute auch in der EpiLag berichtet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle Passagiere (=Crew-Mitglieder) waren 14d auf dem Schiff ohne Abstandshaltung ▪ 1 Anosmie-Fall, 35 mit akuten respiratorischen Symptomen ▪ Bis 9 wurde jedoch keine weitere Person positiv, getestet ▪ 2.300 Personen haben das Schiff verlassen und sind in ihre Heimatländer zurückgekehrt ▪ Schwer zu erklären, dass es nicht mehr positive Fälle gab, mögliche Erklärungen z.B. unbemerkte frühere Serokonversion, Testprobleme oder „doch nicht zu viel Party an Bord“ ▪ Die Proben der 9 Fälle wurden ans KL geschickt, eine Sequenzierung dieser ist wünschenswert <p>! Überlastungsanzeigen: Handhabung bedarf weiterer Klärung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bisher rot, wo Bedarf durch Landesebene nicht gedeckt werden kann, BMG möchte alle Überlastungen auf lokalem Niveau rot zu markieren, wird heute in AGI verhandelt ○ EpiLag wurde informiert, dass BMG niederschwellige Information zu Überlastungen wünscht ○ Amts- bzw. Dienstweg sollte eingehalten werden, Landesstellen benötigen schriftlich Stellungnahme, die von Bezirks-Regierungen abgesegnet ist ○ Dies wurde dem BMG gestern und auch heute Morgen erläutert, die vertrauensvolle Kooperation mit der AGI soll nicht gefährdet werden ○ Es sind viele Anzeigen eingegangen <p>! Arbeitsschutz in Schlachthöfen: Stellungnahme der verantwortlichen Behörden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei den Ausbrüche in fleischverarbeitenden Betrieben gab es auch Fleischbeschauer (Tiermediziner) die positiv getestet wurden, obwohl sie nicht mit den anderen Mitarbeitern in Kontakt sind/zusammen arbeiten, wohnen oder Transport nutzen ! eventuell doch Risiko der Schmierinfektion? ○ BMAS-Papier mit Änderungen zum Arbeitsschutz in Schlachthöfen wurde in der Presse angekündigt und soll fertig sein, es wird geklärt, ob es das ist, das Mitte letzter Woche mit dem RKI geteilt wurde ○ Gestern gab es auf der BfR Homepage eine Aussage zu Fleisch in Wursttheken und in der Presse hat BfR sich geäußert, es bestünde hierbei keine Sorge 	<p>FG37</p>
--	--	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie mit Fleisch umgegangen wird ist nicht bekannt ○ BZgA: Risiko bei direktem Kontakt positiver Personen mit Fleischwaren, auch theoretisch bei Fleischtheken, wenn Bedienung ohne Maske erfolgt (ggf. Tröpfchen auf Fleisch), nach Hoherhitzung besteht keine Gefahr mehr, BfR hat sich schon zu Tiefkühlware positioniert, dort besteht Gefahr da das Virus bei niedrigen Temperaturen eine längere Lebensdauer hat ○ Tröpfchen spielen in diesem Kontext eher nur eine untergeordnete Rolle, es sollte nicht zu viel Aufmerksamkeit darauf gelenkt werden ○ Coronaviren wurden ursprünglich beim Menschen durch gastrointestinale Symptome erkannt, die respiratorischen kamen erst später ○ Wenn das Thema vermehrt aufkommt, wäre eine systematische Prüfung sinnvoll (BfR Verantwortung), FG35 sollten ihre BfR Kontakte hierauf ansprechen <p><i>ToDo: FG35 sollen ihre BfR Kontakte hierzu befragen</i></p> <p>! IST-Papier: benötigte Kapazitäten gehen weiterhin zurück, Situation sehr undramatisch hinsichtlich der nächsten 7 Tage</p>	
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>Hongkong Studie: Schutz durch MNS Stoff</p> <p>! Studie aus Hongkong von Yuen Kwok-Yung die große Medienaufmerksamkeit erhält (auch wegen der verwendeten Hamster)</p> <p>! Käfige mit Hamstern wurden mit Virus infiziert, andere Käfige wurden mit MNS Stoff abgedeckt und das Ganze mit Ventilatoren bespielt um zu gucken ob der Stoff vor Infektion schützt</p> <p>! Fazit: er schützt vor Transmission, bietet Fremd- und begrenzten Eigenschutz, aber nicht einzelne Hamster sondern Käfige wurden abgedeckt</p> <p>! Studie ist noch nicht publiziert/ als Paper verfügbar</p>	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Anpassungsvorschläge wurden bereits im Krisenstab besprochen (z.B. 14.05.) und noch stets nicht umgesetzt</p>	VPräs

	<p>! LZ soll Entwurf für nächste Krisenstabssitzung vorbereiten</p> <p><i>ToDo: WICHTIG - LZ bereitet Entwurf bis zum Krisenstabstreffen am Freitag 22.05.2020 vor, muss vorliegen!!</i></p>	
<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Es gab bezüglich der Kontaktbeschränkung Hinweise, den ÖPNV zu meiden (wo?): nun erfolgte die Bitte, dies zu korrigieren da die Fahrgastzahlen abnehmen und das Problem nicht bei ÖPNV sondern im Verhalten der Fahrgäste liegt, bisher wurde kein Fall bekannt, der sich im ÖPNV infiziert hat</p> <p>! Verbesserungswünsche in RKI-FAQ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hinweis auf eine Empfehlung der dt. Akademie der Kinder und Jugendmedizin, Termine zu verschieben, eigentlich ist die Empfehlung, Untersuchungen und Impfungen durchzuführen ○ Bei einer Formulierung steht, dass wenn ein Patient in der Praxis ist, sofort Impfungen durchgeführt werden sollten, dies ist nicht ganz richtig, die individuelle Situation des Patienten muss erst abgewogen werden ○ Bzgl. Risikogruppen für schwereren Verlauf, fehlt ein „nicht“, sollten nicht in einem Wartezimmer sitzen mit anderen Patienten <p>Presse</p> <p>! Nichts besprochen</p>	<p>BZgA</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Teststrategie Bund</p> <p>! AGI tagt heute unter Einbindung des BMG</p> <p>! AL1 ist bei AGI TK dabei, um Hinweise für Ärzte zur Testung (auch in RKI-KoNa und Ärztepapier) bzgl. breiterer Testung asymptomatischer Personen zu besprechen</p> <p>Empfehlungen zu Treffen nach Lockerungen</p> <p>! Montag findet eine Schaltung der Staatskanzleien statt, dort wird über Maßnahmen-Lockerungen gesprochen</p> <p>! RKI soll Empfehlungen zur folgenden Fragestellung vorbereiten: Wenn die Kontaktbeschränkungen aufgehoben werden, wie viele Leute/wie viele epidemiologische Einheiten können sich treffen?</p> <p>! Es ist besser, das RKI macht einen Vorschlag bevor dieser von der Schaltung kommt</p> <p>! FG36 soll dies bis Ende dieser Woche erstellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie viele Personen und Einheiten (z.B. 1 Haushalt) können sich treffen, welche Gruppengröße ist akzeptabel ○ Unter welcher Abstandshaltung 	

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Unterscheidung, ob dies drinnen oder draußen ist ○ Wie viele Quadratmeter pro Person in 1 Raum ○ Alle Personen sollen im Falle eines Ausbruches hinterher identifizierbar sein (sich kennen bzw. kontaktierbar sein) <p><i>ToDo: FG36 (mit AL3?) entwirft einen Vorschlag hierzu, soll bis spätestens Freitag fertig sein</i></p> <p>Reisebeschränkungen/Quarantäneempfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ab 15. Juni fallen bestimmte Reisebeschränkungen aus, Kriterien zur anschließenden Handhabung waren vom ECDC erhofft, wurden jedoch abgeschlagen ! RKI muss nun Kriterien entwickeln und ein Erlass folgt, dies kommt anscheinend aus dem BKAm, nicht vom BMG ! Ab dem 15.06. soll das RKI definieren, wer nach Einreise nach Deutschland in Quarantäne soll ! NRW: dort steht seit dem 14.05. im Gesetzestext, dass das RKI ausweist, aus welchen Ländern Personen nach NW einreisen können, ZIG erhält bereits Anfragen hierzu. Dies ist den Kolleginnen und Kollegen im NW Gesundheitsministerium möglicherweise nicht bekannt, es kann gut sein, dass dies von anderen Ministerien kommt ! Das RKI ist aus fachlichen Gründen gegen solch undifferenzierte Grenzwerte, die aus rein politischen Gründen benötigt werden ! RKI wird einen Wert liefern aber auf die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung drängen ! Sinnvoll wäre es, den von der Politik vorgeschlagenen Wert der Inzidenz 50/100.000 Einw. zu gebrauchen, auch wenn dieser generell und vor allem bei großen Ländern keinen Sinn macht (müsste dort auf niedrigere Verwaltungsebenen heruntergebrochen werden) ! ZIG1 entwirft eine Empfehlung mit scharfem Grenzwert der im gleichem Zuge relativiert wird (kein Grenzwert, Wert zum genaueren hingucken), ! Ist eilig und sollte erst dem BMG vorgelegt werden <p><i>ToDo: ZIG1 Andreas Jansen entwirft Vorschlag mit Kriterien zu Maßnahmen nach den Grenzöffnungen, Frist diesen Freitag 22.05.</i></p> <p>Reisewarnungen AA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gestern war Heiko Maas bei einem 10-Länder Außenminister Treffen, wo die schrittweise Aufhebung der Reisewarnung Thema war. Informelle Info aus dem AA: das RKI soll dies (auch schrittweise) bespielen und definieren, in welche Ländern und in welcher Reihenfolge Reisewarnungen entspannt werden können, inklusive regelmäßiger Anpassung ! Dies geht Hand in Hand mit Empfehlungen aus welchen 	
--	--	--

	<p>Ländern eingereist werden kann Falldynamik, Kapazität, Mobilität, Maßnahmen, was noch, ist viel zu viel, abgesehen davon, dass Daten auch nicht verfügbar sind, Kategorien können vorgeschlagen werden, aber Übernahme der Aufgabe nicht realistisch</p> <p>! Reisewarnungen waren bisher immer strikt medizinische Sache des AA, dies scheint sich geändert zu haben</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>Frequenz – Reduktion - Krisenstabsitzung?</p> <p>! Es müssen mittlerweile nicht mehr immer arbeitstäglich Strategieentscheidungen getroffen werden, dies bindet sehr viele Ressourcen</p> <p>! Ist die Sitzung wirklich 5-mal die Woche notwendig, oder kann die Frequenz reduziert werden?</p> <p>! Es wird versucht, sie zunächst nur noch 3-mal pro Woche zu halten</p> <p>! Freitag um 11:00 (statt 13:00) findet das nächste Treffen statt, morgen gibt es keine Krisenstabssitzung</p> <p><i>ToDo: nur noch 3-mal die Woche Krisenstabssitzung, nächste Sitzung Fr</i></p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Stabiler Probeneingang auf niedrigem Niveau, keine positiven Proben, insgesamt wenig respiratorische Erreger nur etwas RSV</p> <p>! RKI-Papier zu Testungen wurde aktualisiert und alle Informationen zu verschiedenen Tests und deren Leistungsfähigkeit wurden nun integriert, Papier auf der Webseite (Stand 18.05.)</p>	FG17 AL1
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Labormeldungen nach IfSG / GA-Anfrage - Labormeldepflicht indirekter Nachweis</p> <p>! Hierzu gibt es stets Anfragen, eben auch wieder in EpiLag: wie soll mit indirektem Nachweis umgegangen werden?</p> <p>! Meldetatbestand ist durch das IfSG definiert, direkter und indirekter Nachweis meldepflichtig, Bewertung durch das Labor unter Berücksichtigung der Anamnese ist auch festgelegt</p> <p>! Aktuell werden im Meldesystem nur PCR-positive Fälle gezählt</p> <p>! Auch auf europäischem Niveau beruht aktuell alles auf PCR, RKI-Daten sollten (relativ) vergleichbar bleiben</p> <p>! Anfragen: wie mit indirekten Befunden umgehen, wann liegt Hinweis auf akute Infektion vor, welche Maßnahmen resultieren daraus?</p> <p>! Bisher wird lediglich PCR-Nachweis genutzt, bei indirektem Nachweis nur Maßnahmen wenn hochsymptomatische Fälle</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Referenzdefinition heißt nicht, dass bei Serokonversion keine Maßnahmen ergriffen werden können ! AG Diagnostik könnte aufschlüsseln, welche Konstellation von Antikörpern bei welchem Test berücksichtigt werden könnte ! Über Maßnahmen muss nach Einzelfallprüfung der Amtsarzt im jeweiligen Setting entscheiden, RKI kann hier keine pauschalen Maßnahmen empfehlen, es bleibt eine Einzelfallentscheidung ! Empfehlung ist immer PCR, aber ggf. kann Serokonversion vorliegen. Serokonversion ist ein guter Parameter, aber es sind mehrere Proben notwendig um eine gewisse Sicherheit zu haben (in wie weit ist Historie/Verlaufskontrolle realistisch), dies stellt GA möglicherweise vor Probleme, schwer umzusetzen ! Antikörpernachweise als Beweis akuter Infektion: isoliert positiver IgM, IgA Nachweis sind nicht genügend, Serokonversion, IgM (bei positiven IgG in separaten Testen) und isoliertes IgG ja ! Einschätzung von PCR positivem Befund sowie schon IgG Nachweis kann persistierendes Virus sein, wird ins Diagnostikpapier aufgenommen sobald Literatur bewertet wurde ! Das neue Diagnostikpapier wird Klarheit bringen: es wird eine zeitliche Einschränkung definiert: bei nicht komplizierten Fällen wird von einer Infektiosität von 8-9d ausgegangen, wenn IgG Antwort kommt ist Infektiosität vorbei ! AG Diagnostik betrachtet morgen die Literatur zur Fragestellung in welchem Verhältnis Laborbefund zur Infektiosität steht ! Diagnostik Papier kommt am Freitag auf Krisenstabs Agenda <p><i>ToDo: LZ soll für Freitag 22.05. das Diagnostik Papier auf die Agenda der Krisenstabssitzung setzen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! In den RKI-FAQ kann ein Satz hinzugefügt werden, dass im Einzelfall ein serologischer Nachweis Anlass für eine Umgebungsuntersuchung sein kann (wenn andere Voraussetzungen hierfür geklärt sind) <p><i>ToDo: Michaela Diercke bereitet Ergänzung zu FAQ vor (Umgebungstestung nach serologischem Nachweis)</i></p>	
12	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Karten 7T Inzidenz >50/>35 (Mirko Faber/Alexander Ullrich) nicht besprochen ! IfSG Änderung verschoben auf Freitag 	FG32/FG35
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG32

<p>14</p>	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>BMG Aufträge</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aufgaben von BMG ans RKI kommen oft zu Grenzzeiten ins LZ (abends, am Wochenende) ! Der Wunsch, dass das BMG am Wochenende keine Aufgaben mehr zuteilt, wurde Herrn Holtherm mitgeteilt, dieser hat auch dem Minister vermittelt, dass es nicht so weiter gehen kann ! Prinzipiell ist das Bewusstsein im BMG da, aber die Umsetzung findet womöglich noch nicht ab sofort statt, BMG benötigt mehr Vorlauf <p>Anpassung LZ-Schichtzeiten und Aktivitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Reduzierung der Aktivitäten und Arbeitszeiten im LZ erwünscht ! Es wurden bereits gewisse Positionen angepasst und verändert ! Vorschläge sind z.B.: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ab Juni sonntags keine RKI-LZ-Besetzung mehr ○ Sa/So auf eine Schicht reduzieren ○ Sonntags kein Lagebericht, oder sonntags ein Bericht für beide Wochenendtage ○ Gar kein Lagebericht am Wochenende ! Lagebericht wird stets mit großer Spannung erwartet, ob hierauf verzichtet werden kann ist unklar ! Schrittweise Reduktion: zunächst eine Schicht am Wochenende ! Konzept hierfür wird erstellt und besprochen (AL3, LZ-Leitung?) ! Dies sollte auch an BMG geschickt werden um zu gucken, ob sie es mittragen können <p><i>ToDo: Konzept zur Reduzierung von Aktivitäten und Arbeitszeiten im LZ</i></p>	<p>FG32/AL3</p>
<p>15</p>	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
<p>16</p>	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Freitag, 22.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	22.05.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1

- Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann

	<p>an mehreren Stellen Ausbruchsversuchen (Paketcenter, Pflegeheimen), die nebeneinander oder nacheinander kamen. Bremen besitzt selber ausgebildete sowie zugewiesene Containment Scouts. Es gibt momentan keine Überlastungsanzeige von Bremen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ R Wert gestern 0,89; heute: R = 0,85 (0,71-1,0) ○ Die Karte mit der 7-Tage-Inzidenz zeigt erstmals, dass keine Kreise über 50/100.000 Ew. liegen; bei der Marke von 30/100.000 Ew. Gibt es 4 Kreise: LK Coburg, LK Lichtenfels, SK Regensburg und LK Sonnenberg. ○ Bei der 5-Tage-Inzidenz haben sowohl der SK Regensburg als auch der LK Coburg über 30/100.000 Ew. ○ Ausbrüche von COVID-19 in fleischverarbeitenden Betrieben (Übermittlung gemäß §42) sind weiterhin ein Problem, fallen in der Übersicht der übermittelten COVID-19-Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen (Folie 26) nicht groß auf. ○ Bislang wurden keine Ausbrüche aus Schulen gemeldet. Die Bild Zeitung hat über einen Ausbruch in einer Kita in Sachsen berichtet. FG32 steht mit der Landesbehörde in Kontakt, welche das Geschehen überprüfen will. <p>! Das BMG benutzt eine Karte zur 7-Tages Inzidenz mit einem Schwellenwert von 35/100.000 Ew., welcher auch in den CDS Dokument genannt wird. Das RKI nutzt andere Werte und hat diese Aufteilung dem BMG bereits mitgeteilt. Das BMG hat allerdings deshalb eigenen Karten, da die Karten des RKI nicht hochauflösend genug sind (nicht machbar mit RKI Programm). Daher erstellt für das BMI das BBK Karten auf Basis der RKI Daten, welche das BMG nutzt. Hier gibt es dann den Grenzwert von 35/100.000 Ew.</p> <p>! Testzahlen: Ca. 425.000 Tests wurden durchgeführt wurden; davon waren 1,7 positiv für SARS-CoV-2. Dies ist ein deutlicher Rücklauf vom positiven Anteil.</p> <p>! AG-Influenza: Die Karte (Folie 38) zeigt dass, es so gut wie keine aktive ARE Aktivitäten gibt. Die Grippeweb Daten zeigen seit der Registrierung die niedrigsten Werten überhaupt. Sie liegen im, Niveau vom Sommer. Auch die AG Influenza zeigt die niedrigsten Werte, die bisher in dem System gemessen wurden. Virusnachweise kommen nur sehr wenige. In de letzten Wochen gab es 50 Proben, 2 RSV Nachweise positiv, was auf nur wenig Viruszirkulation deutet. In ICOSARI ist die Anzahl der SARI-Fälle in allen Altersgruppen stabil. Nach dem Ende der Grippewelle (KW 12/2020) gab es einen außergewöhnlich schneller Rückgang der SARI-Fälle bei Kindern unter 15 Jahre (bundesweite Schulschließungen ab KW 12/2020 in Kraft). Ab der 16. KW 2020 war auch</p>	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>die Gesamtzahl der SARI-Fälle niedriger als in den Vergleichswochen der Vorsaisons. Der Anteil von COVID-19-Patienten (an SARI) liegt seit KW 18/2020 relativ konstant bei 11-12%.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Notaufnahmen: Frau Schranz hat eine neue Auswertung durchgeführt; ein Bericht soll folgen. Nach dem Einbruch der Anzahl der Besuche in Notaufnahmen kommt es langsam wieder zur Normalisierung sowie zur Veränderungen der Gründe der Vorstellungen. Dies betrifft alle Altersgruppen, allerdings in einem unterschiedlichen Ausmaß: bei Hochaltrigen wurde ein weniger starker Einbruch als bei Jüngeren (am stärksten bei Kindern) beobachtet. Insbesondere kam es zu einem Rücklauf von Vorstellungen aufgrund von neurologischen und kardiologischen Problemen, nicht jedoch aufgrund von respiratorischen Erkrankungen. ! Der Zurückgang in der Inanspruchnahme von klinischen Behandlungen entspricht den generellen Empfehlungen, nicht notwendige OPs zu verschieben. Dies ist nicht unbedingt nur der Idee der Bevölkerung geschuldet. Gibt es sowas auch für ambulanten Bereich, in dem es u.a. auch Empfehlung gab bestimmte Vorsorgeuntersuchungen zu verschieben? Für ambulanten Bereich sind momentan keine Daten hierzu vorhanden. Es gäbe die AGI Praxen und sonst die KV, die solche Daten – allerdings erst nach Abschluss des Quartals – hat. Herr Wichmann steht in Kontakt, um Daten schnell zu erhalten. ! Exzessmortalität von DESTAIS: Für ganz Deutschland gibt es keinen Anstieg, sondern eher einen Abfall. Die Daten pro Bundesland gibt es nur in Tabellenform. ! EuroMOMO: Auch hier ist für Deutschland ein Rückgang zu sehen. Bei Frankreich und Spanien ist zu sehen, dass sie in einen negativen Bereich gehen, was ggf. durch die hohe Mortalität in den vorherigen Wochen bedingt ist. Bei den nordischen Ländern fällt weiterhin nur Schweden auf. ! Kapazitäten Monitoring: Die Anzahl an Überlastungsanzeigen ist zurückgegangen. Es gab nur 4 Meldungen, von denen 2 wieder zurückgerufen wurden. ! „Surveillancestrategie“: Man kann sehen, dass sich die Presse und die politische Wahrnehmung oft an bestimmten Begriffen festhält. Das RKI nutze einige Surveillancesysteme, um auf Basis der Daten Empfehlungen zu geben. Surveillancestrategie ist ein Teil der Teststrategie. Es wäre besser von dem Begriff Teststrategie wegzukommen und den Begriff „Surveillancestrategie“ in den Vordergrund zu bringen, um zu zeigen, welche Instrumente bestehen, um Änderungen zu merken. Von ZIG wurden bereits verschiedene Szenarien entwickelt, die genau den Bereich auch berücksichtigen sollen. 	
--	--	--

	<p>! ARS: Die Anzahl der Tage zwischen Entnahme und Testung ist niedrig, was das schnelle Abarbeiten der Proben in den Laboren zeigt. Der Anteil der positiven Tests nimmt ab. Über die Zeit betrachtet gibt es zwei Peaks nach oben: Der erste Peak spiegelt einen Ausbruch in einem Flüchtlingswohnheim in St. Augustin wieder. Interessant ist dabei, dass trotz hoher Testung nur wenige Kinder positiv getestet wurden. Der 2. Ausschlag kommt vermutlich durch einen Ausbruch bei Osnabrück und dem allgemeinen Testverzug. <i>Die Situation in</i> Bremen ist fast gar nicht in den ARS Daten erkennbar. Weiterhin wurde beobachtet dass im Bereich der über 80-Jährige die Testungen angestiegen sind, was gut ist - gerade vor dem Hintergrund, dass immer noch oft Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen auftauchen.</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! ZIG arbeitet weiter mit verschiedenen Ländern zusammen u.a. gab es einen ersten Austausch mit Südafrika. Über die WHO Euro kam darüber hinaus eine Anfrage für EMTs in Tadschikistan, dem das RKI nachkommen will. Im Rahmen von SEEG (zusammen mit GIZ und BNI) haben sich Anfragen verstärkt u.a. für Togo, wo ZIG4 Interesse geäußert hat. ZIG war stark mit der Frage beschäftigt, wie mit der Aufhebung von Reisebeschränkung umgegangen werden soll. Es gab z.B. eine Anfrage des ägyptischen Botschafters, der erzählte, dass Ägypten einzelne Ressorts speziell nur für deutsche Touristen öffnen möchte. Wann und wo Reisewarnungen aufgehoben werden, ist allerdings eine politische Entscheidung.</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
4	<p>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</p> <p>! <i>Studienergebnisse – nicht besprochen</i></p>	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Risikobewertung: Zur Überarbeitung des Textes der Risikobewertung gab es viele Rückmeldungen. Wichtig ist es, die Risikobewertung klar zu kommunizieren. Es muss hervorgehoben werden, dass es sich um eine allgemeine Einschätzung handelt und das individuelle Risiko variieren kann. Das RKI kann aber nicht individuelles Verhalten bewerten, sondern nur Faktoren nennen, die einen Einfluss haben. Im Public Health Bereich wird dabei zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden. Verhältnisse sind z.B. regional, aber auch die Unterbringung in z.B. Alten- und Pflegeheimen. Da viele Aspekte des eigenen Verhaltens systemisch bedingt ist, müssen sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisaspekte berücksichtigt werden. Ein Zusammenspiel von beiden bestimmt das Risiko. Frau Hanefeld wird eine Formulierung hierfür finden.</p> <p>! Ein Herunterstufen der aktuellen Risikobewertung (Risiko hoch; für Risikogruppen sehr hoch) auf moderat wäre sehr</p>	Alle



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>deeskalierend. Die Risikobewertung ist auch von vielen Parametern abhängig, von denen die Auswirkungen noch nicht bekannt sind (z.B. Schulöffnungen, Reiseverkehr). Eine Änderung der Risikobewertung ist daher momentan noch schwer. Es gibt nach wie vor das Virus im Land. Eine niedrigere Risikobewertung kann auch fehlinterpretiert werden.</p> <p>! Wie bisher auch, sollten in der Risikobewertung die 3 Grundprinzipien (Übertragbarkeit, Ressourcen, Schwere) betrachtet werden. Diese sind zunehmend von Bedeutung.</p> <p>! Fazit: Die Risikobewertung soll zunächst unverändert bleiben (hoch und sehr hoch für Risikogruppen.). Wenn sich die Situation verschlechtert, kann man die Bewertung immer noch auch „sehr hoch“ hochstufen.</p> <p><i>ToDo: Das Lagezentrum fügt die Rückmeldungen zur Risikobewertung, die die Mitglieder des Krisenstabs zurücksenden, in ein gemeinsames Dokument ein. Dieses wird in der Sitzung Montag besprochen.</i></p> <p>! Definition „Community transmission“ / level of transmission at subnational level (E-Mail Hr. Haas 21.5. 22:41 und Verlauf) – <i>nicht besprochen</i></p>	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Risikobewertung: Die Lockerungen der Maßnahmen führen in der Öffentlichkeit zu einem Laissez-faire Verhalten. Die BZgA schaut, welche Filme etc. sich eigenen, um noch einmal auf Wichtigkeit der A-H-A Regeln und Masken hinzuweisen. Es soll betont werden, dass dies weiterhin sinnvoll ist.</p> <p>! Die BZgA erhält Bürgeranfragen auf unterschiedlichen Kanälen: Die Anzahl der Anfragen zu Corona sind rückläufig, aber die Brisanz und Schwere dieser Anrufe nehmen zu. Die BZgA macht sowohl Fachberatung als auch Krisenintervention und hat die Chance auf regionale Beratungsstellen zu verweisen. Denn eine Kommunikation via Telefon oder elektronischen Medien kann nicht das auffangen, was in face-2-face Gesprächen aufgefangen wird. Themen sind bei Alleinerziehende die multiplen Belastungen und bei Ältere die Isolation, Lethargie und Suizidgedanken. Darüber hinaus sind laufende Therapien, die durch Corona abgebrochen wurden sowie Suchtproblematiken und Depressionen Themen. Nicht COVID-19 Themen wie z.B. Essstörungen, Depressionen, Glücksspiel, Suchtprobleme nehmen auch wieder zu.</p> <p>Presse</p> <p>! Die Links unter dem Punkt „Reiseverkehr“ auf der RKI Internetseite wurden überprüft. Sie sind alle aktuell; ggf. müssen die Handzettel aktualisiert/ausgetauscht werden. U. Rexroth hatte bereits hierzu schon Kontakt mit dem BMG aufgenommen; eine Klärung steht noch aus. Die Lage ist noch undurchsichtig, da</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse, FG34, FG32</p>

	<p>manche Bundesländer schon ihre Quarantäneregelungen geändert haben.</p> <p>! „Open Data Apell“: Eine Gruppe von Journalisten fordert einen Zugang zu den Daten des RKI. Es war nicht beabsichtigt, dass diese Forderung als ein offener Brief an die Presse geht. Das RKI steht im Austausch mit der Gruppe von Journalisten.</p> <p>! Medienpräsenz der SeBluCo-Studie (Blutspender-Seroprävalenzstudie): Letzten Dienstag war der Start der Hotspot Studien in Kupferzell. Der Landkreis hat dies prominent verkündet. Von RKI Seite gab es keine Pressemitteilung, da der Start von Studien vom RKI aus nicht so stark nach außen kommuniziert wird. Es wäre aber ggf. gut, wenn die Pressekommunikation nicht durch externe Projektpartner stattfindet, sondern durch das RKI. Die Pressestelle hält es aber strategisch nicht für sinnvoll, aktiv zu kommunizieren. Im Rahmen des möglichen hat RKI die Pressearbeit des Landkreises unterstützt. So war z.B. T Lampert bei einer Pressekonferenz anwesend. Nach wie vor sind die nötigen Verträge auch nicht unterzeichnet. Es wurden darüber hinaus die 3 großen Studien verkündet, sodass eine 2. Verkündigung nicht nötig ist. Ggf. führt dies nur zu weiteren Anfragen, die die Kapazitäten der Pressestelle binden würden. Es ist besser, dass die Ergebnisse etc. zu verkünden.</p> <p>! DESTATIS hat angefragt, ob es eine gemeinsame Pressemitteilung bzgl. der Auswertungen zur Exzessmortalität geben sollte. Die RKI-Pressestelle erachtet es aber als sinnvoller, dass DESTATIS dies alleine macht und das RKI gerne die Daten liefert.</p> <p>! U. Rexroth hat kommenden Montag ein Gespräch mit C. Drosten, um über den RKI-Lagebericht zu reden. Er möchte gerne über den Lagebericht in seinem Podcast sprechen.</p>	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a. Allgemein</p> <p>! Quarantäne- und Einreisebestimmungen der Bundesländer mit Verweis auf Einschätzungen des RKI (EU und außerhalb EU) (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es muss unterschieden werden zwischen EU- und Drittstaaten, welche Staaten außerhalb der EU bezeichnen, und dabei sowohl die Quarantäne- als auch die Einreisebestimmungen betrachtet werden. Fragen die aufkommen werden, sind für welche Länder können Reisewarnung aufgehoben werden und in welchem Umfang. ○ Bisher gab es nur eine mündliche Aufforderung durch Herrn Holterm an das RKI bestimmte Parameter zur Beurteilung der Länder zu definieren; ein schriftlicher Auftrag soll folgen. ○ In einer Mitteilung der Europäischen Kommission vom 13.05.2020 wurde über Kriterien und Grundsätze eines koordinierten Vorgehens zur Aufhebung der Freizügigkeitsbeschränkungen und der Kontrollen an den Binnengrenzen gesprochen. Demnach sollen die 	ZIG1, alle



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Reisebeschränkungen sollen nach einem gemeinsamen europäischen Fahrplan zunächst die Kontrollen an den Binnengrenzen schrittweise und koordiniert abgebaut werden, bevor in einem zweiten Schritt die Beschränkungen an den Außengrenzen gelockert werden können. Das Verfahren soll harmonisiert sein, es gibt aber noch keine Vorgaben für das Vorgehen. Manche Länder haben bereits eigene Vorgaben. Frankreich und die UK bspw. fordern Quarantäne für alle Reisenden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das ECDC erstellt in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten eine Karte des Grades der Übertragung von COVID-19, auch auf subnationaler Ebene (NUTS3-Ebene). Es ist noch fraglich, ob diese Karte jemals erstellt bzw. regelmäßig aktualisiert wird. ○ Am 17. März 2020 kamen die Mitgliedstaaten einer Empfehlung der Kommission nach und vereinbarten ein koordiniertes Vorgehen an den Außengrenzen, um nicht unbedingt notwendige Reisen in die EU vorerst für 30 Tage zu beschränken. Dieser Zeitraum wurde bis zum 15. Juni 2020 verlängert. Reisen von Drittstaatsangehörigen zu touristischen Zwecken sind grundsätzlich nicht mehr gestattet dies gilt entsprechend auch für touristische Reisen von EU-Bürgern in Drittstaaten. Ziel ist es, den Zustrom von Reisenden in die Europäische Union zu begrenzen und damit die Ausbreitung des Coronavirus einzudämmen. ○ Das BMI verkündet, dass Bund und Länder beschlossen haben, dass für alle Personen, die aus einem sogenannten Drittstaat in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, grundsätzlich eine verbindliche zweiwöchige Quarantäne angeordnet wird. Dies wurde während einer CdS Schalte bestätigt. Ebenso, dass diese bis zum 15. Juni 2020 verlängert werden. Die Quarantäneregelungen gelten allerdings nicht, sofern aufgrund belastbarer medizinischer Erkenntnisse eine andere epidemiologische Einschätzung getroffen wurde. Sowohl das BMI als auch Bayern und NRW halten fest, dass die Quarantänepflicht nicht gilt, wenn für einen Drittstaat festgestellt wurde, dass das dortige Infektionsgeschehen auf niedrigem Niveau ist. Eine entsprechende Feststellung soll nach Aussage des BMI, Bayern und NRW durch das Robert Koch-Institut auf dessen Internetseite veröffentlicht werden. Solche Ausnahmen sollten aber von den Bundesländern und nicht dem RKI geklärt werden. ○ Nach dem 15.06. ist eine gemeinsame Regelung/Absprache auf EU-Ebene sinnvoll. Möglichkeiten wären Kriterien wie eine 7-Tage-Inzidenz von 50/100.000 Ew. oder die Kriterien der WHO (z.B. community transmission), um dies zur Bewertung von anderen Ländern zu nutzen. Wenn man die 50/100.000 	
--	--	--

Ew. Marke nehmen würden, wären nur 3 Länder (Chile, Saudi-Arabien und Russland) betroffen; selbst größere Geschehen wie in Brasilien würden hier aufgrund der hohen Einwohnerzahl nicht auftauchen. Demnach sagt die Landesinzidenz relativ wenig auf. Wenn Daten von anderen Ländern verfügbar sind, dann selten auch auf subnationaler Lage. Das RKI wird aber gezwungen sein, einen Wert zu definieren.

- Für aus Deutschland ausreisende Personen ist dies die Aufgabe des AA, aber diese kommen ggf. als Einreisende zurück und dann liegt die Aufgabe beim RKI.
- Für das RKI bleibt die Frage, was für Auswirkungen die erneute Reisetätigkeit auf die Situation in Deutschland hat (z.B. mehr Fälle/Ausbruchsgeschehen)
- Wegen Auslandseinsätzen befasst sich die Bundeswehr bereits seit 3 Monaten mit der Frage, wie man Länder bewerten kann und hat hierzu Analysen für über 180 Länder durchgeführt. Hierzu wurden Algorithmen entwickelt, die die Bundeswehr gerne mit dem RKI teilt. Es wäre sinnvoll eine Bewertung ressortübergreifend zu machen.
- Die Fluggesellschaften etc. brauchen irgend einen Anhaltspunkt. Selbst wenn es nur ungenauer grober Wert ist. Man könnte ggf. noch ein neues Level einfügen wie z.B. „ab einer 7-Tages Inzidenz von über 25/100.000 EW müssen sich Reisende noch mal gesondert informieren“. Es sollte aber eine möglichst einfache Lösung sein. Karten, die die 7-Tage-Inzidenz zeigen, können automatisiert erstellt werden.
- Die Bewertung von Reiseländern ist eigentlich Aufgabe des AA. Die Aufgabe des RKI ist es Indikatoren zu erstellen, die das AA dann mit Leben füllt. Bei dem Vorschlag der Indikatoren muss allerdings Vorsicht geboten werden, Denn wenn das RKI eine Vielzahl von Indikatoren vorschlägt, wird das AA ggf. nicht die Daten einholen, sondern die Aufgabe zurück an das RKI geben.
- Das Problem ist nur, dass das BMI, Bayern und NRW auf die Internetseite des RKI verweisen. Das Lagezentrum erhielt schon hierzu Anfragen. Auch wenn es sich nur noch um 3 Wochen (bis zum 15.06.) handelt, ist es doch ein erheblicher Aufwand. Das RKI kann eine weltweite Karte mit den gleichen Kriterien, die bereits für die Europakarte genutzt werden (mit Grenzen von 25-50, 50-100 und über 100/100.000 Ew). Die Bundesländer können sich diese anschauen und selber beurteilen.

ToDo: INIG erstellt für die RKI-Internetseite eine solche weltweite Karte.

ToDo: Parallel soll das BMG angefragt werden, was die Aussagen vom BMI, Bayern und NRW bedeuten. Das RKI war bei den Koordinierungssitzungen nicht anwesend. Frage, ob sich daraus ein Auftrag an das RKI ergibt. Das RKI nimmt keine Aufträge vom BMI,



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><i>sondern nur über die entsprechende Fachaufsichtsbehörde, d.h. BMG an.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wiedenzulassung von erkrankten Schüler*innen – nicht besprochen ! Verkürzung der Quarantänezeit – nicht besprochen ! Empfehlungen zu Treffen nach Lockerungen (wie viele Personen und Einheiten (z.B. 1 Haushalt) können sich treffen, welche Gruppengröße ist akzeptabel, ...) – nicht besprochen <p>b. RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Umgang mit inhaltlichen Eingriffen durch die Politik – nicht besprochen ! Rolle von und Austausch mit RKI-Liaison im BMG - nicht besprochen ! Kommunikationswege RKI-BMG - nicht besprochen ! Update ÖGD-Kontaktstelle - nicht besprochen 	
8	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kontaktpersonenmanagement - <i>nicht besprochen</i> ! Kontaktpersonenmanagement (Kat III) ! Kontaktpersonenmanagement med. Personal (Anpassung zur Testung) ! Entwurf einer Publikation des ECDC zur 30-Tages-Projektion zum Verlauf und zu der Effektivität der Maßnahmen - <i>nicht besprochen</i> 	
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Stand der Diagnostik - <i>nicht besprochen</i> ! <i>Nachtrag von ZBS1:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Am Montag hat die HCW-Studie angefangen; von Montag bis Mittwoch hat ZBS1 387 Proben erhalten, die per PCR und serologisch untersucht wurden. In der PCR war eine Probe positiv, in der Serologie 15. ○ Am Donnerstag sind die ersten 72 Proben der Corona-Monitoring Studie aus Kupferzell bei ZBS1 eingegangen, diese waren alle PCR negativ. ○ Anzuchtversuche: ZBS1 hat knapp 175 Proben mit verschiedenen Ct-Werten analysiert und dabei festgestellt, dass in dem verwendeten System Proben, die einen Ct Wert größer 32 aufweisen NICHT in der Zellkultur wachsen, bei Ct>30 wachsen 98% nicht, bei Ct>29 96% nicht. ZBS1 weist ausdrücklich darauf hin, dass dies für das am RKI genutzte System gilt und nicht 1 zu 1 pauschal auf andere Systeme übertragbar ist. ! Anpassung der Testung med. Personal sowie bei Personalmangel in Alten- und Pflegeheimen - <i>nicht besprochen</i> 	ZBS1

10	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Nicht besprochen	
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen	
12	Surveillance ! IfSG-Änderung: negative Test - <i>nicht besprochen</i>	
13	Transport und Grenzübergangsstellen ! Einreisebestimmungen (siehe Top 2: Internationales)	
14	Information aus dem Lagezentrum ! Ab Montag Austausch mit BMG-Liaison - <i>nicht besprochen</i>	
15	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag, 25.05.2020, 13:00 Uhr , via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	25.05.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Sebastian Voigt
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel

- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! BMG-Liaison
 - Iris Andernach
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 178.570 (+289), davon 8.257 (4,6%) Todesfälle (+10), Inzidenz 215/100.000 Ew., ca. 161.200 Genesene ○ Durch den Brückentag und damit das lange Wochenende kann es sein, dass noch mehr Fälle nachgemeldet werden. In Niedersachsen gab es Probleme mit der Übermittlung von Fällen. In Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Brandenburg taten tatsächlich keine neuen Fälle auf. ○ In Frankfurt a.M. wurden schon in den letzten 7 Tagen hohe Fallzahlen gemeldet. Es muss geschaut werden, welche der übermittelten Fälle zu den Ausbruch beim Gottesdienstes einer Baptistengemeinde gehören. ○ Der überwiegende Anteil der Fälle ist genesen. Die Zahl der Verstorbenen ist ebenfalls rückläufig. Es muss noch geschaut werden, wie die Daten hierzu bereitgestellt werden; es gab bereits Anfragen von Journalisten. ○ R=0,94 (von gestern, Wert für heute liegt noch nicht vor) ○ 2 Ausbrüche wurden neu berichtet <ul style="list-style-type: none"> ▪ LK Leer: mehrere Infektionen nach Restaurantbesuch. Es war eine geschlossene Gesellschaft (private Feier anlässlich Wiedereröffnung) und kann daher nicht gleichgesetzt werden mit normalem Restaurantbetrieb. Nach Ermittlungen des Gesundheitsamts gab es Hinweise, dass Kontaktbeschränkungen nicht eingehalten wurden. Diesen Hinweisen wird derzeit weiter nachgegangen. Das RKI wartet auf weitere Infos ▪ Frankfurt a.M.: Es gab in den letzten Tagen schon hohe Fallzahlen, aber aufgrund der hohen Bevölkerungszahl keinen Alarm bei dem Ausbruch im Rahmen eines Gottesdienstes beim RKI. Das Geschehen wird weiter beobachtet. Frankfurt hat das größte Gesundheitsamt. Bislang wurde 	FG32, alle

	<p>keine Unterstützung durch das RKI angefordert. Es sind bislang 3 Kreise betroffen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 7-Tage Inzidenz: Es gibt einen Kreis (SK Regensburg) mit einem Wert von über 50/100.000 Ew. Es wurden 110 Fälle in den letzten 7 Tagen gemeldet. Im SK Regensburg gibt es ein Ausbruchgeschehen in einer Asylunterkunft. Hier wurde ein Aufnahmestopp verhängt. ○ Bei der 5-Tage-Inzidenz gibt es neben dem SK Regensburg mit einer Inzidenz über 50/100.000 Ew., einen Landkreis (Lichtenfels) mit einer Inzidenz von über 25/100.000 Ew. ○ Die Alters-/Geschlechterverteilung ist unverändert. ○ Settings: Hier gibt es inzwischen 2.281 Fälle, die gemäß §42 gemeldet wurden. Hierzu zählen u.a. Schlachthöfe, wo Screeningmaßnahmen durchgeführt werden. ○ DIVI Register: Es gibt weiterhin eine Abnahme von intensiv betreuten COVID-19-Patienten auf unter 900, davon sind allerdings 63% beatmet. ○ Überlastungsanzeigen: letzte Woche gab es 4 Überlastungsanzeigen. Thüringen hat für alle Kreise Überlastungsanzeigen zurück genommen; der Grund hierfür ist noch nicht geklärt. Im LK Sonneberg gab es Ausbrüche in Altersheimen etc. und es ist kein Amtsarzt eingestellt. Es gibt keine offizielle Überlastungsanzeige von Sonneberg. Es gab ein Amtshilfeersuchen an die Bundeswehr; diese kann auch keinen Amtsarzt stellen. In Absprache mit FG37 und der Bundeswehr wird dem Landkreis vorgeschlagen, dass am Donnerstag Kollegen vom RKI und der Bundeswehr nach Sonneberg fahren, um eine erste Einschätzung vorzunehmen. Während eine Kollegin der Bundeswehr dann immer mal wieder vor Ort unterstützen kann, kann FG37 per Telefon Unterstützung leisten. ○ Amtshilfeersuchen: FG37 unterstützt im Rahmen der Ausbruchunterstützung das Gesundheitsamt bei einem Geschehen in Berlin-Marzahn. Serologische und PCR Untersuchung laufen. Insgesamt wurden bereits 387 Proben untersucht. Davon sind neben einer bereits angekündigten positiven Probe von einem hospitalisierten Patienten, 13 weitere Proben in der Serologie positiv und 1 grenzwertig gewesen. ○ Das BMG nutzt momentan eine Karte von 35/100.000 Ew. Es soll dem BMG vorgeschlagen werden eine Karte mit einer Inzidenz von 25/100.000 zu nutzen, sodass das RKI nicht 2 Karten erstellen muss. Die Karten werden 	
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>automatisiert erstellt; die Zusatzinformationen aus Landkreisen, die tabellarisch dargestellt werden, müssen zusätzlich erfragt werden. Bei einer niedrigeren Grenze werden in der Tabelle mehr Kreise auftauchen, bei denen das RKI nachfragen muss. Dies bietet aber auch die Möglichkeit, interessante Geschehen zu entdecken. Ggf. ist der Lagebericht dann auch nicht mehr nötig. Weitere wichtige Daten sind im Dashboard abrufbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt einige wenige Landkreise (15 Stück) mit über 500.000 Ew plus 4 weitere mit über eine 1 Millionen Ew. Für diese ist eine solche Grenze nicht gut. Aufgrund der hohen Anzahl von Einwohnern gibt es hier keine Signale. <p><i>ToDo: O. Hamouda schlägt dem BMG vor, statt einer Karte, die die Inzidenz 35/100.000 Ew. ausweist, eine Karte mit einer Inzidenz von 25/100.00 Ew. Zu nutzen und die Informationen in den Lagebericht zu integrieren und dass dadurch ggf. auch auf den zusätzlichen täglichen Bericht an das BMG verzichtet werden kann.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gemeldete Ausbrüche als Signal: Es ist ein politischer Wunsch von BMG über Pressegeschehen und Ausbrüche informiert zu sein. Es wird vom RKI bereits Pressescreening durchgeführt und bei Meldungen bei der zuständigen Landesbehörde nachgefragt. Letzte Woche wurde von einem Ausbruch in einer Kita berichtet, es stellte sich aber bei Nachfrage bei der Landesbehörde heraus, dass es sich nur um 1 Fall handelte. Die Frage ist, wie man eine Schwelle der zu berichtenden Ausbrüche festlegt, sodass Landesbehörden nicht unnötig belästigt werden. Auch aus Bayern kam die Rückmeldung, dass doch nur ab einer Inzidenz von über 50/100.000 dem RKI Geschehen gemeldet werden soll. Das RKI muss expliziter und erneut auch in der AGI TK und bei der EpiLag sagen, dass alle Ausbrüche berichtet werden sollen. ! Im Rahmen des Ausbruchs in Frankfurt a.M. äußerte der Leiter des Gesundheitsamts, dass er aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht keine weiteren Informationen der Presse mitteilen kann. Frage, in wie weit dies eine neue Option ist, wenn keine Information vorhanden sind oder man sich nicht äußern möchte. Es hat bislang keiner mit dem Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes dazu gesprochen und dem Krisenstab ist dies nicht bekannt. ! Im Kontext von DIVI gab es die Frage der BZgA, ob es einen Überblick über pädiatrische Intensivbetten gibt. Dies ist auch wichtig, für die Begleitung solcher Patienten und auch vor dem Hintergrund, dass es auch schwere Fälle bei pädiatrischen Patienten geben könnte. Eine Abfrage hierzu ist in Vorbereitung. 	
--	---	--

2	Internationales (nur freitags) ! <i>Nichts besprochen</i>	ZIG
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Tracing App: Am Wochenende gab es einen Workshop, der sich u.a. damit beschäftigt hat, wie zukünftig kommunikativ stärker vorgegangen werden kann. Es wird an dem ursprünglichen Termin (zwischen dem 10. und 15.06.) für den Start der App festgehalten. Momentan gibt es immer mehr Unterlagen, die das RKI bewerten und freigeben soll. Darüber hinaus gibt es zwischen SAP und der Telekom Diskussion um die Funktionalitäten. Zunehmend gibt es auch kritische Fragen z.B. nach dem Nutzen der App. Das RKI hat daher kleine Berechnungen gestartet (z.B. wie hoch muss die Abdeckung sein, um den erwünschten Effekt zu erhalten). Heute gibt es ein Treffen mit dem Projektmanagementoffice von Telekom und SAP, an dem u.a. der VPräs teilnimmt. Außerdem gibt es weiterhin einen Austausch mit Datenschutz u.ä., um bspw. zu klären, ob eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden muss oder eine Einwilligungserklärung alles abfangen kann. Die Einbindung von Gesundheitsämtern ist aus RKI Sicht noch nicht zufriedenstellend gelöst. Die Aufgabe der Einbindung liegt immer noch beim Bundeskanzleramt. Aktuell ist vorgesehen, dass sich die Person, die eine Warnung per App erhält, eigenständig beim Gesundheitsamt meldet und diesem aller relevanten Informationen (z.B. zum Kontaktzustand) mitteilt. ! Datenspende App: Anfang letzter Woche wurden alle Unterlagen von der Fachöffentlichkeit (z.B. Chaos Computer Club) abgesendet. Momentan werden Updates in den Google Play Store eingebracht. Außerdem findet ein Austausch mit einer Schweizer Uniklinik statt, um zu prüfen, in wie weit das RKI mit denen für Experimente zusammenarbeiten kann, um die Aussagekraft des Produkts zu verbessern (bspw. wie stark lässt sich eine Coronainfektion über das Fiberthermometer der App abbilden). ! CoVApp (Chat Roboter): M. ist für die App zuständig. Es gibt weiterhin offenen Fragen zum Datenschutz; Medizinproduktrecht etc. und noch keine Klarheit im Prozess. Warten auf Ok. Die Frage, ob das auf der RKI-Internetseite direkt eingebunden werden soll oder kann, ist auch noch offen. Wenn es in die Differenzialdiagnose geht, geht es um individuell medizinischer Beratung. Hier muss klar sein, dass das der Chatbot nicht mehr leisten kann.	FG21
4	Neue wissenschaftliche Erkenntnisse ! SARS-CoV-2-reactive T cells in COVID-19 patients and healthy donors – <i>nicht besprochen</i>	
5	Aktuelle Risikobewertung ! Risikobewertung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gab aus dem Krisenstab viele Rückmeldungen, die U. Rexroth eingearbeitet hat. Es gab noch Anmerkungen zu den Begriffen der „Übertragbarkeit der Infektion“ als Bewertungsparameter und dem „Schwereprofil“. Klinisch 	Alle



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>kritischer Krankheitsverlauf sind nicht definiert (z.B. mit Hospitalisierung einhergehend). Auch wurde der Wechsel der Begriffe Risikobewertung und Risikoeinschätzung angemerkt. Der Text wird bestimmt von der Öffentlichkeit kritisch gelesen und daher ist eine einheitliche Wortwahl wichtig.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Risikobewertung beruht auf der Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan. Im Nationalen Pandemieplan und den COVID-19 spezifischen Ergänzungen werden allerdings auch unterschiedliche Begrifflichkeiten gewählt. Die Begriffe der Risikobewertung sollen kongruent zu den Begrifflichkeiten, die in der Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan genutzt werden, sein. Diese Ergänzung wurde im Krisenstab abgesprochen und die Begrifflichkeiten sind verständlicher als die im Nationalen Pandemieplan. Durch eine einheitliche Wortwahl in der Risikobewertung bleibt erkennbar, dass es keine neue Bewertungsstrategie ist. ○ In Risikobewertung geht nicht ein, dass z.B. asymptomatische Personen übertragen. In der Risikobewertung muss sowas differenzierter beschrieben werden. Eine weitere Ausführung, um das Potential des Virus bei Übertragbarkeit und Schwere der Erkrankungen (auch Ressource) zu differenzieren, soll in einer späteren Fassung ergänzt werden. <p><i>ToDo: Leitung LZ (Rexroth) passt die Begrifflichkeiten an.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Öffnung von Kitas/Schulen, Stellungnahme DGKH, DGPI, DVKJ, et al. (siehe E-Mail, Hr. Wieler, So 24.05.2020 19:39 bzw. Ordner „Hochladen“) – <i>wird gelesen und bei Bedarf in einer der nächsten Krisenstabssitzungen diskutiert.</i> ! Definition „Community transmission“ / level of transmission at subnational level: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei einer Abfrage des ECDC hat Deutschland angegeben, dass auf sub-natioanler Ebene „Community Transmission“ herrscht. Zur Auswahl gab die Einstufungen Community Transmission, Cluster und sporadische Übertragungen. Die meisten Länder haben ebenfalls die Einstufung „Community Transmission“ angegeben. Länder wie z.B. Tschechien, Norwegen, Griechenland haben „Cluster“ angegeben. ○ Es war ein politischer Wunsch, dass dem ECDC etwas mitgeteilt wird. Für Reisende ist aber eine individuelle Risikoeinschätzung nötig, da dies u.a. davon abhängt, was die Personen vor Ort machen. Wenn man für Fluggesellschaften, Politik einen Wert braucht, dann sollte der Wert großzügiger sein, damit die Politik nicht schnell wieder Maßnahmen ergreift. ○ Auf Nachfrage des RKI beim ECDC hieß es, dass unter 	
--	--	--

	<p>Community Transmission eine große Anzahl nicht zusammenhängender Ausbruchsgeschehen, viele in der virologischen Surveillance gefundene Fälle oder eine große Anzahl unbekannter Infektionsquelle. Die Frage ist nur, was unter „viel/große Anzahl“ verstanden wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In Deutschland gibt es allerdings schon 96 Kreise, die gar keine Fälle gemeldet haben, und 206 Kreise mit einer 7-Tage-Inzidenz von <5/100.000. Das sind 75% der Kreise. Ansonsten gibt es örtliche Ausbruchsgeschehen, was man nicht mehr als Community Transmission bezeichnen würde. Die Einstufung erfolgt auf Bundesland-, nicht Kreisebene. ○ Um eine Einstufung zu ändern, muss geklärt werden, wie viele der Fälle auf Ausbruchsgeschehen zurückzuführen sind. Wenn die Mehrzahl Cluster/bekanntes Infektionsketten sind, kann man die Einstufung ändern. Momentan gibt es in Deutschland noch beides (Community Transmission und Cluster). Durch asymptomatische Träger ist es schwer von Clustern zu sprechen. ○ Ab dieser Woche, stehen mit dem neuen Server der Cube wieder zur Verfügung, um Ausbrüche abzufragen. Eine letzte, krude Abfrage ergab, dass 75% der Fälle Ausbrüchen zugeordnet werden können. Oft ist bei Fällen nicht sicher bekannt, wo die Infektionsquelle war, die Daten sind unvollständig oder werden noch nachgetragen. Nur weil ein Fall bei SurvNet eine Ausbruchskennung hat, heißt das nicht, dass es sich um einen Ausbruch handelt (z.B. wenn unter einem Ausbruch nur ein Fall und ansonsten nur weitere Kontaktpersonen angelegt sind). Im Meldesystem wird auch nicht, unterschieden ob es sich um den Indexfall oder einen Sekundärfall handelt. <p><i>ToDo: FG32 (M. Dierke) klärt mit Hilfe des Cubes bis Ende der Woche klären, wie viel % der Fällen auf Ausbrüchen zurückzuführen sind.</i></p>	
<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Es gab Kritik von Vertretern des ÖPNV bzgl. der allgemeinen Empfehlung den ÖPNV nicht zu nutzen und auf andere Transportmittel auszuweichen. Mit zunehmender Lockerung, hat der ÖPNV natürlich mehr Interesse, dass ihre Transportmittel genutzt werden. Aber mit Reduktion von Fahrten, wird es auch schwieriger, den Abstand einzuhalten. Es gab einen Austausch mit der BZgA und die Vertreter des ÖPNV haben der BZgA Formulierungen von Dokumenten aus ihrem eigenen Arbeitsschutzkonzept zukommen lassen, die die BZgA in ihre Dokumente einarbeiten will.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse, BMG-Liaison, FG32</p>



	<p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Da die Länderregelung einiger Bundesländer auf das RKI verweisen, gab es viele Anfragen in Hinblick auf dem Umgang mit Reiserückkehren aus nicht EU-Ländern. Das BMG wurde hierauf bereits angesprochen, aber es gab noch keinen offiziellen Auftrag an das RKI. Bislang gibt es nur für Europa die Karte mit einer Inzidenz von 50/100.000 Ew. ! Auf der RKI-Internetseite wird die Tabelle mit den nationalen Fallzahlen um Zahlen zur 7-Tage-Inzidenz und den Fallzahlen der letzten 7 Tage erweitert. ! AKNZ Webinare für Krankenhäuser – gibt es Wünsche/Vorschläge des RKI (Frage IBBS) – <i>nicht besprochen</i> ! Bericht BMG-Liaison: <ul style="list-style-type: none"> ! <u>Kontaktbeschränkungen</u>: Im BMG wurde die Maßzahl 25 oder 35/100.000 diskutiert. Die fachliche Einschätzung des RKI wurde mitgeteilt; es wurde noch nichts entschieden – auch vor den Hintergrund, dass die Auswirkungen der Lockerungen in Thüringen sowie die Ergebnisse der gerade stattfindenden Cds-Schalte abgewartet werden sollen. ! <u>Stärkung ÖGD</u>: Für das Provisorium der ÖGD Kontaktstelle wird gerade eine Liste im RKI erstellt, die dem BMG voraussichtlich heute geschickt wird. Das BMG erstellt für die Bundeskanzlerin in einem Papier, in dem alle Maßnahmen, die gerade im ÖGD laufen und etabliert werden sollen, zusammengefasst werden. Es besteht der Wunsch der längerfristigen personellen und technischen Unterstützung. Die Bundeskanzlerin steht auch in Kontakt mit Frau Teichert (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen), um über Themen wie z.B. Digitalisierung, Ausbildung und Schnittstellen (z.B. zu DEMIS) berichten. Die Frage, ob das RKI direkt mit den Kommunen kommunizieren darf ist noch offen. I. Andernach gibt dies noch mal BMG-intern weiter. Die Rückmeldung der Länder war unterschiedlich. Solange das RKI nicht die offizielle Erlaubnis bekommt, die Gesundheitsämter direkt zu kontaktieren, wird dies auch nicht gemacht. Dieser Punkt kann auch in dem BMG-Dokument für die Kanzlerin berücksichtigt werden. ! <u>Aerosolübertragung</u>: Die Frage nach der Aerosolübertragung von SARS-CoV-2 in Räumen und im Zusammenhang mit Ventilatoren wird zeitnah im RKI eingehen. Bei Tuberkulose ist ein Luftaustausch wichtig, 	
--	---	--

	<p>Zu COVID-19 gibt es bislang keine Erfahrungen; es kann ggf. auch einen ungünstigen Effekt haben und auch zur Verteilung beitragen. Ventilatoren haben z.B. bei einem Ausbruch in den USA eine Rolle gespielt. Es ist dabei wichtig verschiedenen Settings zu betrachten (Klinik vs. Privater Raum)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! <u>Koordination europäischen Tourismus</u>: Das AA möchte von ECDC Parameter hierfür benannt haben. Das RKI soll für ein Arbeitstreffen mit dem BMG eingeladen werden. ZIG begrüßt, wenn sie aktiv bei der Diskussion miteingebunden werden können. ! Es gab die Frage, ob es noch Rückmeldungen aus dem BMG zum „Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“. I. Andernach ist nichts bekannt; sie fragt noch mal bei Herrn Sangs nach. ! <u>Stand Demis</u>: Es sind noch einige datenschutzrechtliche Aspekte in Klärung. Aufgrund der limitierten Kapazitäten wurde eine externe Anwaltskanzlei damit beauftragt. Inhaltlich-fachlich läuft das Projekt gut. Erste Tests sind gelaufen; diese Woche folgen Tests in Gesundheitsämtern. 	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a. Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wiederezulassung von erkrankten Schüler*innen: Eine Anfrage hierzu ist bei FG14 gelandet. Es gibt eine Korrelation der Virusausscheidung mit der Schwere der Erkrankung. Kinder scheiden entsprechend RNA aus, aber erkranken oft nur mild an COVID-19. Bei manchen viralen Erkrankungen scheiden Kinder länger Virus aus als Erwachsene. Die Kontagiösität von SARS-CoV-2 bei Kindern wurde nicht gezielt recherchiert, daher ist ein pragmatisches Vorgehen sinnvoll. Sofern daher keine anderen Daten verfügbar sind, sollten Kinder genauso wie Erwachsene betrachtet werden und demnach die normalen Entlasskriterien angewendet werden, d.h. nach 14-tägiger Isolierung können Kinder wieder zur Schule gehen. Zusätzlich haben Schulen und Kitas oft noch weitergehende Forderungen (z.B. ärztliches Attest). Wichtig ist, dass die generellen Empfehlungen auf der RKI-Internetseite verfügbar sind. Der Wiederezulassungsratgeber erhält nur die gemäß §34 IfSG gemeldete Krankheiten; es kann mit dem BMG geklärt werden, ob COVID-19 ergänzt werden sollte. ! Verkürzung der Quarantänezeit: Es wird oft diskutiert, ob die 14 Tage gekürzt werden können. Noch gib es keine Daten dazu und die WHO hat auch noch keine Änderungen durchgeführt. Abt 1 hat sich die Literatur angeschaut und die 14 Tage sind nah an den pragmatisch Richtigen. Vieles spricht dafür, dass bei mildem Verlauf die Kontagiösität nach 8 Tagen persistiert, aber der Zusammenhang zwischen der Kontagiösität und Antikörperbildung ist noch unklar. ! Empfehlungen zu Treffen nach Lockerungen (wie viele Personen und Einheiten (z.B. 1 Haushalt) können sich treffen, welche 	AL1, alle

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Gruppengröße ist akzeptabel, ...): Eine Rückmeldung an das BMG ist erfolgt. Das BMG begrüßt den Vorschlag sowie die Kommentierung der Beschlussvorlage sehr.</p> <p>b. RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Rekonvaleszentenplasma-Spenden, Zitat/“endorsement“ von Hr. Wieler – <i>nicht besprochen</i> ! Inhaltliche Mitgestaltung von RKI-Empfehlungen (durch BMI, BMAS, etc.) – <i>nicht besprochen</i> ! Soll Dokument zu Testzahlen auch nach BL aufgeschlüsselt werden? – <i>nicht besprochen</i> ! Umgang mit inhaltlichen Eingriffen durch die Politik – <i>nicht besprochen</i> ! Rolle von und Austausch mit RKI-Liaison im BMG – <i>nicht besprochen</i> ! Kommunikationswege RKI-BMG – <i>nicht besprochen</i> ! Update ÖGD-Kontaktstelle - <i>nicht besprochen</i> 	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Darstellung der Karte „Quarantäne bei Einreise nach Deutschland“ auf der Website auch für vergangene Tage sinnvoll – <i>nicht besprochen</i> ! Kontaktpersonenmanagement: <ul style="list-style-type: none"> ! Kontaktpersonenmanagement (Kat III) in letzter Version: Nach dem Papier, kann eine Person, die früher als COVID-19 Fall gemeldet wurde, durch das Gesundheitsamt wie eine Kontaktperson III eingestuft werden. Parallel gab es die Diskussion mit großzügiger Testung von asymptomatischen Personen. Bei fehlender Symptomatik sollte demnach möglichst 5-7 Tage nach Erstkontakt mit dem exponierenden Fall eine Testung auf SARS-CoV-2 vorgenommen werden, um frühzeitig eine prä- oder asymptomatische Infektion zu erkennen. <i>Die Diskussion zur Testung von asymptomatischen Kontaktpersonen der Kategorie 1 ist noch nicht abgeschlossen und wird morgen fortgeführt.</i> ! Kontaktpersonenmanagement med. Personal (Anpassung zur Testung) – <i>nicht besprochen</i> ! Entwurf einer Publikation des ECDC zur 30-Tages-Projektion zum Verlauf und zu der Effektivität der Maßnahmen – <i>nicht besprochen</i> 	<p>FG36</p>
<p>9</p>	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Stand der Diagnostik – <i>nicht besprochen</i> ! WHO plant möglicherweise Änderung der Empfehlung für Entlasskriterien, siehe E-Mail Hr. Wieler an Krisenstab (Fr 22.05.,14:58) – <i>nicht besprochen</i> ! Anpassung der Testung med. Personal sowie bei Personalmangel in Alten- und Pflegeheimen – <i>nicht</i> 	<p>ZBS1</p>

	<i>besprochen</i>	
10	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Nicht besprochen	
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! <i>Nicht besprochen</i>	
12	Surveillance ! IfSG-Änderung: negative Test – <i>nicht besprochen</i>	
13	Transport und Grenzübergangsstellen ! <i>Nicht besprochen</i>	
14	Information aus dem Lagezentrum ! <i>Nicht besprochen</i>	
15	Wichtige Termine ! <i>Nicht besprochen</i>	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Dienstag, 26.05.2020, 11:00 Uhr , via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	26.05.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
 - Ruth Offergeld
- ! FG36
 - Walther Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG

- Iris Andernach

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>National</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
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>! SARS-CoV-2-reactive T cells in COVID-19 patients and healthy donors ! Vortrag von Herrn Voigt steht noch aus, er steht grundsätzlich bereit und es wird ein neuer Termin gefunden</p>	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Risikobewertung</p> <p>! Wurde nach abgestimmten Anpassungen erneut herumgeschickt, es gibt nichts mehr zu erläutern</p> <p>Öffnung von Kitas/Schulen, RKI Stellungnahme</p> <p>! Es gab eine Stellungnahme von DGKH, DGPI, DVKJ, et al. zur Wiedereröffnung von Schulen und Kitas (Präs E-Mail, So 24.05., 19:39 bzw. hier)</p> <p>! Auch auf Bitte des BMG hat sich das RKI bereits mehrfach mit dem Thema auseinandergesetzt</p> <p>! Stellungnahme wurde von Walter Haas durch Literatursichtung, Aus- und Bewertung bewertet und eine interne Stellungnahme vorbereitet und geteilt</p> <p>! Es sind zahlreiche Studien unterschiedlicher Qualität verfügbar, viele der herangezogenen Studien wurden unter Kontaktsperre- oder Lockdown-Kontexten durchgeführt, sie sind oft nicht peer-reviewed und teilweise methodisch suboptimal</p> <p>! Zusammengefasste Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Positivitätsraten bei Kindern ähneln denen von Erwachsenen, auch in den Daten von Christian Drosten zur Virusausscheidung unterscheiden sich bei Kindern nichts grundlegend ○ Es gibt keine Studien die belegen, ob Kinder als Indexpersonen in Haushalten Virus übertragen ○ <u>Es gibt mind. drei Studien, die Kinder als Indexfälle bei</u> 	<p>VPräs</p> <p>FG36 FG37/alle</p>

Haushaltsübertragungen belegen (Nachtrag per Mail an nCoV-Lage durch Anna Stolaroff-Pépin 27.05.20)

- Wenn der Median betrachtet wird, gibt es tendenziell weniger Ausscheidung bei Kindern
 - Viruslast ein Aspekt, ein weiterer ist der Kontext: wie eng ist der Kontakt und wie sind die Möglichkeiten einer Übertragung?
 - Eine grundsätzliche Aussage darüber, was dies in der Situation enger Kontakte zwischen Kindern untereinander und mit Betreuungspersonen bezüglich der Übertragung bedeutet, kann noch nicht getroffen werden, da es dazu aktuell keine dem RKI bekannten Daten gibt (die dies in diesem Setting bewerten)
 - Wenn Einrichtungen geöffnet werden, dann besser im Sommer als erst im Herbst
 - Eröffnungen sollten wissenschaftlich-epidemiologisch begleitet werden und Personen im Haushalt müssen in Hinsicht auf möglicherweise erhöhtes Risiko mitberücksichtigt werden
- ! Das interne Dokument ist zur Kenntnis für den Krisenstab und stellt keine publizierbare Bewertung oder Empfehlungsgebung dar, es handelt sich lediglich um eine Stellungnahme
- ! Für eine publizierbare Stellungnahme wäre weitere Arbeit notwendig um sicher zu stellen, dass alle vorhandenen Publikationen berücksichtigt wurden
- ! Eine RKI Stellungnahme ist aktuell nicht (dringend) notwendig
- ! Kontinuierliche Literatursichtung und -Bewertung gehört zur Aufgabe des RKI
- ! Kommentar BZgA: es wäre sinnvoll, den Bildungseinrichtungen etwas handlungsweisendes, auf aktuell vorliegender Evidenz basierendes zu geben, die Umsetzung bleibt den Einrichtungen überlassen, die Überwachung unterliegt den lokalen Behörden
- ! Aktuell besteht kein Revisionsbedarf der bestehenden RKI-Empfehlungen

Ausbruch Baptistengemeinde in Frankfurt

- ! Es gibt einen Ausbruch in einer Baptistengemeinde in Frankfurt
- ! Diese wurde auch heute Morgen in der EpiLag besprochen und RKI-Unterstützung angeboten
- ! Aktuell gibt es 157 Fälle von denen 9 hospitalisiert wurden, 7 LK in HE und 1 LK in BY sind betroffen
- ! Am 10.05. fand der in den Medien berichtete Gottesdienst statt, allerdings kann es sein, dass das Infektionsgeschehen schon eine Woche früher begonnen hat (vertrauliche Information der Kollegen aus HE: Gottesdienst am 03.05. durch erkrankten Prediger, der sich bei einem schwer erkrankten Fall im KKH angesteckt hat)
- ! Es wurde anscheinend ohne MNB gesungen
- ! Die betroffene Gemeinde besteht aus kinderreichen Familien

FG32



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>und es gab vermutlich Übertragungen in vielen Haushalten. Das RKI kann nicht operativ eingreifen, es wäre jedoch sehr interessant diese Ausbruchsuntersuchung zu begleiten</p>	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ÖPNV Beschwerde, BZgA hat Link von Ulrike Grote erhalten und weitergegeben, ein Merkblatt hierzu ist aktuell in Arbeit ! Vermehrte Anfragen zum Thema Aerosole, dies ist jetzt auch in der breiten Bevölkerung angekommen, diverse Fragen zu Schutz- Möglichkeiten, es wird eruiert, was an die Allgemeinbevölkerung weitergegeben werden kann <p>AKNZ (Abteilung des BBK) Webinare für Krankenhäuser</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt die Möglichkeit mit AKNZ Webinare durchzuführen – gibt es Wünsche/Vorschläge des RKI (Frage IBBS)? ! Tim Eckmanns hat mal ein Seminar für das BBK zum Thema Ausbruchsmanagement im KKH gemacht, dies ist eine gute Chance ein breites Publikum zu erreichen (>100 TN) ! RKI-Papiere/-Empfehlungen könnten so gut erläutert und gestreut werden ! Tim Eckmanns ist heute im ÖGD-Webinar von Frau Teichert dabei, Thema ist Entlassungsmanagement ! Weitere Themen könnten vorgeschlagen werden ! Ergänzung von BZgA: am Anfang der COVID-Lage gab es Anfragen zu Schulungs-Videos zu Schutzkleidung <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gehen erste Anrufe zur Stellungnahme der Fachgesellschaften zu Schulschließungen an das RKI ! Empfehlungen zu Kontaktpersonenmanagement, die Presse wartet auf RKI-Rückmeldung und es gehen mehrfache Fragen zum Thema ein <p>Kontaktpersonenmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das Dokument wurde in FF durch FG36 überarbeitet (Link) ! Zwei Dinge wurden diskutiert und werden angepasst: ! 1. Einstufung genesener Fälle als Kontaktpersonen (KP) der Kategorie III (wurde auch in EpiLag besprochen, da es zu Verwirrung führt) <ul style="list-style-type: none"> ○ Für KP Kat. III, die sich auf medizinisches Personal bezieht, sind andere Maßnahmen als für andere KP Kat. I notwendig, z.B. keine Quarantäne sondern Selbstmonitoring, Selbstisolation und Testung nur bei Symptomen ○ Bei genesenen Fällen wird von einer Teilimmunität ausgegangen, deswegen wurde vorgeschlagen, dass bei diesen analog der KP Kat. III vorgegangen wird 	<p>BZgA</p> <p>IBBS/FG37</p> <p>Presse</p> <p>FG36/FG37/ alle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Jedoch sind die erwähnten Maßnahmen für KP Kat. III sehr umfangreich bezüglich Dokumentation, Umgang mit KP, etc., wenn hierauf analog verwiesen wird, führt dies möglicherweise zu Verwirrung bezüglich der Maßnahmen, die für nicht-medizinisches Personal nicht anzuwenden sind ○ Die anzuwendenden Maßnahmen stellen generell eine Herausforderung im KoNa- Umgang dar und hier wird viel durcheinandergeworfen, z.B. nicht jede Person, die in engem Kontakt mit einer KP Kat. I war muss quarantänisiert werden, nur wenn die KP Kat. I ein Fall wird ○ Eine zusätzliche Kategorie für KP ist nicht erwünscht ○ Es soll gerne ein Formulierungsvorschlag erfolgen, der diese Komplexität berücksichtigt ○ Die KP Kat. III Analogie wird für genesene gestrichen, nur anzuwendende Maßnahmen bleiben bestehen ○ Die Immunität wird in entsprechenden Dokumenten (Steckbrief, FAQ) erwähnt, nicht hier, wo dies nicht die zentrale Aussage ist <p>! 2. Zeitpunkt der Testung, Erweiterung der Teststrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Dokument wurde Testung asymptomatischer KP 5-7 Tage nach erfolgter Erstexposition empfohlen, falls Zeitpunkt nicht bekannt, zweizeitige Testung an Tag 1 und Tag 7-10 nach Ermittlung ○ Zunächst wird davon ausgegangen, dass bei diesen KP keine Infektionsgefährdung besteht, sonst müsste sofort getestet werden ○ Erwähnung von 5-7d kann zu Verzögerungen führen, lieber frühere Testung, KP Kat. I müssen sowieso in die Absonderung und ein negativer Test heißt nicht, dass KP nicht in Absonderung muss ○ Es besteht auch die Gefahr, dass sich 80% der KP in falscher Sicherheit wiegen, da sie noch nicht positiv getestet wurden ○ Generell ist eine frühzeitige Testung erwünscht, um Folgefälle zu erfassen und diese muss zum frühestmöglichen Zeitpunkt stattfinden, lieber Testung sobald KP identifiziert wurden ○ Testung sollte bei höchster Wahrscheinlichkeit eines positiven Nachweises erfolgen, es erfolgt sowieso die sofortige Absonderung nach der Exposition ○ Erster Halbsatz (5-7d) wird entfernt, erneut einfügen des Satzes „um eine Infektion bei KP möglichst früh zu erkennen sollte die Testung 5-7 Tage...“ falls in seltenen Fällen die Erstexposition nicht klar ist <p>! Tim Eckmanns macht einen Vorschlag zur Anpassung des KoNa Managements</p> <p><i>ToDo: FG37 stellt Revision fertig bis morgen</i></p> <p>Kenntlichmachen von Anpassungen in RKI-Empfehlungen</p>	<p>Präs/Presse/ alle</p>
--	--	------------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Es gibt viel Lob für die RKI Arbeit, aber es kommen häufig Bitten, dass Änderungen in RKI-Empfehlungen deutlicher kenntlich gemacht werden, damit sie besser nachvollzogen werden können</p> <p>! Problem ist auch aus anderen Lagen/Empfehlungen bekannt, aktueller Ansatz ist, oben zu vermerken was neu ist</p> <p>! Außerdem werden im täglichen Lagebericht angepasste Dokumente erwähnt, inklusive der spezifischen Anpassungen</p> <p>! Spezifisches Ausweisen der Änderungen (wie im Lagebericht) ist sehr je nach Größe der Änderungen fehleranfällig, deswegen wird nun relativ gut spezifiziert, was sich geändert hat, dies wird farblichen Markierungen vorgezogen, Nutzer werden spezifisch auf Teilabschnitte mit Änderungen aufmerksam gemacht, gerade auch im Steckbrief viele Änderungen</p> <p>! In manchen Dokumenten werden anfangs erfolgte Änderungen in kursiv erwähnt, dies sollte einheitlich bei allen Empfehlungen Dokumenten gemacht werden</p> <p>Gesichtsvisiere</p> <p>! Es gab bereits Stellungnahmen hierzu, dem RKI zufolge kann ein Visier nicht die Funktion eines MNS erfüllen, durch die Aerosol-Situation wird dies noch verstärkt</p> <p>! Weiß jemand, ob eine systematische Untersuchung oder Studie zur Antikörper-Bestimmung bei Zahnärzten erfolgt, da diese Aerosolen besonders ausgesetzt sind?</p> <p>! Nein, eine solche Studie ist niemandem bekannt</p>	VPräs
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Kontaktbeschränkungen</p> <p>! Empfehlungen zu Treffen nach Lockerungen (wie viele Personen und Einheiten (z.B. 1 Haushalt) können sich treffen, welche Gruppengröße ist akzeptabel, ...) (Ergebnisse der CdS Schalte vom 25.05.)</p> <p>! CdS-Beschluss ging während der Krisenstabssitzung ein und wurde an RKI-Corona-Verteiler geschickt</p> <p>! Beinhaltet wesentliche Aspekte: Abstand halten, Maskenpflicht in bestimmten öffentlichen Bereichen, möglichst geringe Anzahl der Kontaktmenschen, Vorgaben für private Veranstaltungen, ausreichende Belüftung, Beschränkung der Personenzahl, möglichst im freien (Kita und Schulbetrieb ausgenommen), Aufenthalt mit bis zu 10 Personen oder angehörige zweier Haushalte, usw.</p> <p>! RKI-Ideen sollten intensiver einfließen was nicht so einfach ist, BKAmT fragt zwar direkt an, aber RKI muss mit BMG-Vorbehalt antworten</p> <p>! Empfehlungen werden in den jeweiligen Landesverordnungen angepasst</p>	Alle

	<p>b) RKI-intern</p> <p>Rekonvaleszenten Plasma-Spenden</p> <p>! Zitat/“endorsement“ von Hr. Wieler [siehe E-Mail, So 24.05.2020 16:28 bzw. Ordner „Hochladen“, s. dazu auch Angebot von Ruth Offergeld Meinungsbild durch AK Blut einzuholen Mo 25.05.2020 17:30]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Präs wurde zitiert, dass er diesen Ansatz unterstützt, er prüft nun, ob dies so stehengelassen werden oder muss Richtigstellung erfolgen muss ○ Generelle Befürwortung des Ansatzes hat Präs im Rahmen eines Pressebriefings übermittelt, nun wird geprüft, ob es anderweitig eine explizite Frage hierzu gab ○ Eine Befragung zu einer Initiative einer bestimmten Gruppierung fand nicht statt, Prüfung, ob korrekt zitiert wurde, erfolgt <p>! Bericht Ruth Offergeld</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt eine Initiative von Leuten die im Marketing aktiv sind, die analog zu Stammzellspendern eine Rekonvaleszenz Spenderinitiative aufziehen wollen ○ Diese sollen vorgescreeent und dann an die regionalen Stellen weitergeleitet werden ○ Die Gruppe hat selber keine Mittel ist jedoch sehr aktiv ○ PEI und RKI haben wiederholt erwähnt, dass noch offen ist, ob dies sinnvoll ist, es erscheint verfrüht, so eine Plattform ins Leben zu rufen und (auch international) zu verbreiten ○ Grundsätzlich könnte es gebündelt werden, und der Kontakt sollte gehalten werden auch um die Aktivität mit zu orientieren ○ FG34 biete eine Umfrage bei Blutspendediensten zum Bedarf an, bisher wurde mündlich kein diesbezüglicher Bedarf kommuniziert ○ Dieser Ansatz würde PEI viel Geld sparen bezüglich Werbung/Spendenaufrufe ○ Aktuell sieht das RKI aus fachlicher Sicht keinen Bedarf, dies bereits aufzuziehen ○ Therapeutischen Kriterien werden aktuell nicht genutzt/vorgeschlagen um den therapeutischen Wert zu bemessen ○ Es werden klinische Parameter gemessen, lediglich Antikörper-Nachweis, z.B. Anzahl Beatmungen, keine Testung der Präparate, ad-hoc Herstellung und Einsatz <p>Inhaltliche Mitgestaltung von RKI-Empfehlungen durch andere Ressorts</p> <p>! Wie soll RKI mit inhaltlichen Eingriffen durch die Politik (z.B. BMI, BMAS, etc.) umgehen?</p> <p>! Beispiel: mit der AGI abgestimmte Empfehlung für Gemeinschaftsunterkünfte und Asylsuchende, diese kann nicht</p>	<p>Präs/FG34</p>
--	---	------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>finalisiert werden da auf diverse Rückmeldungen (BMI, BMG, Sozialministerium) gewartet wird, obwohl deren Kommentare aufgenommen wurden</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Muss das bei fachlichen Empfehlungen sein, wenn bereits Stellungnahmen der Ressorts eingearbeitet wurden? ! Frau Ziegelmann erwähnte dass dies bis Ende der Woche geschehen soll ! Dokument befinden sich in BMG-Abstimmung, Rückmeldung bis Ende der Woche <p>Update ÖGD-Kontaktstelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorschlag zum stufenweisen Aufbau der ÖGD-Kontaktstelle am RKI wurde ans BMG geschickt und wird heute oder morgen mit Blasius und Kupfer besprochen ! Es wird ein Provisorium mit Personen die für das LZ/in FG32 angestellt sind, Start mit zunächst 6 Personen in der Bibliothek in Haus 5 in der Seestraße ! Dort sitzt aktuell die LZ-Position internationale Kommunikation, sobald der Reiseverkehr wieder zunimmt, gibt es für diese Position wieder deutlich mehr Arbeit ! Diese sollen Aufgaben, die bereits im LZ und FG32 laufen, übernehmen, z.B. Berichterstattung über Ausbruchsgeschehen, Kapazitätenmonitoring, Koordination von RKI-Unterstützungen ! Wie mit externen Kontakten vorgegangen wird und wo weitere Personen hinkommen, ist noch klarzustellen ! Wie es weitergeht muss mit BMG und RKI ZV überlegt werden, ggf. auch Aufstellung weiterer Container ! Rückmeldung des BMG zu o.g. Vorschlag steht noch aus (Blasius, Rottmann), wird möglicherweise noch zu Anpassungen führen 	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <p>Ausweisung Risikogebiete für Quarantäneempfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Darstellung der Karte „Quarantäne bei Einreise nach Deutschland“ auf der Website ! RKI soll Weltkarte mit Inzidenzgrenze (>50/100.000) erstellen, aber ein/rückreisende Personen und GA müssen sich eigenständig zusätzlich informieren ! BMG (Holtherm) hat angekündigt, dass hierzu ein Erlass folgt <p>Kontaktpersonenmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Siehe auch oben unter Kommunikation ! Kontaktpersonenmanagement <ul style="list-style-type: none"> o Kontaktpersonenmanagement med. Personal (Anpassung zur Testung) o Testung von asymptomatischen Kontaktpersonen der Kategorie 1 ! Zwei Dokumente wurden von FG37 überarbeitet und letzten 	<p>AL3</p> <p>FG37</p>

	<p>Donnerstagabend an den Krisenstab geschickt, sie beinhalten nichts neues oder kritisches</p> <p>! AL1 hat Dokument kommentiert, u.a. wurde in einer Überschrift nicht klar, ob die Regelung bei Personalmangel oder Abwesenheit von Personalmangel zur Anwendung kommt</p> <p><i>ToDo: Vorschläge von Herrn Mielke werden von FG37 aufgenommen und Dokumente noch heute publiziert</i></p>	
<p>9</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>Teststrategie</p> <p>! Der Referentenentwurf liegt dem BMG vor, dieser wurde mit RKI-Beteiligung erstellt, die Abrechnungsfähigkeit der Testung von asymptomatischen Personen (bestimmte Gruppen) und Befugnis des ÖGD wurden aufgenommen</p> <p>Übermittlung Meldetatbestand negative Testungen</p> <p>! IfSG Änderung ist am 23.05.2020 in Kraft getreten, Anpassung der Meldetatbestände, einerseits namentliche Meldepflicht nach §7 IfSG: Konkretisierung des indirekten Nachweises, der auf eine akute Infektion schließen lässt, AL1 hatte hierfür einen Textentwurf gemacht</p> <p>! Außerdem Etablierung der nichtnamentlichen Meldepflicht negativer Testungen, hierfür wird noch nach einer technischen Lösung gesucht, um eine Fax-Übermittlung zu verhindern</p> <p>! Aus RKI-Sicht ist diese nichtnamentliche Meldepflicht nur als elektronische Meldung im Zusammenhang mit DEMIS umsetzbar, es wird noch ein paar Wochen dauern, bis dies möglich ist</p> <p>! Durch die Datenschutz Ungewissheit (s.u. unter Surveillance) ist unklar, wann DEMIS startet und ob eine Übergangslösung notwendig ist, eine einheitliche Umsetzung ist erstrebenswert</p> <p>! Das RKI hat eine Anfrage ans BMG geschickt, ob die Übermittlung bis zur Etablierung der elektronischen Meldung ausgesetzt werden kann</p> <p>! Eine Aussage des BMG hierzu ist sehr dringend notwendig, da die Labore illegal handeln wenn sie die Meldepflicht nicht erfüllen</p> <p>! Eine Alternative für Labore, die unbedingt melden möchten, wäre die Übermittlung der negativen Testungen über ARS bzw. im Rahmen der wöchentlichen VOXCO-Abfrage, allerdings sind beide Alternativen nicht ideal, da die Meldeinhalte verschieden sind, sie nicht die gesetzlichen Vorgaben erfüllen und ein nachträgliches Zusammensuchen aus mehreren Quellen nicht wünschenswert ist</p> <p>! Zunächst wird das Ergebnis der BMG-Abfrage abgewartet, bis zur BMG-Antwort darf sich das RKI nicht offiziell äußern, bisher wurden den Laboren mitgeteilt, dass nur eine elektronische Meldung sinnvoll und gesetzlich konform ist</p> <p>! BMG Rückmeldung erfolgt hoffentlich bald</p> <p>! Aus der EpiLag: BL wünschen eine Darstellung der Daten auf BL und lokaler Ebene</p>	<p>FG32/AL1</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Virologische Surveillance</p> <p>! Manche Proben enthielten respiratorische Erreger, vor allem RSV und Rhinoviren</p>	FG17
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Surveillance</p> <p>! IfSG-Änderung: negative Tests, s. oben unter Labordiagnostik</p> <p>Update DEMIS</p> <p>! Ist weit fortgeschritten, das System wird aktuell mit 5 teilnehmenden Laboren getestet deren Daten empfangen werden können, morgen werden Daten an 5 teilnehmende GA geschickt um mit diesen den Empfang zu testen</p> <p>! Aktuell wird mit Testdaten gearbeitet da die Datenschutzüberprüfung noch aussteht, diese ist langwierig, da die serologischen Studien priorisiert wurden</p> <p>! Es wurde eine Kanzlei hinzugezogen die sich mit dem DEMIS-Datenschutz befassen soll um das RKI diesbezüglich zu entlasten, Freitag findet ein erstes Gespräch mit dieser statt, auch um zu klären, wie viele Ressourcen in der Kanzlei verfügbar sind</p> <p>! Heute Nachmittag gibt es eine TK mit BMG, AL3 und Herrn Lekschas</p> <p>! Das BMG wird etwas unruhig, da sie zeitnahe Ansagen zur Bereitschaft von DEMIS gemacht haben</p> <p>! Die Datenschutz-Anforderungen, die vorliegen müssen um das System zu starten, werden vom RKI anders als vom BMG eingeschätzt</p> <p>! Wenn das BMG dies verschriftlichen würde, könnte der Prozess ggf. beschleunigt werden</p>	FG32
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Wichtige Termine</p> <p>! 13-15:00 AGI-Telefonkonferenz zu COVID-19, in diesem Zusammenhang Nachfrage zu Vitamin D Mangel und COVID-19-Sterblichkeit, welche ist die RKI-Haltung dazu?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kommt bei Infektionskrankheiten immer wieder ○ BfR Homepage enthält generelle Aussage (Link) 	alle

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt mehrere Publikationen zu diesem Thema, diese können von FG17 bewertet werden ○ IBBS (Niebank, Ruehe) haben sich ebenfalls bereits hiermit befasst <p>! Heute Nachmittag 15:00 TK mit BMG zu DEMIS</p> <p>! Freitag TK mit Anwaltskanzlei zu Datenschutz DEMIS</p>	
16	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Krisenstabssitzung in Zukunft <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn die Sitzung nur noch 3-mal/Woche stattfindet, sollten nur Dinge diskutiert werden, die dringend sind bzw. einer Entscheidung bedürfen ○ Lagebericht national und international sollte gekürzt und nur das wichtigste zusammengefasst werden ○ Infopunkte raus, Entscheidungspunkte rein ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 27.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero ! danach nächste Sitzung Freitag, 29.05.2020, 13:00 Uhr 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	27.05.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - Sebastian Haller
- ! IBBS
 - Bettina Rühle
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen

- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Iris Andernach

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ! Über 5,5 Mio. Fälle und mehr als 350.000 Verstorbene ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ○ USA, gefolgt von Brasilien und Russland ○ Abwärtstrend in USA und Russland, Aufwärtstrend in Brasilien ○ Abwärtstrend in UK (wird vermutlich bald nicht mehr unter Top 10 Ländern sein) ! Karte: 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (basierend auf ECDC-Daten) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Hohe kumulative 7-Tages-Inzidenz in Chile, Peru, Brasilien, Iran, Weißrussland ! Karte: Veränderung der 7-Tages-Inzidenz zur vorherigen 7-Tages-Inzidenz, pro 100.000 Einwohner: <ul style="list-style-type: none"> ○ Stärkste Dynamik weltweit in Südamerika, im Nahen Osten ○ Hohe Dynamik auch in Afrika, jedoch auch bedingt durch die niedrigen Fallzahlen in Afrika (Schwäche der Karte) ! Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ○ Brasilien (ca. 390.000 Fälle) und USA (ca. 1,6 Mio. Fälle), ○ In beiden Ländern wird in den nächsten Wochen ein ansteigender Trend erwartet. Bei USA ist fraglich, ob nicht doch eher Übergang in Plateau. ! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ○ Bangladesch: seit längerer Zeit starker Anstieg, zunehmend auch Fälle im Rohingya-Flüchtlingscamp, dort keine/ingeschränkte Containment-Maßnahmen; Situation noch lange nicht unter Kontrolle ○ Chile: weiterer Anstieg; Maßnahmen wurden schnell wieder zurückgenommen 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Iran: erneuter Anstieg, hauptsächlich Fälle im Süden Irans ○ Wichtig für Bewertung der Länder im Nahen Osten und von Teilen Asiens: Nicht in allen Ländern wurden ausreichend Maßnahmen hinsichtlich des Fest des Fastenbrechens (letztes Wochenende) ergriffen. Die Auswirkungen werden vermutlich in den nächsten Tagen zu sehen sein. <p>! Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Afghanistan ist eines der gefährdeten Länder. ○ Anstieg auch in Argentinien und Armenien. Der Anstieg in Armenien hängt auch mit Anstieg der Testkapazitäten zusammen im Anschluss an die virtuelle Mission, an der das RKI beteiligt war. ○ In Kamerun ist aufgrund der Altersstruktur und Politik in nächster Zeit ein Anstieg zu erwarten. ○ Schweden: Plateau mit leichter Tendenz zum Anstieg, ca. 600 Neuinfektionen, über 4.000 Todesfälle <p>! Länder mit >100 Fällen und einem R eff. > 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Syrien: R-Wert >3, ist eines der vulnerabelsten Länder in der Region, geringe Fallzahl (ca. 120), aber hohe Dynamik <p>! Für die Vorstellung der Internationalen Lage im Krisenstab soll ca. 10 min pro Termin eingeplant werden, evtl. im Wechsel einen Tag ein allgemeiner Überblick, am nächsten Vorstellung der Situation in speziellen Ländern.</p> <p>! Es besteht der Wunsch im Rahmen der Überlegungen zur Reisefreiheit mehr über den Testumfang in anderen europäischen Ländern zu erfahren.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt hierzu keine Information in der WHO. Für die ganze europäische Union wird jedoch die Empfehlung der WHO einer Positivenrate von 3-4% eingehalten. <p>Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 in ARS (Folien hier)</p> <p>! Leichter Rückgang der Anzahl Testungen, Grund ist vermutlich der bundesweite Feiertag letzte Woche.</p> <p>! Anteil positiver Testungen ist über die Zeit leicht gesunken, aktuell Positivenrate < 2%</p> <p>! Anzahl positiver Testungen über die Zeit nach Bundesland: in alle BL Abflachung der Kurve; in Thüringen leichter Anstieg.</p> <p>! Hr. Eckmanns wird nächste Wochen einen Tag zusammen mit der Bundeswehr nach Sonneberg fahren, ist bereits in Kontakt</p>	<p>FG37</p> <p>FG37</p> <p>FG32</p>
--	---	-------------------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>mit der Amtsleitung. Längerfristig wird die Bundeswehr involviert sein.</p> <p>! Anzahl Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe: deutlicher Anstieg bei den über 80-Jährigen in den letzten Wochen. Aktuell wieder Rückgang, evtl. durch den Feiertag, möglicherweise aber auch Rückgang, weil tatsächlich nicht mehr so viel getestet wird.</p> <p>! Anzahl positiver Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe: ist bei über 80-Jährige in etwa gleich geblieben.</p> <p>! Es gibt eine Anfrage von Ansgar Wübker vom Leibnitz-Institut einen Antrag unter Beteiligung des RKI bei der VW Stiftung zu stellen. Generell spricht nichts gegen eine Beteiligung am Antrag. Finanzierung durch eine Stiftung ist Sponsoring, daher müsste der Antrag von Frau Hanke geprüft werden sowie ans BMG für eine Sponsoring Prüfung weitergeleitet werden.</p> <p>! Anmerkung von Hr. Rottmann: Es gibt ein Dokument vom ECDC zu Pflegeeinrichtungen mit Beteiligung von Experten von FG37, das dem BMG nicht bekannt war. Das BMG bittet darum bei Mitarbeit an ECDC-Papieren das BMG zu informieren.</p> <p>! Es handelt sich vermutlich um ein noch nicht veröffentlichtes Papier, das als Rapid Kommunikation in EuroSurveillance erscheinen soll. Solche Dokumente könnten in Zukunft ans BMG zur Kenntnis (nicht zur Abstimmung) gegeben werden.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 179.364 (+362), davon 8.349 (4,7%) Todesfälle (+47), Inzidenz 216/100.000 Einw., ca. 162.800 Genesene, Reff=0,68 ○ DIVI: aktuell auf ITS: 763, davon beatmet: 482 ○ Schätzung der Reproduktionszahl: R ist geringfügig gesunken, auch der stabilere Wert ○ Todesfälle: bundesweit ca. 10/100.000 Einw., jedoch Unterschiede bei den Bundesländern, in Bayern am höchsten mit 18,4 Todesfällen je 100.000 Einw. 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Geographische Verteilung, 7-Tage-Inzidenz: SK Regensburg fällt auf sowie LK Lichtenfels und LK Hof (Screening in Schulen) ○ Trendvergleich der COVID19-Inzidenz der letzten 7 Tage vs. Woche davor (stellt Hr. Faber täglich her): LK Leer fällt auf (Eröffnung Restaurant), man sieht auch eine Reihe anderer Kreise mit größeren Veränderungen. Die Karte ist nur für internen Gebrauch gedacht. ○ Landkreise mit 7-Tage-Inzidenzen > 50 bzw. > 35 Fälle / 100.000: betrifft nur noch 2 LK. Es stellt sich die Frage, ob das Kriterium auf > 25 geändert werden soll. Dies wurde beim BMG angefragt und hätte den Vorteil der Übereinstimmung mit dem Lagebericht. <ul style="list-style-type: none"> ▪ > 50 Fälle: SK Regensburg (Ausbruch in Gemeinschaftsunterkunft für Asylsuchende) ▪ >35 Fälle: LK Lichtenfels (Ausbruch in Pflegeheim) <p>! Kein neuer Erkenntnisgewinn bei Ausbrüchen in Leer und Frankfurt/Main</p> <p>! Ausbrüche (Infos aus der Presse): u.a. Briefzentrum Potsdam-Mittelmark, Schlachtbetrieb grenzüberschreitend, Hauptschule. In Zukunft soll der Presseservice genutzt und die Suchbegriffe hierfür präzisiert werden. Evtl. könnte auch IOS genutzt werden.</p>	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
4	Neue wissenschaftliche Erkenntnisse ! Wird am Freitag besprochen	
5	Aktuelle Risikobewertung ! Nicht besprochen	
6	Kommunikation BZgA ! Strategiefrage: Impfkampagnen sollen neu justiert werden und es besteht der Wunsch nach Input vom RKI. Es gibt ein Papier von PEI und RKI mit einer ersten Strategie zur Einführung der COVID-19 Impfung. Es war in der Kürze der Zeit nicht möglich die BZgA miteinzubeziehen. ! Geplant war ein Relaunch der Masernkampagne, nun ist von Seiten der BZgA eher angedacht, stattdessen die Influenza-	BZgA

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Impfung prominent zu bewerben. Eine enge Abstimmung ist erwünscht, AP Hr. Wichmann.</p> <p>Presse</p> <p>! Es gibt weiterhin viele Anfragen zu Reiserückkehrern. Die Leute werden zum Teil auch von BMI und Auswärtigen Amt ans RKI verwiesen.</p> <p>! Es gibt einen Erlass zur fachlichen Bewertung von Maßnahmen zur Lockerung von Einreiseverboten /-beschränkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht nur in Deutschland wird die Gesundheitsseite zur Erstellung von Kriterien gedrängt. Es könnte die Europakarte von ZIG auf die Webseite gestellt werden. Dann könnte auf diese verwiesen werden. ○ Andere Kriterien könnten geprüft werden. Es kann aber nicht mit umfangreiche Kriterien bestimmen werden, wo man hinfahren kann und wann man in Quarantäne muss. ○ Eine Inzidenz von > 50/100.000 wurde auch vom AA als Wert für eine Reisewarnung benannt. ○ Zunächst soll der Erlass beantwortet werden und erst danach die Karte ins Netz gestellt werden. 	<p>Presse</p> <p>Alle</p>
	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Ein-und Ausreisen wurden umfangreich diskutiert und werden weiterhin Thema sein.</p> <p>! Asylpapier: bis Ende der Woche ist eine Rückmeldung vom Ministerium für Inneres geplant, das Dokument soll zeitnah veröffentlicht werden. Anmerkung RKI: Bearbeitungszeit ist sehr lange.</p> <p>! 7-Tages Inzidenz: im Bundeskanzleramt wurde im Moment entschieden bei 35/100.000 Einw. zu bleiben. Das bedeutet für das RKI, im extra Bericht fürs BMG bleiben nur noch wenige Ausbruchsgeschehen, im Lagebericht sind mehr Inhalte.</p>	<p>ZIG4</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Sprachregelung/Definition Risikogruppen: Schreiben von Dr. Garg an Jens Spahn. Ergänzungsvorschlag FG36 (Email)</p>	<p>Alle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die Diskussion wurde in der AGI gestartet. Hintergrund ist, dass auf Länderebene der Wunsch nach klaren Vorgaben besteht, wer als Risikogruppe gilt und nicht als Erzieher und Lehrer arbeiten sollte. Also Angaben zu spezifischen Alters- und Vorerkrankungskonstellationen, ab denen ein Arzt/eine Ärztin eine Bescheinigung ausstellen darf. Der Wunsch ist, dies nicht allein am Alter festzumachen. Konkret muss die Entscheidung jedoch immer ein/e Betriebsmediziner/in im Einzelfall treffen. ○ Noch handelt es sich nicht um einen Auftrag vom BMG. Wahrscheinlich wird dies ans RKI herangetragen, vielleicht geht es aber auch direkt an den Arbeitsschutz. ○ Falls eine Antwort notwendig sein sollte, muss der Arbeitsschutz miteingebunden werden. Es könnten Formulierungen aus den „Informationen für Personen mit einem höheren Risiko“ übernommen werden. <p>b) RKI-intern</p> <p>! Es gibt 2 Artikel zur Overdispersion (von Sebastian Funke und aus Hongkong), in denen davon ausgegangen wird, dass sich ca. 80% der Ansteckungen auf nur 20% der Infizierten zurückführen lässt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hr. Schaade hat dazu bereits Hr. an der Heiden mit der Frage angesprochen, ob dies auch für Deutschland berechenbar wäre. ○ Es sollte überlegt werden, ob dieses Verteilungsmuster bei der Eindämmungsstrategie genutzt werden könnte. Und ob eine Benennung von besonders riskanten Situationen eine Hilfe wäre. ○ Einwand: die Daten stammen aus einer Situation unter Kontaktsperre, dann ist der Fokus auf bestimmte Superspreader-Events vermutlich durch die Kontaktsperre bedingt. <p>! <u>Containment Scouts</u>: möglichst noch vor der Sommerpause sollte eine Verlängerung bis Sommer 2021 oder eine Verstetigung anstoßen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eine Evaluation, ob sie aktiv genutzt wurden, wäre sinnvoll. ○ Problem: Studierende, die dieses Semester zur Verfügung standen, stehen nicht unbedingt im nächsten Semester weiterhin zur Verfügung. ○ Kapazitätsmonitoring der GA: nur 2 GA haben 	<p>Alle</p> <p>FG37</p>
--	---	-------------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Überlastungsanzeigen gestellt. Jedoch werden in allen LK viele Bereiche zurückgestellt, wie z.B. Schuleingangsuntersuchungen, Zahnärztlicher und Sozialpsychiatrischer Dienst.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Man könnte in diesem Zusammenhang auch ein Konzept in die Diskussion bringen, das mehr generelle Unterstützung der GA in Form von zusätzlichen PAE vorsieht. Es könnte sich um eine etwas kürzere, auf niedrigerem Niveau angesiedelte Ausbildung auf Ebene der Hygieneinspektoren handeln. ○ Die Länder sollten befragt werden, was an langfristigen Maßnahmen geplant wird und wie der ÖGD langfristig gestärkt werden könnte. ○ FG37 hat bereits Antrag zur Evaluierung eingereicht. <p><i>ToDo: Folgeantrag für Verlängerung Containment Scouts bzw. alternatives Konzept bis Sommer 2021 stellen, FF FG37</i></p> <p>! Ist die Übersicht, wer getestet wird, fertig? Von Seiten der Abt. 1 ja. Das BMG hat eine Grafik erstellt, die in der AG Diagnostik besprochen wurde. Das Diagnostikpapier wird entsprechend überarbeitet und muss noch mit dem BMG abgestimmt werden, der Verlauf von PCR und Antikörpern soll integriert werden.</p>	<p>Abt. 1</p>
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <p>! <u>Kontaktpersonennachverfolgung</u> (hier):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Änderungen: Testung sollte so früh wie möglich erfolgen, zusätzlich 5-7 Tage nach Erstexposition. ○ Hr. Mielke würde Tag 1 nach Bekanntwerden des Kontaktes und zusätzliche Testung an Tag 7-10 favorisieren. Die AG Diagnostik hat sich auf Tag 7-10 geeinigt, der 2.Test soll die Sensitivität erhöhen ○ Einigung: nach „so früh wie möglich“ wird „(Tag 1 nach Ermittlung des Kontaktes)“ eingefügt. Der 2.Test bleibt bei 5-7 Tagen nach Erstexposition, da dies der Inkubationszeit entspricht. Die Wahrscheinlichkeit eines pos. Erregernachweis ist dann am höchsten. <p>! Vor Veröffentlichung auf der Webseite sollte auch das <u>Flussschema zur Kontaktpersonennachverfolgung</u> angepasst werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Testung von Kontaktpersonen Kat. 1 muss noch an das oben 	<p>FG36/ FG37 / Alle</p>

	<p>Besprochene angepasst werden (möglichst frühe Testung am 1.Tag nach der Ermittlung und Testung an Tag 5-7). Hr. Haas schickt Fr. Schulz-Weidhaas die genaue Formulierung.</p> <p><i>ToDo: nach Formulierungsanpassung, geht beides an Webmaster</i></p> <p>! Das <u>Flussschema zur KoNa bei medizinischem Personal</u> muss analog angepasst werden. Es wurde für Klinik und Personal in Pflegeheimen bereits an Hr. Eckmanns geschickt.</p> <p><i>ToDo: erneutes Vorstellen des Dokuments im Krisenstab</i></p>	
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>! AGI-Sentinel</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einsendungen: 24 Proben am Montag, gestern und heute wieder rückläufig ○ Keine positiven Nachweise mehr seit Fallzahlen von 2.000 unterschritten wurden ○ Zwischenzeitlich auch wieder Nachweise von Rhinoviren, jedoch nicht so viele wie vorher ○ Die Veränderung der Einstufung von Community Transmission auf Cluster kann nicht aus dem Sentinel geschlussfolgert werden, da die Sensitivität hierfür nicht ausreichend ist. 	FG17
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Surveillance</p> <p>! Kapazitäten beim Datenschutz sind auch unter Einbeziehung der Kanzlei so überlastet, dass der Zeitplan vom BMG nicht haltbar ist. Warn-App, serologische Projekte zu COVID-19 und DEMIS sind priorisiert.</p> <p>! Auch die Surveillance mit Fr. Gastmeier konnte aus diesem Grund nicht umgesetzt werden. Generell können Forschungsprojekte nicht realisiert werden, wenn keine Datenschutzkapazität vorhanden ist. Dies muss auch nach außen kommuniziert werden.</p> <p>! Falls auf den Bundesdatenschutzbeauftragten (BFDI) verwiesen wird. Dies ist keine genehmigende Behörde, die Zustimmung muss vom Datenschutz der ausführende Behörde erfolgen.</p> <p>! Am Freitag ist ein Gespräch mit der Kanzlei zu DEMIS. Danach kann vermutlich besser abgeschätzt werden, welche Zeitkapazitäten die Kanzlei hat.</p>	FG32
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Nicht besprochen</p>	



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

14	Information aus dem Lagezentrum ! Nicht besprochen	
15	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Freitag, 29.05.2020, 13:00 Uhr, via Vitero ! danach nächste Sitzung Dienstag, 02.06.2020, 11:00 Uhr	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	29.05.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG12
 - Sebastian Voigt
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
 - Maria an der Heiden
 - Michaela Diercke
 - Ute Rexroth
 - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! ZBS1

- ! ○ Janine Michel
- BZgA
- Heidrun Thaiss

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1a	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>! Zu den Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen zählen in absteigender Reihenfolge USA, Brasilien, Russland, Indien, Peru, Chile, Mexiko, Vereinigtes Königreich, Saudi Arabien und der Iran</p> <p>! Karte: 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (basierend auf ECDC-Daten): Mit einer 7-Tage-Inzidenz von >50/100.000 Einwohner stechen v.a. Brasilien, Peru, Chile sowie die Vereinigten Arabischen Emirate und Weißrussland hervor. Ggf. wird die Karte auf der RKI-Webseite dargestellt.</p> <p>! Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brasilien verzeichnet weiterhin ansteigenden Trend, wobei der letzte Zacken der Kurve am ehesten meldebedingt ist. ○ In den USA sinken die Fallzahlen, jedoch wird ein Anstieg in den nächsten Tagen projiziert. In Minneapolis wurde der Notstand verhängt, dort gab es eine hohe COVID-19 Inzidenz und große Proteste; eine Analyse der dortigen Situation wird in den nächsten Tagen erstellt. <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Iran stellt das erste Land mit 2. Infektionswelle dar; die Ursachen dafür werden nächste Woche näher beleuchtet ○ In den übrigen Ländern gibt es keine wesentlichen Veränderungen; der absteigende Trend in Russland bestätigt sich. <p>! Japan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Science Magazin wurde am 25.05.2020 berichtet, dass der Notstand in Japan beendet wurde und Japan damit trotz geringer Restriktionen die Pandemie erfolgreich eingedämmt habe. Diese Berichterstattung ist problematisch. ○ In Japan sind bisher > 16.000 Fälle, darunter knapp 900 Todesfälle (5,2% Fallsterblichkeit), aufgetreten. Der Höhepunkt der Epidemie scheint überschritten zu sein; es gibt ca. 10 bis 50 Neuinfektionen/Tag und R liegt deutlich 	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	<p>unter 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Gesamtzahl von ca. 281.300 Testungen ist relativ zur Bevölkerung sehr gering, der Positivanteil liegt bei 5,9%. Während die Testungen auf nationaler Ebene kontrolliert werden, werden Entscheidungen über Maßnahmen auf Präfektur-Ebene getroffen. ○ Es wurden vergleichbar milde restriktive Maßnahmen ergriffen, insbesondere wurde Verstöße nicht geahndet. Trotzdem gab es eine hohe Compliance („Lockdowneffekt“ ohne strikten Lockdown). In der öffentlichen Wahrnehmung kann jeder machen, was er/sie will, mit Ausnahme der Empfehlung, enge Räumlichkeiten, Menschenmengen und enge Kontakte zu meiden. ○ Ziel sind <0,5 Fälle /100.000 Einwohner primär über eine Cluster-Nachverfolgung ohne breitflächige Testung zu erreichen. In einigen Städten ist dieses Ziel bereits erreicht. ○ Die Cluster-Strategie wird vielfach als besonders hervorgehoben, jedoch sind kaum Unterschiede diesbezüglich zum Management in DEU zu sehen. Eine starke Untererfassung von Fällen ist wahrscheinlich. Der in den Medien beschriebene Vorbildcharakter Japans hält der Analyse nicht stand. Die deutsche Strategie ist im Ansatz deutlich breiter und behält die Cluster mit im Blick. ○ Es wird an den in einer früheren Sitzung geäußerten Wunsch nach einer Darstellung der Teststrategien in Taiwan und Skandinavien erinnert. <p><i>To Do:</i> Presse erstellt Textentwurf zur Darstellung des Prinzips der Kontaktpersonennachverfolgung und Cluster-Vorgehen zwecks Vorstellung in einer Pressekonferenz</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 180.458 (+741), Problem dass BW nachrecherchiert (nach Octoware-Umstellung), davon 8.450 (4,7%) Todesfälle (+39), Inzidenz 217/100.000 Einw., ca. 164.100 Genesene ○ DIVI: aktuell auf ITS: 729 Personen , davon beatmet: 426 ○ Schätzung der Reproduktionszahl: 0,85 (95%-PI: 0,70-1,02) ○ Hinsichtlich der Fallzahlen der Bundesländer müssen für das SL Datenkorrekturen (wegen Doppelzählung) und für SN (Übermittlungsprobleme bei Octoware-Umstellung) berücksichtigt werden. Die 7-Tage-Inzidenz in MV und ST liegt jeweils unter 0,5/100.000 Einw. 	
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Geographische Verteilung, 7-Tage-Inzidenz: wie am Vortag fällt 1 Kreis in die Kategorie mit 51 bis 100 Fällen/100.000 Einwohner (SK Regensburg, bedingt durch Screening in Asylheimen), weitere 4 Kreise weisen eine 7-Tage-Inzidenz von 26 bis 50 Fällen/100.000 Einwohner auf (LK Lichtenfels, LK Coburg, SK Coburg, SK Gera), 91 Kreise haben keine Fälle übermittelt. ○ Im Trendvergleich der COVID19-Inzidenz der letzten 7 Tage vs. Woche davor stechen LK Dachau, SK Wolfsburg und LK Leer heraus. In Dachau scheint dies auf Nachmeldungen zu beruhen. Weiteres soll mithilfe der ÖGD-Kontaktstelle geklärt werden. ○ Landkreise mit 7-Tage-Inzidenzen > 50 bzw. > 35 Fälle / 100.000: SK Regensburg hat als einziger Kreis eine 7-Tage-Inzidenz größer 50 Fälle/100.000 Einwohner, dies ist auf einen Ausbruch in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylsuchende zurückzuführen. Es wäre wünschenswert, die Berichtsfrequenz zu reduzieren. ○ Hinsichtlich der Ausbruchsgeschehen gibt es keine wesentlichen Änderungen zum Vortag. Insbesondere sind keine neuen Amtshilfeersuchen basierend auf diesen Ausbrüchen eingegangen. ○ Labor: Seit Beginn der Testungen in Deutschland bis einschließlich KW 21/2020 wurden bisher 3.952.971 Labortests erfasst, davon wurden 210.255 positiv auf SARS-CoV-2 getestet. In KW21 lag die Positivenrate bei 1,5%. Die Testkapazitäten sind stabil. ○ Mortalitätssurveillance: Heute erscheint eine Pressemitteilung von destatis, in der die Exzessmortalität zusammen mit der auf den RKI-Zahlen basierenden COVID-19-Sterblichkeit dargestellt wird. Die Befunde zu einer Übersterblichkeit decken sich bei Betrachtung der absoluten Zahlen mit den Daten zu bestätigten COVID-19-Todesfällen. Die zeitliche Entwicklung verlief ebenfalls annähernd parallel: Sowohl die Abweichung vom Durchschnitt bei den Gesamtzahlen als auch die Zahl der COVID-19-Todesfälle waren in der 15. Kalenderwoche am größten. Auf ersten Blick erscheint die COVID-19-Kurve etwas verzögert, dies sollte nochmals verifiziert werden. 	
1b	<p>Update zum aktuellen Stand Impfen/ Impfstoffentwicklung</p> <p>! Die STIKO wurde vom BMG mit der Einrichtung einer AG zu Impfstoffen im Zusammenhang mit COVID-19 beauftragt. In dieser Woche wurde ein Arbeitsplan erstellt. Es ist anzunehmen, dass die Verfügbarkeit eines Impfstoffs zu Beginn begrenzt sein wird; Reviews sind notwendig; dafür</p>	FG33

	<p>müssen auch unpublizierte Daten der Impfstoffhersteller zur Verfügung gestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Stand der Impfstoffentwicklung: Weltweit sind über 140 Kandidaten in der Entwicklung, die meisten in der präklinischen, etwa 1 Dutzend in klinischer Phase. Ein Impfstoff in England ist bereits in Phase 2/3, mit möglicher Zulassung im kommenden Herbst. AstraZenica hat bereits die Produktion dieses Impfstoffs begonnen. ! In Russland sind 10 bis 20 Impfstoffe in der Pipeline, bei denen ggf. die Phase 3 ausgelassen wird. Problematisch sind die Produktionskapazitäten. ! Die Arbeitsgruppe erstellt momentan ein altersstratifiziertes Transmissionsmodell, dafür wurde ein Antrag für 2 bis 3 MA beim BMBF eingereicht. Ein Advisory Board soll eingerichtet werden, insbesondere um externe Modellierer mit einzubinden. Daten zum Kontaktverhalten sollen genutzt werden (Kontakt-Matrix-Studie), jedoch steht das Votum des Datenschutzes aus. ! Das BMG wünscht ein Konzept, das wesentliche Aspekte des Impfens gegen SARS-CoV-2 in DEU, inkl. Produktionskapazitäten, Evaluation, Impfquotenerfassung, Monitoring der Impfeffektivität und –sicherheit, Frage, wer wo impft, mit aufgreift. Antibody-dependent Enhancement wird aktuell nicht erfasst. Ggf. kann DEMIS mit genutzt werden, dazu finden Gespräche mit FG31 und FG32 statt. Die Federführung für die Aktualisierung eines solchen Konzepts wird beim RKI liegen. Zeitnah müssen Diskussionen mit den BL geführt werden; dabei wäre ein zentraler Einkauf, eine zentrale Verteilung und eine Durchführung der Impfung in Impfzentren zu favorisieren. ! Auf Bitte des BMG hat FG33 am Health Security Council teilgenommen, bei dem ein europäischer Immunization Plan diskutiert wurde. Dieser beinhaltet nicht nur eine Bedarfsabschätzung für Europa (die USA haben bereits Vorverträge mit Herstellern abgeschlossen), sondern auch eine Harmonisierung von Impfstrategien und Zielgruppen. Letzteres liegt klar im Mandat der Mitgliedsstaaten; der Plan ist eine Empfehlung für ein evidenzbasiertes Vorgehen. Es besteht die Gefahr von Duplikationen, da mehrere internationale Organisationen sich dem Thema widmen. ! Es wird klargestellt, dass die Phasen 1 und 2 häufiger kombiniert werden und dass Phase 3 Studien in Russland, aber bisher nicht in anderen Ländern übersprungen werden sollen. Antibody dependent enhancement wird nicht über Phase 3 erkannt, sondern eher über Postmarketing-Studien, für die EMA oder PEI zuständig wären. ! Es wird angeregt, bei der Erfassung der Impfquoten die Grippe-Web-App zu berücksichtigen. Zusätzlich wird darum gebeten, alle externen Modellierungsangebote zu bündeln und zu nutzen (nicht nur hinsichtlich der Impfstoffentwicklung); dafür soll das Advisory Board eingerichtet werden. Zur Besetzung des Advisory Boards können im Verlauf Vorschläge gemacht werden. 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Die BZgA betont die lange Vorlaufzeit für die Ausarbeitung einer Mehrebenenkampagne zum Impfen; jedoch ist laut FG33 der Zeitpunkt der Verfügbarkeit eines Impfstoffs weiterhin schwer einzuschätzen und die Art des Impfstoffs und seine Effektivität in verschiedenen Altersgruppen essentiell für die Entwicklung einer zielgerichteten Kommunikationskampagne.</p>	
2	<p>Internationales</p> <p>! Außerplanmäßig für 02.06.2020 vorgesehen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</p> <p>J. Braun et al. : Presence of SARS-CoV-2-reactive T cells in COVID-19 patients and healthy (Folien hier)</p> <p>! Die Studie an der Charité umfasste 18 COVID-19-Patienten und 68 Healty Donors (HD). Periphere Blutzellen wurden mit Peptippools stimuliert, die aus SARS-CoV-2 spike (S) protein stammen. S protein-spezifische CD4+- T-Zellen wurden in den meisten COVID-19 Patienten, aber auch in einem Teil der HD gefunden. Ggf. handelt es sich bei den S protein-spezifischen CD4+-T-Zellen in den HD um kreuzreaktive Zellen nach früherer Exposition mit endemischen Coronaviren. Bei HD präexistierende, SARS CoV-2-kreuzreaktive T-Zellen könnten protektiv wirken oder aber auch den Erkrankungsverlauf beeinflussen. Eine größere Studie sollte dies klären.</p>	FG12
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Es wird angeregt, ob das RKI nicht ähnlich wie das ECDC, eine differenziertere Risikobewertung sinnvoll fände, so dass zum Beispiel risikominimierende Verhaltensweisen entsprechend mit betrachtet werden: Das ECDC unterscheidet sowohl für die allgemeine Bevölkerung als auch für Gruppen mit Risikofaktoren zwischen Umsetzung von Distanzierungsmaßnahmen und geringer Inzidenz bzw. absteigenden Trends und fehlender Distanzierungsmaßnahmen und hoher Community Transmission. Bei der nächsten Aktualisierung der Risikobewertung sind die obigen Punkte weiter zu diskutieren; eine nach Risikogruppen stratifizierte Risikobewertung müsste im Pressebriefing gut kommuniziert werden. Weitere Diskussion wird vertagt.</p> <p>! In diesem Zusammenhang wurde erneut der in der AGI geäußerte Wunsch der Bundesländer berichtet, dass die Risikogruppen eingegrenzt bzw. allgemeine Empfehlungen für einzelne Berufsgruppen wie z.B. Lehrer erstellt würden. Jedoch basieren die in den RKI-Empfehlungen benannten Risikogruppen auf Alter und Vorerkrankungen, also Gruppen, bei denen auf Populationsebene ein Einfluss auf die Schwere des Verlaufs einer</p>	FG32/alle

	<p>COVID-19-Erkrankung festgestellt wurde. Diese Faktoren sind nicht mit einer Bewertung des individuellen Risikos gleichzusetzen. Behandelnde Ärzte können anhand bestehender Empfehlungen und anhand ihrer Kenntnisse über den Gesundheitszustand eines Patienten in Zusammenarbeit mit Arbeitsmedizinern Empfehlungen für die weitere Beschäftigung einzelner Mitarbeiter geben. Dies ist gegenüber den Bundesländern bereits mehrfach kommuniziert worden, kann aber erneut proaktiv dargestellt werden.</p>	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Angesichts vieler neuer Produkte fehlt z.T. die Übersicht für die Bevölkerung, daher wird die Webseite aktuell überarbeitet und Aktuelles soll prominenter z.B. als Slider dargestellt werden. ! Zunehmend widmen sich Telefonberatungen und Social Media-Aktivitäten auch anderen Themen, z.B. dem Cannabis-Konsum. ! Die Dynamik der Lage erschwert die klassische Kampagnenarbeit. ! Die Anregungen, auch im Sommer die Abstandsregeln zu betonen und eine ärztliche Abklärung von Schnupfen in Hinblick auf SARS-CoV-2 zu forcieren, werden aufgenommen. Ein weiterer Fokus soll COVID-19 im Zusammenhang mit Sommerhitze sein. <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Presse informiert über kürzere Webmasterpräsenz ab 02.06.2020 (bis 18 Uhr gewährleistet, danach über telefonische Kontaktaufnahme, wofür Telefonnummern im Verlauf zirkuliert werden). ! Das Thema Lüften im Sinne von Frischluftzufuhr soll stärker kommuniziert werden. Eine Umluftventilation in geschlossenen Räumen ist dagegen problematisch. Flugzeuge stellen einen Sonderfall dar (HEPA-Filter, vertikale Belüftungssysteme, hohe Frequenz des Luftaustauschs sowie die Tatsache, dass die Passagiere überwiegend an ihren Sitzplätzen bleiben); Übertragungen sind im Flugzeug möglich, aber die Evidenz ist gering (eine kanadische Publikation findet dazu keine Evidenz, eine chinesische und eine französische Publikation geben möglicherweise Anhaltspunkte für Übertragungen im Flugzeug). Auch im Freien gelte es Abstandsregeln einzuhalten. ! Am Mittwoch, den 03.06.2020 soll ein Video des BMG zirkuliert werden, welches geschlossene Räume und den Aufenthalt im 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>Alle</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Freien thematisiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Voraussichtlich Mitte Juni wird eine umfangreiche Medienkampagne zur Corona-Warn-App starten. ! Reaktion auf Publikation vom ECDC: Es wird in Kürze in <i>Eurosurveillance</i> ein Artikel des Universitätsklinikums Köln erscheinen, in dem beschrieben wird, dass PCR-Testungen bei Rückreisenden aus Südtirol und X (?) durchgeführt wurden, bevor diese Gebiete zu Risikogebieten erklärt wurden. Um auf den Vorwurf, dass das RKI zu langsam reagiert habe, etwas entgegen setzen zu können, sollte bereits jetzt eine Stellungnahme entwickelt werden, in dem der Prozess der Benennung der Risikogebiete beschrieben wird. <p>ToDo: FG32 (wer?) bereitet zeitnah Stellungnahme in Form eines Letter to the Editor vor (Muster für etwaige Presseanfragen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gates Foundation Papier: Das Papier greift den epidemiologischen Verlauf und das Management von 3 Ländern weltweit auf, die als Best Practice Beispiele gewürdigt werden, darunter DEU. Als Co-Autoren sind Herr Wieler und Frau Rexroth vorgesehen. 	
7	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wieder Ausweisung internationaler Risikogebiete? <p>Empfehlungen für den EU-weiten Tourismus sollten zunächst im Kabinett diskutiert werden, wurden dann zurückgestellt. Es ist anzunehmen, dass das BMG das RKI zur Erarbeitung weiterer Kriterien auffordert, die nach Diskussion im Health Security Council über die Inzidenz von 50 Fällen/100.000 Einwohner hinausgehen. Ggf. sollen erneut Risikogebiete, zunächst in Europa, später weltweit benannt werden. Die Auslandsvertretungen könnten dabei eine Rolle spielen. Ein entsprechender Auftrag ist abzuwarten.</p> <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Lagezentrum Aktivitäten und Zeiten (z.B. Lagebericht): Angesichts der aktuellen epidemiologischen Lage wird 	<p>FG32</p> <p>FG32</p>

	<p>hinterfragt, ob die Erstellung des Lageberichts am WE bis auf Weiteres eingestellt werden könnte. Der Krisenstab schlägt vor, das BMG am 02.06.2020 zu informieren, dass der Lagebericht zukünftig nicht mehr am WE erstellt wird.</p>	
9	<p>Dokumente</p> <p>! Neue KoNa Infografik zum Kontaktpersonenmanagement:</p> <p>Bei medizinischem Personal oder Personal in Alten- und Pflegeheimen, die als KP 1 eingestuft sind, ist eine Testung an den Tagen 1, 5 bis 7 und vor Wiederaufnahme der Tätigkeit vorgesehen. Jedoch ist die Kostenübernahme dafür nicht geklärt. Der Krisenstab ist mit den Versionen einverstanden.</p> <p>! Papier für Gemeinschaftsunterkünfte – Update:</p> <p>Aus dem Innenressort wird heute Rückmeldung erwartet, die Flüchtlingsbeauftragte soll direkt eingebunden werden.</p>	FG37 / alle
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Referentenentwurf Rechtsverordnung Testung</p> <p>! Die Rechtsverordnung wurde in der AGI diskutiert; § 4 soll viel strenger gefasst werden, die Fertigstellung ist bis Freitag, den 05.06.2020 anvisiert. In einer Teilgruppe der AG Diagnostik wurden die §§ 4 und 5 stark kritisiert, die Häufigkeit der Testungen als auch die Kostendeckung seien unklar, große Skepsis bestehe zudem bezüglich nicht-anlassbezogener Testungen. Der ÖGD wünscht klarere Rahmenbedingungen.</p> <p>! Es wird ein Schwellenwert diskutiert, der Hilfestellung hinsichtlich der Aufnahme von Reihentestungen bei asymptomatischen Personen bieten würde. An einer Populationsinzidenz sei dies nicht festzunehmen. Die gemäß § 4 Abs. 2 möglichen Testungen unter Berücksichtigung der lokalen epidemiologischen Lage beziehen sich eher auf die regionalen Verhältnisse als auf den klinischen Kontext. Entscheidend wäre der Zusatznutzen von regelmäßigen Testungen z.B. des Pflegepersonals, unabhängig davon, ob es COVID-19-Fälle betreut, im Sinne einer „Number needed to test“ oder „Number needed to quarantine“, um eine weitere Übertragung zu verhindern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dies modelliert werden könnte, aber letztlich eine politische Bewertung erfordert (wie viel Risiko wird toleriert, wie viel Gelder werden in Testungen investiert?). Bei geringen Inzidenzen müsste sehr häufig getestet werden, um einen weiteren Fall zu verhindern, was mit hohen Kosten verbunden wäre und was ggf. durch die vorhandenen Laborkapazitäten beschränkt wäre.</p> <p>! Die Verordnung eröffnet die Option der Umlage der Kosten vom ÖGD auf andere Kostenträger. Es könnte</p>	Abt. 1/alle

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>politischer Druck auf den ÖGD entstehen, diese Testungen anzubieten, ohne dass ein Zusatznutzen gewährleistet wäre. Ggf. ist ein Vergleich mit der Testung von Blutkonserven hilfreich. Zusätzliche Kosten durch falsch-positive Ergebnisse müssten auch berücksichtigt werden.</p> <p>ToDo: Das Lagezentrum soll Aufgabe zur Analyse der „Number needed to test“ vergeben.</p> <p>! Es wurden 789 Proben untersucht, davon waren 2 grenzwertig positiv; diese werden vor Ort neu untersucht. Die Anzahl der Proben lag in dieser Woche bei 280 (im Vergleich zu knapp 400 in der Vorwoche), die Positivenrate bei 12%. Aktuell wird eine Aufstellung erarbeitet, zu welchem Zeitpunkt die Proben entnommen wurden. In der Zellkultur waren bisher alle Langzeitausscheider negativ. Unter den 265 Einsendungen wurden keine SARS-CoV-2-Viren gefunden.</p> <p>! In den Medien wurde z.T. eine 7-Tage-Isolierung von Kranken als ausreichend befunden, jedoch gibt es dafür nicht ausreichend Evidenz. 14 Tage sollten beibehalten werden. Dies wird in die Hinweise zur Testung aufgenommen.</p>	<p>ZBS1</p> <p>Abt. 1</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Rolle von Aerosolen bei SARS-CoV-2-Übertragung: Es wird um Prüfung aller relevanten Dokumente jeweils durch die federführende Person in Hinblick auf die Rolle von Aerosolen und ggf. um Anpassung der Dokumente gebeten, da Aerosolen eine größere Bedeutung zuzukommen scheint, als noch vor 6 Wochen angenommen.</p>	<p>VPräs</p>
13	<p>Surveillance</p> <p>! Update DEMIS, Rolle von SORMAS: Im Gespräch von Herrn Wieler und Herrn Hamouda mit dem Bundesgesundheitsminister wurde der Wunsch nach einer bundesweiten Nutzung von SORMAS geäußert. Von RKI-Seite wurde betont, dass dies viele Dopplungen hinsichtlich der Funktionalität von DEMIS beinhalten könnte und die Schnittstellen aufwändig zu erstellen seien. SORMAS soll aber bundesweit zur Kontaktpersonennachverfolgung eingesetzt werden. Aktuell werden gemeinsam mit dem Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI) Mittel beantragt.</p>	<p>Abt. 3</p>
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Grenzregime: siehe TOP 8a</p> <p>! Management Kontaktpersonen im Flugverkehr: Ab 16.06.2020 ist die Wiederaufnahme der Kontaktpersonennachverfolgung im Flugverkehr geplant. Dabei sieht die RKI-interne Empfehlung vor, die direkten Sitznachbarn</p>	<p>FG32</p>

	<p>eines bestätigten Falls als KP1 einzustufen, jedoch die Personen im Gang gegenüber bzw. in den 2 Reihen davor und dahinter als KP2. Die Abweichung von den internationalen Empfehlungen der WHO und des ECDC, alle Passagiere, die in den 2 Reihen vor und hinter einem bestätigten Fall sitzen, als Kontaktpersonen einzustufen, sollte gut begründet sein. Die Evidenz bezüglich SARS-CoV-2-Übertragungen im Flugverkehr ist gering (nur 3 Publikationen bekannt). Die Abweichung von den internationalen Empfehlungen bezieht sich primär auf die unterschiedlichen Maßnahmen je nach Kategorie der Kontaktperson und ist daher vertretbar. Das RKI hat die Kontaktpersonennachverfolgung bis Mitte März als Serviceleistung für GÄ übernommen, danach ausgesetzt, eine Rückdelegation dieser Aufgaben erscheint auch angesichts der Einrichtung der ÖGD-Kontaktstelle nicht vertretbar.</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Nicht besprochen</p>	
16	<p>Wichtige Termine ! Nicht besprochen</p>	
17	<p>Andere Themen ! Nächste Sitzung: Dienstag, 02.06.2020, 11:00 Uhr</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	02.06.2020, 11 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2 Leitung
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Marc Thanheiser
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Dierke
 - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG 34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! ZBS1

- Janine Michel
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Frau Rossmann



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ! 6.136.085 Fälle /371.857 Verstorbene ! Zu den Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen zählen in absteigender Reihenfolge Brasilien mit steigender Tendenz, USA, Russland, Indien, Peru, Chile, Mexiko, Großbritannien, Iran und Pakistan. ! Steigende Tendenz primär in Südamerika und Nahem Osten; USA zeigt weiterhin eine Zunahme an Fällen sowie neuen politischen Entwicklungen mit anhaltenden Protesten ! Karte: 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (basierend auf ECDC-Daten): Mit einer 7-Tage-Inzidenz von >50/100.000 Einwohner sind sichtbar v.a. Brasilien, Peru, Chile, Oman, die Vereinigten Arabischen Emirate, Armenien, Weißrussland und Dschibuti hervor. <p>Armenien hat große Probleme die Maßnahmen v.a. in den ländlichen Gebieten umzusetzen. In Saudi-Arabien/Oman sind Erkrankungen unter den Gastarbeitern weiterhin problematisch.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ○ Brasilien verzeichnet weiterhin ansteigenden Trend, wobei die Situation im Land sehr heterogen ist. Aktuell sind vor allem Sao Paolo und Manaus betroffen. Dazu gibt es im Laufe der Woche ein Update. ○ In den USA ist ein Plateau sichtbar und die aktuellen Ausgangssperren, die auf Grund der Proteste verhängt wurden, könnten die Zahlen positiv beeinflussen. ! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ○ In Russland ein weiterhin sinkender Trend. ○ Bangladesch: Über 100 Fälle in Cox's Bazar mit sehr eingeschränkten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Positiv zu werten 	ZIG1

	<p>ist das junge durchschnittliche Alter (ca. 20 J), jedoch müssen herrschenden Unterernährung und zahlreiche weitere Erkrankungen berücksichtigt werden.</p> <p>! Länder mit 700-7.000 neuen COVID-19 Fällen in den letzten 7 Tagen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einige Länder zeigen seit einigen Tagen ein Plateau auf, das sollte im Rahmen von Modellierungen nicht möglich sein laut Publikationen. ○ Schweden zeigt ein Reff von 1.1 auf und hat sich bei ungefähr 600 Fällen Tag und abnehmender Todesfallzahl eingependelt. ○ Armenien zeigt eine Zunahme auf Grund von Problemen der Umsetzung von Maßnahmen. <p>! Länder mit >100 Fällen und einem R eff. > 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auffällig hier Israel, Malawi, Brasilien und Zimbabwe <p>Übersicht der durchgeführten Tests international wird aktuell von ZIG1 bearbeitet.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 182.028 (+213), bei diesen Angaben sind Nachmeldungen möglich. Weiterhin ist wird bekannter Weise über das Wochenende sowie Feiertage weniger getestet und dementsprechend gemeldet. ○ Der Vergleich der über die Wochen erfolgt daher morgen. 8.522 (4,7%) Todesfälle (+11), geringer Anstieg Inzidenz 219/100.000 Einw., ca. 166.400 Genesene ○ DIVI: aktuell auf ITS: 689 Personen , davon beatmet: 378 ○ Schätzung der Reproduktionszahl: 0,89 (95%-PI: 0,73-1,06), Schätzung Reff (7-Tage-R) 0,87 (95%-PI: 0,8 – 0,95); beide Werte wieder fallend im Vergleich zum 01.06. 	<p>FG32</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlen der Bundesländer: Auffällig ist Bremen mit 38 neuen Fällen (Keine Übermittlung am We und Ausbruchgeschehen). Die 7-Tage-Inzidenz in Thüringen auf Grund von Ausbruchgeschehen im LK Sonneberg und umliegenden Gemeinden mit 5,9/100 000 auffällig. ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum bundesweit seit dem 26.05. kein deutlicher Rückgang sichtbar wie zuvor, aktuell Entwicklung eines Plateaus sichtbar. ○ Geographische Verteilung, 7-Tage-Inzidenz: LK Sonneberg fällt als einziger LK in die Kategorie mit 51 bis 100 Fällen/100.000 Einwohner bedingt durch ein Ausbruchgeschehen in einem Pflegeheim auf. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: Trend: 103 LK haben keine Fälle übermittelt. Hotspot weiterhin Nord-Bayern. ○ Landkreise mit 7-Tage-Inzidenzen > 50 bzw. > 35 Fälle /100.000: LK Coburg und SK Bremerhaven SK Bremerhaven (auf der Karte schwer sichtbar) berichtet einen Ausbruch in einer Kirchengemeinde wobei noch nicht klar ist, ob die Transmission im Rahmen des Gottesdienstes oder im privaten Kontext stattfand. ○ Signalerkennung ist ab dieser Woche möglich, bisher mangelnde Serverkapazität. Hilfe des RKIs zur Ausbruchbekämpfung wird bei Bekanntwerden eines Ausbruchs stets angeboten. <p><u>Pfingstgemeinde-Bremerhaven:</u></p> <p>Noch keine Rückmeldung seitens der lokalen Behörden.</p> <p><u>Glaubensgemeinschaft Zeugen Jehovas Berlin:</u></p> <p>Heute wurde von einem Ausbruch in einer Glaubensgemeinschaft mit den Zeugen Jehovas in Verbindung stehend mit 17 Fällen im Zusammenhang mit einer rumänischen Gemeinde berichtet. Die Aufklärung und</p>	<p>FG 36</p> <p>Präs/alle</p>
--	--	-------------------------------

	<p>Ausbruchsbekämpfung gestattet sich auf Grund von sprachlichen Barrieren als schwierig.</p> <p><u>Seniorenresidenz in LK Sonneberg:</u></p> <p>Vermutlich Übertragung durch Pflegeheim- MA.</p> <p><u>Gütersloh Fleischverarbeitung:</u></p> <p>Heute in der Epilag wurde ein Ausbruch in Gütersloh mit bisher 26 Fällen, der im Rahmen einer größeren Screeningaktion von fleischerarbeitenden Betrieben in KW 23 in NRW aufgefallen ist, berichtet. In diesem Betrieb sind mehrere Tausend Mitarbeiter auch aus benachbarten Kreisen und NI tätig. 2/26 Fälle gaben Symptome an, ansonsten erfolgten keine Angaben oder die Fälle waren asymptomatisch.</p> <p><u>Einzelne Infektionsfälle in Kitas</u> werden gern von der Presse aufgegriffen und berichtet, jedoch sind keine Übertragungen bzw. große Ausbruchgeschehen bekannt.</p> <p>Ausbruchserkennung erfolgt durch den epidemiologischen Zusammenhang von mehreren Fällen (Gottesdienste) oder beispielsweise war bei einem positiv getesteten Kind die Mutter im Pflegeheim tätig.</p> <p>FG36 erstellt eine Handreichung zur systematischen Erhebung von Informationen über Ausbrüche in Kitas bzw. Ansteckungen bei Kindern um die bestehenden Variablen des Meldesystems besser nutzen zu können.</p> <p>Nach Abstimmung mit FG32 soll diese Idee in der AGI vorgestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausbrüche/Beteiligung des RKI <p>Daten/detaillierte Informationen zu Ausbrüchen tendieren unvollständig zu sein bzw. es dauert lange bis RKI ausführliche Informationen zu Ausbrüchen bekommt. Diese Daten sind wichtig für die Lageeinschätzung, die das RKI machen muss.</p> <p>Einsätze von RKI-Mitarbeitern (v.a. PAE) werden durch K. Alpers, S. Haller, J. Walter koordiniert. Es gibt eine Liste mit Verfügbarkeit von Mitarbeitern, jedoch sind die personellen Kapazitäten eingeschränkt. Die Notwendigkeit der Ausweitung von personellen Kapazitäten am RKI für diese</p>	<p>FG37/alle</p> <p>VPräs/alle</p>
--	---	------------------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Arbeit soll dem BMG kommuniziert werden.</p> <p>Amtshilfeersuchen müssen von den Ländern offiziell an das RKI gestellt werden. Beispielsweise hat sich das HLPUG positiv zu einem Amtshilfeersuchen geäußert, jedoch ist bis heute keines vom Land Hessen gekommen.</p> <p>Göttingen hat zu Ausbruchsbekämpfung Containment Scouts angefragt. Da aktuell keine verfügbar sind, wird die Hilfe des RKIs im Rahmen einer Amtshilfe angeboten.</p> <p>Es soll eine Arbeitsgruppe von Epidemiologen und Statistikern (FG übergreifend) eingerichtet werden, die sich die bereits vorhandenen Daten (Meldedaten etc.) gezielt anschauen und auswerten. Eine Gruppe zu Modellierung besteht bereits.</p> <p>Selbsteinschätzung WHO/ECDC</p> <p>Analyse des Anteils zum Cluster gehörenden Fälle sowie der Anteil der Fälle, die auf eine community transmission hinweisen ist noch in Arbeit.</p> <p>Dispersion parameter k wird von M. an der Heiden berechnet. Diese Woche findet ein Treffen mit Hr. Funk (Mitautor der Publikation zu dispersion parameter k/K-Wert) statt, dieser könnte als externer Experte eingebunden werden.</p>	
2	<p>Internationales (ausnahmsweise am 2.06., sonst nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Brief des regionalen Direktors WHO-EURO mit Bitte der Unterstützung von Tadschikistan wird aktuell mit BMG bearbeitet und es findet die Organisation statt um der Bitte nachzukommen. ! Es laufen zahlreiche serologische Studien mit unterschiedlichen Partnern (in unterschiedlichen Durchführungsstadien) und es wird sich proaktiv um die Koordination bemüht mit ggf. extra Ressourcen. ! ZIG4 erweitert bestehende Webinare zu PCR-Testung auf Grund von Bedarf um Webinare zu serologischer Testung in Zusammenarbeit mit WHO AFRO und African CDC. ! Es wird sich aktuell darum bemüht dem Hilfeersuchen der 	ZIG

	<p>Stadt Manaus (Brasilien) in Zusammenarbeit mit der Charité nachzukommen.</p> <p>! Es kommen weiterhin Anfragen zu Bewertung von Reisewarnungen beispielsweise seitens des AA, diese werden sehr zurückhaltend beantwortet, da es bereits eine offizielle Stellungnahme/Bewertung des RKI dazu gibt.</p>	
3	<p>Update Digitale Projekte (nur montags) Hr. Schmich aus Zeitgründen nicht anwesend</p>	
4	<p>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</p> <p>TODO: FG14 stellt die Publikation zu "Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis" von Chu et al. vor https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31142-9/fulltext</p>	VPräs
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Angesichts der sinkenden Fall- und Todesfallzahlen soll eine Anpassung der Risikobewertung erfolgen. Es soll weiterhin möglichst differenziert auf die erhöhte Wahrscheinlichkeit der Ansteckung bei Nicht-Einhaltung der Regeln, Situationen in Gruppen in geschlossenen Räumen mit längerer Aufenthaltszeit mit erhöhter Gefahr der Aerosolbildung hingewiesen werden. Es soll betont werden, dass die Regeln trotz Änderung der Risikobewertung weiterhin gelten.</p> <p>Hr. Wieler hat evt. diese Woche eine Pressekonferenz mit Hr. Spahn, daher soll es diese Woche vorbereitet werden.</p> <p>TODO: LZ erstellt bis morgen einen Vorschlag</p>	VPräs/alle
6	<p>Kommunikation</p> <p>! BMG-Video zu Aerosol (ca. 10 min lang, daher nicht gezeigt) Frage nach Änderung der Kommunikationsstrategie, da die Abstandsregel im Video hinterfragt wird. Rolle der Aerosole ist weiterhin nicht abschließend geklärt, es soll weiterhin an Tröpfcheninfektion als Hauptübertragungsweg und Abstand von 1,5m festgehalten werden. FG32 teilt das Video mit dem Krisenstab.</p> <p>! FAQ sollen um die Rolle von Aerosolen und mögliche/notwendige Maßnahmen ergänzt werden TODO: Presse mit FG36 und FG14 erstellen eine neue FAQ zu Aerosolen</p> <p>! Frage nach bekannter wissenschaftlicher Literatur zu Vergleichen von Häufigkeit und Vorkommen von psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Quarantäne/Isolierung und/vs. neurologischen Spätfolgen/Residuen nach COVID-19 Erkrankungen. Aktuell sind keine Studien dazu bekannt.</p>	<p>FG32/BZgA</p> <p>VPräs/Presse</p> <p>BZgA/alle</p>
7	Neues aus dem BMG	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! SORMAS soll flächendeckend in Deutschland ausgerollt und möglichst in DEMIS integriert werden. Es findet heute Nachmittag eine TK mit BMG und HZI dazu statt.</p>	AL3
8	<p>Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>Gruppe Re/Deeskalation (FG36/ZIG) stellt am Freitag im Krisenstab die Weiterentwicklung der Strategieergänzung vor.</p>	Presse/ZIG/F G36
9	<p>Dokumente</p> <p>! Das Dokument zu Kontaktpersonenmanagement wird angepasst. Kontaktpersonen Kat. 1(KP1) sollen vor dem Vorliegen des Testergebnisses isoliert werden. Dieses Vorgehen ist so bereits im Text beschrieben, jedoch nicht in der Tabelle sichtbar.</p> <p>! Dokument zu Umgang bzw. Testung von leicht erkrankten Menschen, die ambulant im Alten/Pflegeheim versorgt werden, soll bzgl. der Empfehlung der Testung nach Ablauf von 14 Tagen und bei Beschwerdefreiheit angepasst werden. Frage nach einem ähnlichen Vorgehen wie bei ambulant versorgten leicht erkrankten Fällen (keine weitere Testung nach 14 Tagen bei Beschwerdefreit) muss diskutiert werden, das es sich hier um eine Umgebung mit Risikopersonen handelt. FG37, IBBS und AL1 tauschen sich über mögliches Vorgehen/Empfehlung aus.</p>	FG36 FG37/IBBS/A L1
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Corona-Monitoring: 1208 Proben insg.; 2 Proben grenzwertig positiv, neue Proben angefordert.</p> <p>! HCW-Studie: Keine Abstriche mehr zu erwarten, ab morgen nur noch serologische Testung.</p> <p>! Insgesamt: 432 Proben, 60 positiv. Externe Einsender zur Nachtestung bei unklarem Ergebnis.</p> <p>! Primärdiagnostik: 47/359 positive Proben (13%) letzte Woche</p> <p>! Aktualisierung der Hinweise zu Testung soll heut nach Abstimmung mit dem Erregersteckbrief um Widersprüche in den Dokumenten zu vermeiden online gestellt werden.</p> <p>! Konkretes Rechenbeispiel zu „Number needed to test“ um einen weiteren Fall zu verhindern steht noch aus.</p>	ZBS1 AL 1 VPräs/FG32
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>!</p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>!</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>!</p>	

14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) !	
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) !	
16	Wichtige Termine ! AGI-TK 13:00-15:00 ! ALM e.V. Pressekonferenz zu Laborfragen und Testzahlen 12:00-13:00 ! 8th webinar (DG SANTE) by the "COVID-19 Clinical Management Support System" on "COVID-19 and Intensive Care Medicine" 17:00-18:00	alle
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 03.06.2020, 11:00 Uhr	

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.</p> <p><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.</p> <p><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> <ul style="list-style-type: none"> ! 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. 	
7	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 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. ! Weiterhin gibt es parlamentarische Anfragen in großer Fülle. ! 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. 	Fr. Andernach
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 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. ! Das Thema ist in der AGI und EpiLag besprochen worden, aber aufgrund der unklaren Kriterien sollte es eine politische Entscheidung sein. ! 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. ! 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><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>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	05.06.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt.3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Matthias an der Heiden
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZIG1
 - Basel Karo

- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann
- ! BMG
 - Iris Andernach
 - Irina Czogiel

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 6.475.644 Fälle / 386.544 Verstorbene. ! Zu den Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen zählen in absteigender Reihenfolge Brasilien, die Vereinigten Staaten, Russland, Indien, Peru, Chile, Pakistan, Mexiko, der Iran und Bangladesch. ! Karte: 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (basierend auf ECDC-Daten): keine großen Änderungen, Hot Spots liegen in Lateinamerika. Innerhalb Europas liegt die 7-Tage-Inzidenz in Schweden, Weißrussland und Armenien 7-Tage-Inzidenz über 50 Fällen/100.000 Einwohner. ! Wuhan, China: keine Fälle im April, Häufungen mit 6 Personen Anfang Mai. Zur Vermeidung eines erneuten Ausbruchs und einer Rückkehr zu den Abriegelungen gab es einen 10-Tage-Plan, alle Bürger in Wuhan (11 Mio.) ab 14.05.2020 mit PCR zu testen. Bei der Testung von 9,89 Mio. Einwohner (vom 14.05. bis 01.06.2020) wurden 206 asymptomatische Fälle identifiziert (Positivrate 0,003%). Alle Kontakte der asymptomatischen Fälle wurden negativ getestet. Umweltproben wurden entnommen und getestet, alle negativ. Offiziell wurde erklärt, dass die Verbreitung von COVID-19 weitgehend eingedämmt sei. Die Massentestung beruhte auf einer Pool-Testung mit 5 Samples in einem Test; im Rahmen einer Qualitätskontrolle wurden über 35.000 samples wiederholt getestet (mit unverändertem Ergebnis). Die Tests wurden mit Rachenabstrichen durchgeführt. Die Gesamtkosten beliefen sich auf 280 Mio. USD. ! Im Krisenstab wird diskutiert, welche Schlussfolgerungen aus der Massentestung gezogen werden können. Es ist unklar, ob die positiven Fälle nachuntersucht wurden; selbst bei einer Doppeltestung seien die PCR-Ergebnisse nicht ausreichend sicher; eine sichere Aussage zu falsch-positiven oder falsch-negativen Ergebnissen fehlt. Pooling-Verfahren gelten bis zu einer Größe von 20 als machbar, in einem Lancet Papier wird dies näher ausgeführt. Eine serologische Testung wäre ggf. sinnvoll gewesen. Es wird darauf hingewiesen, dass die Massentestung in Zusammenhang mit großer Angst vor 	ZIG1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>gleichzeitig auf den Amtsarzt verwiesen, der weniger „strategische Beratung“ als „helfende Hände“ gebrauchen könnte. Der Amtsarzt hat Unterstützung letztlich abgelehnt und darauf verwiesen, dass bereits 2 Containment Scouts vor Ort seien, weitere 3 hinzukämen und weitere Mitarbeitende aus der Verwaltung hinzugezogen worden seien.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sonneberg: Tim Eckmanns war am 03.05.2020 mit Frau Bender (PAE) zur Unterstützung vor Ort. Die Lage ist durch Ausbrüche, z.T. landkreis-übergreifend, geprägt, insbesondere auch durch einen Ausbruch in einer RegioMed-Klinik mit vielen infizierten Mitarbeitenden. Der dort tätige Hygieniker hat nach Angaben des Gesundheitsamts und des Landrats die Lage nicht im Griff und kümmert sich nicht. Das Problem in Sonneberg ist z. T. struktureller Natur: die Amtsärztin ist seit einigen Jahren krank, ihre Stellvertretung ist ebenfalls ausgefallen, die Stelle ist bisher erfolglos ausgeschrieben, die Arbeit lastet auf einem kompetenten, aber inzwischen überlasteten Hygieneinspektor. In einem betroffenen Altenpflegeheim sei ein Mitarbeiter trotz Symptomen zur Arbeit erschienen, dort sind 13 Bewohner und insgesamt 6 Mitarbeitende positiv getestet worden. Kontakt mit der Universität Jena wurde aufgenommen. <p>! Level of Transmission: Das ECDC wünscht eine Angabe des Level of Transmission auf subnationaler Ebene. Slowenien und Kroatien weisen bereits sporadische Transmission aus, Frankreich und Portugal haben für bestimmte Regionen eine Cluster-Übertragung angegeben. Seitens des HSC ist eine dauerhafte Beibehaltung dieser Klassifikation nicht wahrscheinlich. Für Deutschland stellt sich jedoch aktuell die Frage, inwiefern die Meldedaten für die entsprechende Eingruppierung der Bundesländer herangezogen werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Für die Bundesländer wird die Anzahl der Fälle mit Kontakt zu bestätigtem Fall oder Ausbruchs-ID sowie deren Anteil für die KW21 dargestellt. In Mecklenburg-Vorpommern liegt der Anteil bei 100%, was auf ein Meldeartefakt zurückzuführen ist; die Ausbruchsreferenzdefinition soll dazu angepasst werden. Insgesamt zeigt sich eine große Heterogenität. Diese lässt sich z.T. auf unterschiedliche Software-Produkte zurückführen, so werden in HH und SN, wo Octoware zum 	<p>FG32 / alle</p>
--	--	--------------------

	<p>Einsatz kommt, nur Ausbruchsgeschehen berücksichtigt; allerdings ist die Vollständigkeit der Daten auch in Bundesländern, die ausschließlich SurvNet nutzen, auch nicht immer hoch (z.B. HB). Es ist unklar, welche Kriterien für die Cluster Transmission herangezogen werden sollen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es wird darauf hingewiesen, dass fast 90% der Kreise in Deutschland keine Fälle (119 Kreise) bzw. weniger als 5 Fälle/100.000 Einwohner (237 Kreise) in den letzten 7 Tagen aufweisen. Eine Darstellung der Transmission auf Landkreisebene ist deutlich einfacher als auf Bundeslandebene. Für die Bundesländer sollten ggf. die absoluten Zahlen und Inzidenzen im Sinne eines groben Rasters einbezogen werden. Eine Abstimmung mit den Bundesländern müsste erfolgen. Eine getrennte Ausweisung der Zugehörigkeit zu einem bestätigten Fall und zu einem Cluster wäre von Interesse. ○ In 60% der Fälle liegt eine Zugehörigkeit zu einem Cluster oder zu einem bestätigten Fall vor, jedoch sind die Daten unvollständig. Hinweise, dass die Daten seitens der Gesundheitsämter nachgetragen werden sollen, erfolgen wöchentlich. Es wird vorgeschlagen, dass die Datenvollständigkeit an die GÄ stärker im Sinne eines Benchmarking herangetragen wird. Die GÄ sollten nicht bloßgestellt werden, jedoch könnte man über Angabe eines bundesweiten und bundesland-spezifischen Durchschnitts zur Datenvollständigkeit Anreize geben, dass diese Daten verstärkt nachgetragen werden. ○ Die Auswertung könnte sich auf diejenigen Fälle beschränken, für die die entsprechenden Angaben vorliegen. Prinzipiell können fehlende Daten auch imputiert werden, dazu müssten die vorliegenden Daten jedoch repräsentativ sein. <p>! Testungen: Insgesamt sind knapp 4.350.000 Testungen auf SARS-CoV-2 durchgeführt worden. In der letzten Woche lag die Positivenrate bei 1%. Mehrfachtestungen sind zu berücksichtigen. Die Kapazitäten sind angestiegen, ein geringer Rückstau von Proben wurde dokumentiert. Hinsichtlich der Mehrfachtestung einer Person zeigt sich im Rahmen von ARS, dass sowohl einige zunächst negativ getestete Personen im Verlauf positiv wurden als auch einige positiv getestete im Verlauf negativ getestet wurden. Dies gleicht sich ungefähr aus.</p>	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Im Rahmen des Kapazitätenmonitoring ist eine neue Mitteilung aus SK Wiesbaden eingegangen, allerdings sind die dortigen Fallzahlen nicht stark erhöht; ggf. handelt es sich um eine primär politisch motivierte Anzeige.</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nach Anfrage von WHO-Euro wird aktuell eine Scoping Mission unter Beteiligung von ZIG (Jan Baumann, ZIG4) und Public Health England in Tadschikistan geplant, bei der Polen mit einem Militärflugzeug unterstützt. Die Fallzahlen in Tadschikistan sind niedrig, aber die dortige Regierung hat umfassend um Hilfestellung gebeten.</p> <p>! Hinsichtlich serologischer Studien gibt es viele Aktivitäten. Ein Study Coordinator soll eingestellt werden, dazu laufen Gespräche mit Abt. 2. Aus dem AA in Namibia ist heute eine Anfrage bezüglich des Aufbaus von Kapazitäten zur serologischen Testung eingegangen. In einem Rückkehrerflug sollen Materialien mitgeführt werden, lokale TV-Coverage ist geplant.</p> <p>! Aktuell stehen Verhandlungen mit dem BMG bezüglich GHPP (Projekt wird um 1 Jahr verlängert) und bezüglich eines Corona-Global-Pakets für 2020-2021 an.</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte</p> <p>! An dem Veröffentlichungsdatum vom 15.06.2020 für die Corona-Warn-App soll festgehalten werden. Dafür ist in den nächsten Wochen fachliche Unterstützung notwendig, insbesondere hinsichtlich der Einbindung der Gesundheitsämter. Am kommenden Dienstag soll die Corona-Warn-App in der AGI thematisiert werden. Die Abstimmung sei z.T. schwierig, das Projekt wird nicht ausreichend priorisiert. Herausgeber der Corona-Warn-App wird das RKI sein, jedoch besteht der Eindruck, dass das BMG den Prozess bestimmt. In die anstehende Medienkampagne zur App ist Abt. 2 nicht eingebunden.</p> <p>! Die Priorisierungsproblematik ist gut bekannt, vielfach bestehen konkurrierende Arbeitsaufträge (Corona-Warn-App, SORMAS, DEMIS, Impfkonzeptherstellung), die von den jeweiligen Referaten als oberste Priorität ans RKI herangetragen werden. Darauf kann seitens des RKI kein Einfluss genommen werden.</p> <p>! Es wird darauf hingewiesen, dass die Corona-Warn-App die lokalen Gesundheitsbehörden direkt über gehäufte Anfragen betreffen wird, so dass ein Austausch mit den Ländern dringend erforderlich erscheint.</p> <p>! Die Einführung einer Pilotphase war bereits zu einem früheren Zeitpunkt angeregt worden. Auch wenn die App jetzt bundesweit gleichzeitig starten soll, wäre eine Pilotphase mit sich</p>	FG21 alle

	<p>anschließender Evaluation weiterhin denkbar. Weder Pilotphase noch Evaluation sind aktuell vorgesehen.</p> <p>! Es wird angeregt, ein Konzept zum Krisenmanagement hinsichtlich der Corona-Warn-App zu erstellen.</p> <p><i>ToDo: FG21 bereitet Informationen zur Corona-Warn-App für die AGI vor. Abt. 3 bespricht mit Leitung Kapazitäten für Unterstützung bezüglich Corona-Warn-App. Die Corona-Warn-App soll im nächsten Krisenstab erneut diskutiert werden.</i></p>	
4	<p>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</p> <p>! Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review (Chu et al., Lancet)</p> <p>Der Review basierend auf einer systematischen Literaturrecherche von Studien im Gesundheitswesen (Zeitraum von 2003 bis Mai 2020) stützt bisherige Erkenntnisse zu Abstandsregeln, Nutzung von Gesichtsmasken und Augenschutz.</p> <p>Mindestens 1 Meter Abstand, besser 2 Meter wären sinnvoll (moderate Evidenz). Ein Augenschutz hatte in health care settings einen leichten zusätzlich protektiven Effekt.</p> <p>! Die WHO gibt heute neue Empfehlung heraus, die sich mit Masken befasst (Patienten und Angestellte sollen MNS im KH tragen).</p>	<p>FG14</p> <p>Präs</p>
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Braucht die aktualisierte Version (Herunterstufung) noch eine eingehendere fachliche Begründung?</p> <p>Der Krisenstab stimmt der neuen Risikobewertung prinzipiell zu. Die geeignete begleitende Kommunikationsform (Tweet oder Pressemitteilung) wird noch diskutiert. Es erfolgt noch Rücksprache mit dem BMG.</p> <p><i>ToDo: Hinsichtlich der Risikobewertung soll weitere Rücksprache mit dem BMG erfolgen. ZIG1 erstellt Vergleich mit Risikobewertungen des ECDC und anderer Länder (Aufgabe ID 1289).</i></p>	<p>alle</p>
6	<p>Kommunikation</p> <p>! Aktuell gehen viele Anfragen zu Schulschließungen ein, dabei wird auf vorliegende Dokumente verwiesen.</p> <p>! Es gab technische Probleme mit der Europa-Karte auf der Webseite, die inzwischen behoben werden konnten. Auffällig ist, dass die 7-Tage-Inzidenz in Schweden den Wert von 50/100.000 Einwohner überschreitet.</p> <p>! Am 15.06.2020 ist eine große Pressekonferenz zur Vorstellung der Corona-Warn-App geplant, dies war auch ursprünglich für die Kommunikation der neuen Risikobewertung vorgesehen. Der Krisenstab hält die Veröffentlichung der neuen Risikobewertung</p>	<p>Presse</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	in diesem Rahmen für wenig passend und schlägt eine frühere Veröffentlichung vor.	
7	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das Einreiseregime ist weiterhin bestimmend, auch im interministeriellen Krisenstab. Ein Dokument mit Bezug auf Deutschland/Frankreich ist in der Ressortabstimmung und könnte ggf. als Vorlage für die EU dienen. ! Ziel ist, dass Parameter für das Einreiseregime auf EU-Ebene erstellt werden, wobei weiterhin unklar ist, welche Parameter dies sein sollen. ! Der gestern gehaltene Vortrag von FG14 hat viel positive Resonanz erzeugt. Das Thema Aerosole wird voraussichtlich nochmals auf die Agenda des Krisenstabs im BMG kommen. ! Das Thema Rekonvaleszenzseren ist durch die deutsche Botschaft in Bolivien erneut an das BMG herangetragen worden. Das BMG ist im Austausch mit dem Lagezentrum, um eine Antwort abzustimmen; dazu soll die Pressestelle eingebunden werden. ! Angesichts einer für den 08.06.2020 geplanten TK mit den Bundesländern wird nach neuen Erkenntnissen bezüglich der Rolle von Kindern und Jugendlichen als Überträger gefragt. Laut FG36 hat sich an der grundsätzlichen Einschätzung nichts geändert, die bestehende Übersicht wird aber nochmals in Hinblick auf neue Publikationen überprüft. Es gelte weiterhin, dass die Rolle von Kindern am Gesamtgeschehen nicht geklärt sei und dies im Kontext von Kita- und Schulöffnungen breiter untersucht werden sollte. ! Hinsichtlich des Papiers zu den Gemeinschaftsunterkünften ist bisher keine Rückmeldung aus dem BMG eingegangen. Zwischenzeitlich sollte die Migrationsbeauftragte direkt eingebunden werden, dies ist aktuell nicht mehr gewünscht. Es wird von BMG-Seite geklärt, wann Rückmeldung zu erwarten ist. ! Hinsichtlich der Corona-Warn-App wird eine aktive Rolle des BMG (unter Einbindung der Abt. 5) gewünscht, eine E-Mail dazu ist bereits erfolgt, so dass im Rahmen der nächsten AGI das Thema eingebracht und den Ländern vorgestellt werden soll. 	<p>Frau Czogiel/ Frau Andernach</p> <p>FG32</p>
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Strategie COVID-19-Response</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In der AG Deeskalation sind Überlegungen zu möglichen Szenarien, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen bis April 2021 in einem Strategiepapier zusammengestellt 	ZIG

	<p>worden. Ziel ist, die Fallzahlen so niedrig wie möglich zu halten. Eine 2. Welle wird nicht aktuell, sondern eher ab Oktober erwartet.</p> <p>! Im Rahmen der Empfehlungen werden 6 Bereiche herausgestellt, nämlich 1) die Prävention von Infektionen, 2) die Stärkung der Kapazitäten des Gesundheitssystems (inklusive barrierefreiem Zugang zu Testungen und medizinischer Versorgung sowie langfristiger Stärkung des ÖGD, dabei ist zu beachten, dass die 1. Kohorte der Containment Scouts zu Oktober voraussichtlich ausscheiden wird); 3) Veränderung der Verhältnisse, z.B. regulatorische Maßnahmen in Flüchtlingsheimen denkbar oder Anpassungen im Arbeitsbereich; 4) Kommunikation; 5) Überwachung und Unterstützung des Verlaufs der Epidemie (z.B. durch Nutzung der Parameter, die in früheren Arbeiten zur Deeskalation und Reeskalation beschrieben wurden); 6) Mobilität in Deutschland, der EU und weltweit (u.A. Testung und medizinische Versorgung unabhängig von Dokumentation und Versicherungsstatus; Mobilitätsdaten als Grundlage für gezielte Unterstützung bestimmter Regionen).</p> <p>! Es wurden Forschungsfragen identifiziert, die im Rahmen systematischer Reviews zeitnah bearbeitet werden könnten, dazu laufen bereits Gespräche in ZIG2. Themen sind: die Effektivität von Maßnahmen, die Rolle von Superspreadern oder superspreading events, die Rolle von Kindern und Jugendlichen, Saisonalität von COVID-19, Grenzöffnungen und Mobilität, Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung.</p> <p>! Es wird diskutiert, inwiefern die Angabe eines Endpunktes (Impfstoff vorhanden? Therapeutikum vorhanden?) möglich bzw. sinnvoll erscheint. Mit der Verfügbarkeit eines Impfstoffs oder Therapeutikums ist die Pandemie jedoch nicht beendet, sondern neue Aspekte z.B. Impfstoffverteilung rücken in den Vordergrund.</p> <p>! Es wird vorgeschlagen, die Stärkung des ÖGD stärker zu betonen. Angesichts der in Ausbruchsgeschehen gewonnenen Erkenntnisse liegen lokal häufig strukturelle Mängel vor (kein Amtsarzt, schlechte Ausstattung), die die Durchführung von Infektionsschutzmaßnahmen erschweren.</p> <p>! Aus klinischer Perspektive ist anzumerken, dass die Spitzenbelastung und damit Überlastung der Intensivkapazitäten vermieden werden sollte. Zudem sollte eine Abwägung zwischen epidemiologischen und sozialen Effekten erfolgen; die Kollateralschäden bzw. die Gesamtgesundheit sollten stärker beleuchtet werden. Eine Erörterung der Infektionsdosis und des klinischen Outcomes wäre auch relevant. Zudem lässt sich eine zukünftige Influenzawelle von einer 2. COVID-19-Welle im kommenden Winter nicht entkoppeln; daher sollte die Grippeprävention besonders stark thematisiert werden.</p> <p>! Es wird angeregt die Überschrift „Strategie Covid 19</p>	<p>Alle</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Response“ zu überdenken, ggf. eher Handlungsfelder für ein Leben mit SARS-CoV-2 beschreiben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Weiteres Feedback wird begrüßt. ! Es wird vorgeschlagen, die großen Säulen des Krisenmanagements in Deutschland (Teststrategie, Kontaktpersonennachverfolgung, Anpassung der Flussschemata, Entwicklung von Risikogebieten) in einem Paper „Public Health Response Germany“ zusammen zu fassen. Der Krisenstab begrüßt diesen Vorschlag. <p>b) RKI-intern</p> <p>Umgang mit Datenjournalisten-Anfragen und Nachfragen zum IfG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ein Datenjournalist des NDR hat alle Nowcasting-Ergebnisse und Berichte an die Bundesländer unter Berufung auf das Informationsfreiheitsgesetz (IFG) angefordert. Die Bundesländer wünschen jedoch keine Veröffentlichung. Es wird angefragt, welche Dokumente gemäß IFG herausgegeben werden. Herr Mehlitz hat bereits signalisiert, dass das IFG weitgehende Rechte einräumt. ! Grundsätzlich sind sämtliche Dokumente herauszugeben, solange keine personenbezogenen Daten oder andere Ausnahmetatbestände vorliegen. Es wird diskutiert, ob laufende Projekte (da noch keine Endprodukte) bereits herausgegeben werden müssen. Eine grundsätzliche Klärung wird vom Krisenstab für notwendig erachtet, auch in Hinblick auf zukünftige Berichterstattung und interne Dokumente. Dafür ist L1 zuständig. Entsprechende Anfragen wurden bisher von L1 beantwortet mit Zuarbeit aus den jeweiligen Fachgebieten. Die automatische Abwesenheitsnotiz auf Bürgeranfragen sorgt ggf. für weitere Anfragen nach IFG. <p><i>ToDo: Herr Schaade spricht mit Herrn Mehlitz bezüglich Umgang mit IFG-Anfragen.</i></p>	<p>Matthias an der Heiden</p> <p>VPräs/alle</p>
<p>9</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nowcasting/R Bericht für die Bundesländer (R nicht mehr ausweisen bei kleinen Fallzahlen in den letzten 8 Tagen, da dann evtl. irreführend) <ul style="list-style-type: none"> ! Bei geringen Fallzahlen wie zuletzt in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt ergeben sich ggf. hohe R-Werte. Man könnte die Berechnung des R-Wertes bzw. dessen Kommunikation unter bestimmten Kriterien aussetzen (z.B. wenn durchschnittlich weniger als 2 Fälle pro Tag innerhalb der 8 Tage (R-Wert) bzw. 11 Tage (7-Tage-R-Wert) aufgetreten sind). Ebenso sollten Kriterien 	<p>FG34</p>

	<p>für die Wiederaufnahme der Berechnung der beiden Werte genannt werden, die, um ein zu häufiges Aufnehmen und Aussetzen der Berechnung zu verhindern, höhere Schwellen beinhalten sollten. Wichtig wäre ein systematischer Ansatz. Der Ansatz wird vom Krisenstab für sinnvoll erachtet.</p> <p>! Es wird diskutiert, ob die Ausgabe beider R-Werte weiterhin sinnvoll ist. Ein Wechsel zum 7-Tage-Wert wäre erst dann gut zu kommunizieren, wenn beide Werte unter 1 liegen. Die Kriterien für die Aussetzung bzw. Wiederaufnahme der Berechnung als auch die etwaige Beschränkung auf den 7-Tage-R-Wert wären im Lagebericht zu beschreiben.</p> <p><i>ToDo: Leitung klärt, ob die Berichterstattung auf einen R-Wert beschränkt werden kann.</i></p> <p>! Hygienedokument angepasst / Aerosole</p> <p>Das Dokument wurde mit Frau Gastmeier (Charité) abgestimmt. Der Krisenstab stimmt der Veröffentlichung zu.</p> <p>! Anpassung des Steckbriefs</p> <p>Der Steckbrief wird Anfang nächster Woche nochmals zirkuliert, überarbeitet und voraussichtlich am kommenden Donnerstag publiziert. Um eine Diskrepanz mit anderen Dokumenten auf der Webseite zu vermeiden, werden kleine Änderungen zur Inkubationszeit und Zeit der infektiösen Phase bereits zwischenzeitlich angepasst.</p> <p>Es wird vorgeschlagen, den Rhythmus der Aktualisierung auf 14-Tage zu verlängern. Der Krisenstab stimmt diesem veränderten Rhythmus zu.</p>	<p>FG14</p> <p>FG36</p>
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Reihentestung: <i>nicht besprochen</i></p> <p>! Im Rahmen der Health Care Worker Studie sind 459 Seren eingegangen, weitere werden erwartet. Bisher wurden nur wenige positive Proben gefunden, Nachtestungen der positiven Proben sind geplant. In der Corona-Monitoring-Studie waren alle Proben negativ. Insgesamt sind diese Woche 300 Proben eingegangen, die Positivenrate ist gesunken.</p> <p>! Bei FG17 sind 228 Einsendungen eingegangen, davon 4 RSV positiv, kein Sars-Co-V-2 Nachweis.</p>	<p>ZBS1</p> <p>FG17</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p>	

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Nicht besprochen	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Wiederaufnahme Kontaktpersonennachverfolgung im Flugverkehr ab 16.06.2020 geplant. <i>Diskussion auf 08.06.2020 vertagt.</i></p> <p>! GA Frankfurt und GA Düsseldorf erstellen Vorschlag für Umgang mit akut respiratorisch Erkrankten am Flughafen bzw. für eine bundesweite Regelung zum Tragen von chirurgischem Mund-Nasen-Schutz im Flughafen zur Vorlage an AGI. <i>Diskussion auf 08.06.2020 vertagt.</i></p>	FG32
15	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Die Reduktion des RKI-Outputs wurde bisher nicht mit BM Spahn besprochen. Die Herabstufung der Risikobewertung bietet ein gutes Argument, um die Berichterstattung herunterzufahren. Das BMG hat bereits einige Inhalte benannt, die weiterhin täglich zu berichten sind.</p> <p><i>ToDo: FG32 erstellt Beispiel für verkürzten Lagebericht und stimmt diese Vorlage mit BMG ab, so dass ggf. bereits für das Wochenende vom 13./14.06.2020 eine verkürzte Fassung ausreichen würde.</i></p>	FG32/Präs/ alle
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>!</p>	alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 08.06.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	08.06.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt.3
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Michaela Diercke
 - Madlen Schranz
 - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Jamela Seedat
- ! ZIG1

- Basel Karo
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann
- ! BMG
 - Iris Andernach
 - Irina Czogiel

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Auf der Karte der 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (basierend auf ECDC-Daten) zeigen sich keine großen Änderungen, die Hot Spots liegen vor allem in Lateinamerika. Innerhalb Europas liegt die 7-Tage-Inzidenz in Schweden und Weißrussland über 50 Fällen/100.000 Einwohner. ! Süd-Korea: Es besteht Sorge vor einer 2. Welle, da aktuell 57 neue Fälle gemeldet wurden, davon 27 in Seoul und 19 in Gyeonggi-do. Während Clubs, Bars und Diskotheken in Seoul auf unbestimmte Zeit geschlossen, werden Nachtclubs und Bars in Gyeonggi-Do zunächst für 2 Wochen geschlossen. ! Am 05.06.2020 wurde die WHO Empfehlung zum Tragen von Masken aktualisiert, dabei haben sich die Richtlinien für symptomatische Personen (medizinische Maske), Pflegepersonal im ambulanten Bereich (medizinische Maske) und medizinischem Personal bei der Behandlung und Pflege von verdächtigen und bestätigten COVID-19 Patienten (medizinische Masken) nicht geändert. ! In Einrichtungen des Gesundheitswesens wird zwischen Gebieten mit „community transmission“ und solchen mit „sporadic transmission or clusters“ unterschieden. Bei „community transmission“ sollte medizinisches Personal medizinische Masken tragen (Ausnahme Verwaltungspersonal), in ambulanten Bereich auch. In Gebieten mit „sporadic transmission or clusters“ werden medizinische Masken für medizinisches Personal in Kontakt mit Verdachts- oder bestätigten COVID-19-Fällen empfohlen. Dabei sollten filtrierende Halbmasken in Settings mit aerosolgenerierenden Prozeduren genutzt werden. ! Für die allgemeine Bevölkerung in Gebieten mit „community transmission“ und bei fehlender Möglichkeit zur physischen Distanzierung wird das Tragen einer medizinischen Maske für Personen mit einem höheren Risiko und Personen mit respiratorischen Symptomen empfohlen. ! Nicht-medizinische Masken werden für die allgemeine 	ZIG1

	<p>Bevölkerung in Gebieten mit „community transmission“ und fehlender oder eingeschränkter Möglichkeit der physischen Distanzierung sowie in Settings mit hoher Bevölkerungsdichte empfohlen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die WHO empfiehlt eine Zusammensetzung der Masken aus mindestens 3 Schichten. Verschiedene Materialien werden hinsichtlich ihrer Filtrationseffizienz und Qualität beschrieben. ! Hinsichtlich Aerosol-produzierender Maßnahmen wird auf den Arbeitsschutz sowie auf die Empfehlungen der Bundes-Zahnärztekammer verwiesen; letztere hat insbesondere auch die Definition aerosol-generierenden Maßnahmen thematisiert. Ob FFP2-Masken bei Behandlung aller Patienten oder bei COVID-19-Patienten zum Einsatz kommen sollen, ist unklar. Eine Maske mit Ausatemventil ist nicht zum Drittschutz geeignet. ! Es wird diskutiert, ob aufgrund der Aerosolbildung in geschlossenen Räumen grundsätzlich eine Maske getragen werden sollte. Hinsichtlich der Mundnasenbedeckung könnten auch Faktoren wie Dichte, Raumgröße und Belüftung herangezogen werden, jedoch müssen die entsprechenden Empfehlungen auch umsetzbar und akzeptabel in der breiten Bevölkerung sein. Es wird angemerkt, dass das Tragen von Masken „den Kern jedes Unterrichts torpediere“ (Vorsitzende des Deutschen Philologenverbandes Susanne Lin-Klitzing). ! Es wird diskutiert, ob die Abstandsempfehlung von 1,5 Meter beibehalten werden kann. Hinsichtlich der Erkenntnisse über Aerosolbildung könnten 2 Meter Abstand sinnvoll sein, jedoch ist dieser Abstand im ÖPNV und anderen Settings kaum praktikabel. Wenn der Abstand nicht einzuhalten ist, wird das Tragen einer Mundnasenbedeckung empfohlen. In der WHO-Empfehlung wird ein Mindestabstand von 1 Meter thematisiert, eine derartige Reduktion wird seitens des Krisenstabs abgelehnt. ! Prof. Rösler führt Versuche mit einer Aerosol-Kammer in einem Hamster-Modell durch; die Ergebnisse können für weitere Überlegungen ggf. nützlich sein. ! Die Ergebnisse der TU Berlin zur Verteilung der Aerosole im Raum sollen zeitnah zirkuliert werden. ! Eine Maskenpflicht in Schulen könnte ggf. die Influenza-Last im Winter reduzieren. ! Es wird diskutiert, ob der Aufbau nicht-medizinischer Masken in die RKI-Empfehlungen aufgenommen werden sollte. Damit hätten sich die Pneumologen bereits auseinander gesetzt; Staubsaugerbeutel als Basismaterial 	<p>FG14/FG36/ alle</p>
--	--	----------------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>für eine Maske würden für viele Patienten z.B. einen zu hohen Atemwiderstand ergeben. Der Krisenstab spricht sich dagegen aus, konkrete Empfehlungen zum Aufbau nicht-medizinischer Masken zu geben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine individuelle Empfehlung, welche Maske für welche Risikogruppe sinnvoll wäre, ist nicht zielführend; diese Festlegung ist eine Entscheidung des behandelnden Arztes. Für einen Patienten, der aus gesundheitlichen Gründen keine Maske tragen kann, ist der Herdenschutz durch andere wichtig. ! Aktuell besteht kein Handlungsdruck, da trotz der Lockerungen der Maßnahmen die Fallzahlen weiterhin abnehmen. Aus den vorliegenden Ausbruchsgeschehen sollten Erkenntnisse als Basis für ggf. schärfere Empfehlungen im Herbst gewonnen werden. An den bisherigen Empfehlungen zum Abstand und zum Tragen einer Mundnasenbedeckung wird festgehalten. <p><i>ToDo: FG14 stellt die Empfehlung der Bundes-Zahnärztekammer zur Verfügung.</i></p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! SurvNet übermittelt: 184.193 (+214), davon 8.674 (4,7%) Todesfälle (+6), Inzidenz 222/100.000 Einw., ca. 169.600 Genesene, Schätzung der Reproduktionszahl (R) = 1,11 (95% KI 0,90 – 1,33), Schätzung 7-Tage-R = 0,87 (95% KI 0,78-0,97), (Stand: 08.06.2020) ! Die Schwankungen des R-Werts der letzten Tage sind bei niedrigen Fallzahlen wenig aussagekräftig. ! DIVI: 540 Personen aktuell auf ITS, davon beatmet: 316 ! Der rückläufige Trend hält an, alle Bundesländer übermitteln Fallzahlen im 2-stelligen Bereich bezüglich der Differenz zum Vortag. Die in MV nach Gottesdiensten aufgetretenen Fälle sind noch nicht sichtbar. ! Die 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum zeigt einen abfallenden Trend. ! In der geografischen Verteilung sind 4 LK auffällig mit Inzidenzen zwischen 26 und 50 Fällen/100.000 Einwohner (SK Bremerhaven, LK Göttingen, LK Coburg, LK Cuxhaven). Bremerhaven und Cuxhaven stehen in 	<p>FG32</p>
--	---	-------------

Zusammenhang. Das Geschehen in Göttingen ist ebenfalls bekannt. Die hohe Inzidenz im LK Coburg ist im Zusammenhang mit dem Ausbruchsgeschehen im Nachbarkreis LK Sonneberg zu sehen. Das Amtshilfeersuchen bezüglich des Ausbruchsgeschehens in Göttingen wurde zurückgezogen; sollte wider Erwarten weiterer Unterstützungsbedarf bestehen, würde sich der Amtsarzt melden.

! Aktuelle Ausbrüche:

- Bremerhaven: Das GA ist bereit, bestimmte Daten zur Verfügung stellen, wenn dies mit wenig Mehraufwand verbunden ist. Zusätzlich wurde der Wunsch nach einer Aufbereitung des kreisübergreifenden Ausbruchs geäußert; gleiches gilt für den Ausbruch in Frankfurt. Es wird angeregt, dass sich die ÖGD-Kontaktstelle diese Aufgaben im Verlauf übernimmt.
- Viele Ausbrüche sind im Kontext religiöser Veranstaltungen (Pfingsten, Gottesdienste, Zuckerfest) einzuordnen. Außerdem gibt es weiterhin Ausbrüche in Logistikzentren, in fleischverarbeitenden Betrieben und unter Erntehelfern.

! Inanspruchnahme Notaufnahmen:

! Das neue Berichtsformat enthält Angaben zur Datengrundlage (aktuell 10 Notaufnahmen in 5 Bundesländer mit ca. 30 bis 260 Kontakten pro Tag), zum zeitlichen Verlauf mithilfe eines 7-Tage gleitenden Durchschnitts (ab Mitte März ist ein 30 bis 45%iger Abfall der Vorstellungen ersichtlich, seit Mitte April leichter Anstieg, aber nicht auf Ausgangsniveau), zur Altersverteilung (der abfallende Trend ist in allen Altersgruppen ersichtlich), zur Dringlichkeitseinschätzung (deutlicher Abfall bei 3. und 4. Dringlichkeitsstufe der Vorstellungen) und zu nach CEDIS-kodierten Vorstellungsgründen (kardiovaskuläre und neurologische Vorstellungsgründe mit starkem Rückgang verbunden).

! Die Veröffentlichung ist einmal pro Woche vorgesehen, ein Teil der Daten soll auch im Lagebericht veröffentlicht werden. Die Erstveröffentlichung ist im Epid. Bull. geplant.

! Es wird angeregt, den Bericht als Nachtrag zu einer schriftlichen Anfrage aus dem Bundestag zu senden.

! Der Krisenstab regt an, den Titel Surveillance



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Monitoring (SUMO) zu überdenken, einerseits weil die Surveillance in den Notaufnahmen nur einen kleinen Teil aller Surveillancebereiche darstellt, andererseits weil die Begrifflichkeiten früher in Zusammenhang mit Abt. 2 (Gesundheitsmonitoring) und Abt. 3 (Surveillance) standen.</p> <p>! Es ist unklar, ob es ab Mitte März vermehrt Vorstellungen im ambulanten Sektor gab oder die Fälle insgesamt erst später eine Notaufnahme aufgesucht oder keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen haben. Aus den vorhandenen Daten der Notaufnahmen lässt sich dies nicht beantworten. Allerdings könnte man über die in der AGInfluenza verfügbare Gesamtzahl aller ambulanten Patienten und über die für ICOSARI verfügbare Anzahl aller vollstationären Patienten ggf. eine Schätzung vornehmen. Diese Gegenüberstellung könnte ggf. in den Bericht aufgenommen werden.</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>Corona-Warn-App (Stand, Diskussion)</p> <p>! Starttermin für die Corona-Warn-App ist der 15.06.2020. Es handelt sich um ein Quellcode-offenes Produkt, an dem viele Akteure (SAP, Telekom) beteiligt sind. Angesichts des Zeitdrucks sind einige Punkte, die ursprünglich bereits in der ersten Projektphase umgesetzt werden sollten, vertagt bzw. gestrichen worden. Eine große Herausforderung wird der Umgang mit Bürger- und Presseanfragen sein. Die Telekom wird eine Hotline einrichten. Zum 15.06.2020 werden weder alle Labore noch die GÄ angebunden sein, außerdem werden keine größeren Evaluationsmöglichkeiten vorhanden sein.</p> <p>! Die Corona-Warn-App sieht einen Austausch von Daten (Ort, Zeitpunkt) über Bluetooth bei Treffen von 2 Nutzern, die die App heruntergeladen haben, vor. Wird ein Nutzer im Verlauf getestet, so kann das Testergebnis entweder digital oder manuell (Freischaltung über Call Center) verifiziert und anderen Nutzern mitgeteilt werden. Dabei drucken Labore einen QR-Code aus. Das Testergebnis wird an den Laborserver übermittelt und der Nutzer erhält innerhalb der App die Information, dass er infiziert ist. Dabei muss der Nutzer selbst aktiv nach dem Testergebnis fragen. Dem Nutzer ist freigestellt, das positive Ergebnis über die App</p>	FG21

	<p>anderen Nutzern mitzuteilen. Hierfür erhält er zusammen mit dem Laborergebnis eine Pin, um falsche Signalgebungen zu verhindern. Über eine Hotline der Telekom können technische als auch inhaltliche Fragen beantwortet werden. Es sind Schulungen geplant, um diese Hotline mit weiterer Funktionalität auszustatten. Der Kontakt mit den GÄ ist noch nicht im Detail geklärt.</p> <p>! Für die Planung und Umsetzung der 2. Projektphase wird um Unterstützung durch Abt. 3 gebeten. Der technische Stand soll im Krisenstab am 10.06.2020 weiter vorgestellt werden.</p> <p>! Die Seuchenreferenten sollen am Dienstag, den 09.06.2020 im Rahmen der AGI über die Corona-Warn-App informiert werden. Vertreter des BMG-Referats 512 sowie Justus Benzler (FG32) werden an der AGI teilnehmen.</p> <p>! Herr Wieler wird im Laufe der Woche an einer Telefonkonferenz zwischen BM Spahn und GÄ zu diesem Thema teilnehmen.</p>	<p>FG32</p> <p>Präs</p>
4	<p>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</p> <p>! Nicht besprochen.</p>	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Die neue Fassung der Risikobewertung ist fertiggestellt. Die Veröffentlichung soll nächste Woche im Rahmen der großen Pressekonferenz erfolgen, wenn auch die Corona-Warn-App vorgestellt wird. Eine entsprechende Abstimmung zum Zeitpunkt der Veröffentlichung ist heute Vormittag mit Herrn Holtherm erfolgt.</p> <p>! Es wird angeregt, den allgemeinen Satz zur weltweiten Reisewarnung des AA zu streichen.</p>	<p>VPräs/Präs</p> <p>Presse</p>
6	<p>Kommunikation</p> <p>! Aktuell wird eine FAQ aufgesetzt, die einen Überblick über die aktuell verfügbaren Apps geben soll.</p> <p>! Die BZgA wurde seitens einer Anwaltskanzlei zu einer Stellungnahme bezüglich des von Zeitschriften ausgehenden Übertragungsrisikos aufgefordert. Dabei gehe es um massiv gesunkene Umsätze der Lesezirkel, von denen ca. 2,5 Mio. Arbeitsplätze abhängen. Es wird gefragt, wie diese Anfrage seitens des RKI beurteilt wird. Laut Krisenstab gibt es keinen Nachweis, dass SARS-CoV-2 auf Pappoberflächen 24 Stunden aktiv bleiben kann. Die Empfehlung, Lesezirkel-Zeitschriften einzustellen, kommt aus den Bundesländern.</p> <p>! Es wird gefragt, ob hinsichtlich der Ausbrüche in fleischverarbeitenden Betrieben oder Gemeinschaftsunterkünften eine Erweiterung des Sprachenangebots (Rumänisch, slawische Sprachen, leichte Sprache) geplant ist. Laut BZgA sind bereits Angebote in 13 Sprachen vorhanden, zusätzliche Inhalte sind in Polnisch und Rumänisch sowie in leichter Sprache geplant.</p>	<p>BZgA</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Piktogramme als auch Videobotschaften seien bereits verfügbar.</p> <p>! Am Dienstag, den 09.06.2020 sind im Zeitraum von 16 bis 19:00 Uhr Wartungsarbeiten an der Webseite geplant.</p> <p>! Es wird angeregt, im Situationsbericht eine allgemeine Einschätzung der Lage abzubilden, z.B. im Sinne von „die Zahlen sind weiterhin rückläufig, es gab im Durchschnitt X Fälle pro Tag in den letzten 7 Tagen, die meisten LK haben X Fälle“.</p> <p><i>ToDo: FG32 erstellt einen Vorschlag zur Einschätzung der Situation im Lagebericht.</i></p>	<p>Presse</p>
<p>7</p>	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Das Grenzregime in Drittstaaten bestimmt weiterhin die Agenda, dabei soll die Teststrategie berücksichtigt werden. Angesichts der Situation in Brasilien und anderen Ländern sind keine vergleichbaren Daten verfügbar; selbst auf EU-Ebene erscheint ein daten-basiertes Grenzregime schwierig umsetzbar. Daher wird aktuell der Nachweis eines negativen Befundes bei Einreise als Voraussetzung diskutiert. Dies sei zeitlich von der Visumserteilung entkoppelt. Vielmehr werde eine Testung 48 Stunden vor Anreise, eine Testung an Flughäfen oder eine 14-tägige Quarantäne diskutiert. Viele logistische Fragen seien zu klären, z.B. der Umgang mit Gesundheitszertifikaten in den unterschiedlichsten Sprachen, die Frage der Zertifizierung, die Vermeidung von Warteschlangen bei Testungen an Flughäfen. Herr Rottmann habe darum gebeten, die Thematik in der AGI weiter zu diskutieren.</p> <p>! Eine Quarantäne-Anordnung bei Einreise aus europäischen Ländern mit einer 7-Tage-Inzidenz über 50/100.000 Einwohner sei bisher aus NI bekannt, nicht aber aus weiteren Bundesländern. An einer Quarantäne-Muster-Verordnung wird aktuell gearbeitet.</p> <p>! Seitens des RKI wird betont, dass die AG Flughäfen als auch das RKI sich gegen die Durchführung von Testungen an Flughäfen und ein entsprechendes Entry Screening ausgesprochen haben. Symptomatische Reisende sollten unabhängig von Herkunft und Versicherungsstatus getestet werden können.</p>	<p>Frau Czogiel/ Frau Andernach</p>
<p>8</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p>	

	<p>a) Allgemein</p> <p>Nicht besprochen.</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>Empfehlung zu Aufnahmeeinrichtungen.</p> <p>! Der vom RKI erstellte Entwurf ist an das BMI weitergeleitet worden und anschließend auf Referentenebene von BMG und BMI geändert worden. Dabei wurden fachliche Empfehlungen des RKI z.T. substantiell verändert. Grundsätzlich ist zu hinterfragen, wie auf ein solches Vorgehen mit fachlichen Empfehlungen des RKI reagiert werden soll. Es wäre denkbar, eine Vorversion zu veröffentlichen oder auf eine Veröffentlichung zu verzichten.</p> <p>! Im BMG war primär das Team 3 unter Frau Ziegelmann involviert, welches die Problematik gesehen habe. Ggf. sollte überlegt werden, 2 Dokumente zu entwickeln: eins für die fachlichen Empfehlungen des RKI und ein zweites für die politischen Entscheidungen, was dann eine politische Ressortabstimmung zwischen BMG und BMI etc. durchlaufen kann. Es wird erwähnt, dass dpa eine Version des Papiers von Anfang Mai über das BMI erhalten und sich nach dem aktuellen Stand erkundigt habe.</p> <p><i>ToDo: Herr Schaade bespricht mit Herrn Rottmann weiteres Vorgehen.</i></p>	FG32/BMG/ alle
9	<p>Dokumente</p> <p>! Nicht besprochen.</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Im Rahmen der Corona-Monitoring-Studie sind bisher aus Kupferzell 1973 Proben kumulativ untersucht worden, davon waren 2 grenzwertig. In der HCW-Studie sind 1167 Proben eingegangen, davon 391 inkl. Abstriche, der Rest entfällt auf ausschließlich serologische Proben. Aus der Routine Diagnostik wurden letzte Woche insgesamt 570 Proben auf SARS-CoV-2 untersucht, davon 50 positiv. Die Corona-Monitoring-Studie wird ab dem 24.06.2020 in einem weiteren Hotspot fortgesetzt.</p> <p>! Bei FG17 sind 221 Einsendungen, davon sind 4 RSV-positiv und 5 Rhinovirus-positiv, es gab keine SARS-CoV-2-Nachweise.</p>	ZBS1 FG17
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p>	

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Nicht besprochen	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Wiederaufnahme Kontaktpersonennachverfolgung im Flugverkehr ist ab 16.06.2020 geplant. Dabei sollen Reisende 2 Reihen vor und hinter einem bestätigten COVID-19-Falls informiert werden, nur der direkte Sitznachbar gilt als enge Kontaktperson. Dieses Vorgehen soll morgen in der EpiLag vorgestellt werden. Der Krisenstab stimmt dem Vorgehen zu.</p> <p>! GA Frankfurt und GA Düsseldorf erstellen Vorschlag für Umgang mit akut respiratorisch Erkrankten am Flughafen bzw. für eine bundesweite Regelung zum Tragen von chirurgischem Mund-Nasen-Schutz im Flughafen zur Vorlage an AGI.</p> <p>! Dabei ist zu berücksichtigen, dass EASA und ECDC das Tragen eines selbst organisierten chirurgischen Mundnasenschutz (wegen Zertifizierungsprozesses) an Flughäfen empfehlen, dessen Beschaffung an Flughäfen ggf. über Automaten ermöglicht werden soll. In den Bundesländern bestehen abweichende Regeln. Ein bundesweit einheitliches Vorgehen wurde bereits in der AGI diskutiert, aber sehr heterogen eingeschätzt. Der Vorschlag der GÄ DUS und FRAU wird in der AG Flughafen und später erneut in der AGI diskutiert werden.</p> <p>! Es wird diskutiert, ob unterschiedliche Empfehlungen je nach Verkehrsmittel sinnvoll erscheinen. Die bisherige Unterscheidung zwischen Mundnasenbedeckung für die Allgemeinbevölkerung und Mundnasenschutz für medizinisches Personal ist ggf. leichter zu kommunizieren. Eine Diskrepanz der Empfehlungen auf europäischer Ebene wäre ggf. leichter verständlich als unterschiedliche Verfahrensweisen für Verkehrsmittel in Deutschland.</p>	FG32
15	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Es ist geplant, mithilfe eines Fragebogens Feedback zur Wahrnehmung aktueller Arbeitsherausforderungen als auch Anregungen zur Verbesserung der Lagebewältigung am RKI während der COVID-19-Lage zu gewinnen. Die Federführung für den Fragebogen liegt bei Meike Schöll (FG32).</p>	FG32
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>! AGI-Sitzung, diverse TKs mit BMG, Krisenstabssitzung BMG - BMI, ...</p>	alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.06.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	10.06.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt.3
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
 - Basel Karo
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann

- ! BMG
 - Iris Andernach

VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen bleiben konstant</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hotspot Lateinamerika mit 30% der Fälle weltweit. ○ In Afrika erscheint die Lage konstant aber aufgrund der begrenzten Testkapazität kommt es ggf. zu einem unbemerkten Anstieg. Es gibt vermehrt Anfragen und Reports aus Afrika zu ansteigenden Fallzahlen und auch in Südafrika sieht man, dass nach Lockerungen die Fallzahlen steigen. WHO AFRO ist etwas beunruhigt und die Lage wird beobachtet. <p>! Länder mit über 70.000 neuen COVID-19 Fällen in den letzten 7 Tagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brasilien veröffentlicht auf der offiziellen Webseite der MoH keine kumulativen Fallzahlen mehr, es werden nur tägliche Zahlen nach Regionen veröffentlicht. ○ In den USA ist seit zwei Wochen wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Es gibt einige Bundesstaaten mit stärkerer Tendenz (z.B. Texas) <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen COVID-19 Fällen in den letzten 7 Tagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Starke Tendenz in Bangladesch, Indien und Pakistan, in Bangladesch gab es im Rohingya-Flüchtlingscamp (>1 Mio Menschen) einen ersten COVID-19-Todesfall. ○ Im Iran zeigt sich nach den Lockerungen eine zweite Infektionswelle. ○ In Schweden gab es in der letzten Woche eine starke Zunahme. <p>! Länder mit 700 – 7.000 neuen COVID-19 Fällen in den letzten 7 Tagen: Bei den europäischen Ländern ist nach 2-3 Wochen Lockerungen kein Anstieg der Fallzahlen sichtbar. Nur in Frankreich gab es einen leichten Anstieg, sie haben laut MoH in einigen Gebieten noch community transmission.</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <p>! SurvNet übermittelt: 184.861 (+318), davon 8.729 (4,7%) Todesfälle (+18), Inzidenz 222/100.000 Einw., ca. 170.700 Genesene, Schätzung der Reproduktionszahl (R) = 0,86 (95%-KI: 0,71 – 1,04), Schätzung 7-Tage-R = 0,86 (95%-KI: 0,76 – 0,95), (Stand 10.06.2020)</p> <p>! Nur noch ein BL (NW) mit über 100 neu übermittelten Fällen. Bei kleinen Fallzahlen schnell großer prozentualer Anstieg zwischen Meldewochen sichtbar (vgl. MV).</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! 6 LK über 25 übermittelte Fälle der letzten 7 Tage pro 100.000 Einwohner, nur SK Bremerhaven heute über 35, gestern auch noch LK Göttingen. LK Göttingen hat daraufhin begonnen zu diskutieren welche Maßnahmen ergriffen werden könnten.</p> <p>! Übermittelte Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen: Der Anteil der Fälle betreut nach §33 IfSG, hat etwas zugenommen. Die Geschehen in den Lebensmittel-Betrieben sind nicht mehr so ausgeprägt. Es gibt aber immer noch viele Fälle mit dem Status unbekannt. Da es sich um die Daten der letzten Woche handelt, kann es sein, dass die Daten noch nachgetragen werden. Es wird regelmäßig in der EpiLag und bei weiteren Gelegenheiten auf die Notwendigkeit der Vollständigkeit der Datenerfassung hingewiesen.</p> <p>! Aktuelle Ausbrüche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ LK Göttingen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ LK Göttingen hat offiziell Unterstützung angefragt. Sie benötigen v.a. epidemiologische Hilfe sowie Hilfe bei der Datenzusammenstellung und dem Zusammenstellen einer Übersicht der erfolgten Maßnahmen. Zudem gibt es Austausch in Bezug auf das Geschehen bei Kindern. ▪ Hr. Spahn hat eine Tabelle (Strichliste) gesendet in der man die Schwere der Erkrankungen nach Altersgruppen ausfüllen kann. ▪ Es gibt ca. 175 Infizierte, Einträge in Altenheime, 3 Schulen wurden komplett getestet, eine Kita ist involviert und ein Hochhauskomplex. Die Darstellung, dass der gesamte Ausbruch auf eine Feier zum Zuckerfest zurückgeht, ist nicht korrekt. Medienscreening durch Fr. Sarma. Fr. Broistedt, Gesundheitsdezernentin der Stadt Göttingen wird morgen persönlich mit Hr. Wieler sprechen. <p>! Ausbruchsettings: Es sollen einheitliche Vorgaben entwickelt werden welche erhobenen Daten die GÄ wie eintragen sollen.</p> <p>! Überlastungsanzeigen: SK Wiesbaden hat eine Überlastung gemeldet, aber keine Unterstützung angefragt. Der LK Enzkreis möchte keine Unterstützung mehr und der SK Salzgitter hat nicht angefragt.</p> <p>! Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 in ARS (auf Freitag verschoben)</p> <p>! Nachfrage zu Höhe der Untererfassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dazu gibt es keine Daten im Meldesystem, aber erste Erkenntnisse aus den Serostudien und anderen Publikationen. I.d.R. liegt die ermittelte Anzahl der Infizierten um einen Faktor 2-10 höher als die der SARS-CoV-2 positiven Fälle. In Heinsberg war der Faktor bei ca. 3, in der aktuellen RKI-Serostudie derzeit bei ca. 8. Eine aktuelle Publikation in Nature modelliert ebenfalls die Untererfassung. In den Modellierungen liegt der Faktor nie über 5-8. ○ Die Untererfassung in DE hat sich über die Zeit verändert. Zu Zeiten sehr hoher Fallzahlen, wurden trotz anderslautender 	
--	---	--

	RKI-Empfehlung die Haushaltsangehörigen nicht getestet (aufgrund fehlender Testkapazität oder Überlastung). Das heißt zu diesem Zeitpunkt war die Untererfassung höher als derzeit.	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte ! Zeitlicher Ablauf/Allgemeine Hinweise: ○ Am Montag wird es einen Termin mit Hr. Wieler und Hr. Spahn geben bei dem die GÄ direkt über die Corona-Warn-App informiert werden sollen. Dazu soll ein Infolyer erarbeitet werden (von BMG und BKAm) in den die Empfehlungen des heute im Krisenstab diskutierten Papiers eingearbeitet werden. Hr. Helmke, gibt das Papier nach Abstimmung an BMG/BKAm weiter, wo der Infolyer erstellt wird. ○ Dienstag Pressekonferenz im BKAm mit Hr. Spahn, Hr. Seehofer, Vorsitzende der Telekom und SAP, sowie Hr. Wieler. Im Anschluss soll die App gelauncht werden. Das RKI ist der Herausgeber der App und damit auch in Zukunft für die App verantwortlich. Seit Wochen gibt es schon eine Zusammenarbeit mit einer externen Agentur, die auch weiterhin die Kommunikation übernehmen wird. In den nächsten Wochen wird allerdings im Haus vermehrt Unterstützung benötigt (mind. 4, ggf. 6 Wochen, Hotlines etc). Es wird ein eigener Kommunikationsweg erstellt. Das RKI wird kontinuierlich über Wochen und Monate bzgl. epidemiologischer Fragen zur App befasst sein. ○ Bisher war der Einfluss des RKI auf die App überschaubar und es handelt sich erstmal nur um eine relativ einfache Version (Rumpf). Es soll 2-wöchige Updates geben und die App mit der Zeit immer besser werden. Es ist ein Teil des „Werkzeugkastens“ – dies muss kommuniziert werden, um die Erwartungshalten realistisch zu halten. Es handelt sich aber grundsätzlich um ein Leuchtturmprojekt. Alle europäischen Länder entwickeln derzeit eine App. Als Herausgeber hat das RKI mehr Einfluss auf die Weiterentwicklung der App. ○ Es wird eine große Pressekampagne vom Bundespresseamt und BKAm vorbereitet, BMG und RKI kennen sie noch nicht. ! Die Corona-Warn-App wurde am Dienstag erstmals in der AGI vorgestellt. Es gab große Bedenken wie die daraus erwachsenden Aufgaben in der Kürze der Zeit umzusetzen sind. ! RKI-Fließschemata und Vorgehensweisen sollten angepasst werden und der vorliegende Vorschlag „Optionen zum Vorgehen bei Benachrichtigung wegen eines erhöhten Infektionsrisikos durch die CoronaWarn-App für den ambulanten Bereich/primärärztliche Versorgung und den öffentlichen	FG37/alle



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Gesundheitsdienst“ wurde diskutiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ablauf bei positivem SARS-CoV-2-Testergebnis: Wird der Indexfall positiv getestet und schaltet seine App frei, erscheint die Warnung bei verschiedenen Personen, bei denen ein Schwellenwert des kumulativen Kontakts überschritten ist. Dieser wird durch einen Algorithmus berechneten in den Distanz und Zeitdauer eingehen. Die Qualität des Kontakts kann nicht ermittelt werden. Die App sendet Informationen dazu wann der letzte Kontakt war und wie viele Kontakte es insgesamt gab. ! Die gesendete Meldung „Begeben Sie sich umgehend nach Hause bzw. bleiben Sie zu Hause.“ wird noch ergänzt um den Zusatz „Wenn möglich...“. Weitere Änderungen am versendeten Text der Warn-App sind aber zum derzeitigen Zeitpunkt nicht möglich. Insbesondere die Reihenfolge der zu kontaktierenden Stellen (1. Hausarzt, 2. kassenärztliche Bereitschaft unter 116117, 3. GA) wurde kritisiert. Grundsätzlich kann nur das GA die notwendige Bewertung und auch die Testung von nicht symptomatischen Personen vornehmen, daher sollte auf die Nennung der Hausärzte verzichtet werden. ! Es soll in jedem Fall vom GA zunächst versucht werden die Kontaktsituation zu klären, ob ggf. doch KPI. ! Es wird vorgeschlagen die Kategorisierung der Kontaktpersonen um die hybride Kategorie Warn-App zu ergänzen (Angebot des Testens, aber keine Quarantänisierung): Symptomatische Personen sollten getestet werden, asymptomatischen Personen soll Testung angeboten werden, Warnnachricht auf Smartphone muss dazu vorgezeigt werden, ggf. zusätzlich zweite Testung wie bei KPI 5-7 Tage nach Erstkontakt. Informationen zu COVID-19 (Kontaktreduktion, Abstandsregeln, Hygieneregeln, Tragen von MNB und zum Vorgehen bei eintretender Symptomatik). ! Kostenfrage: Seit dem 08.06. ist die Verordnung der Kostenübernahme bei Testung von asymptomatischen Personen verfügbar. Sie richtet sich an den ÖGD, um z.B. bei KPI zu testen. Bei Hausärzten ist die Kostenfrage problematischer und kann nicht abgerechnet werden. Das BMG versucht eine Kostenübernahme einzuarbeiten. Bis dahin müssen Personen selbst die Kosten tragen oder der Hausarzt muss sie ans GA verweisen. ! Besser wäre direkt der Verweis ans GA, da nur sie die Klärung der Kontaktsituation mit ggf. Absonderung etc. durchführen können. Die GÄ haben allerdings die Befürchtung, dass sie sehr viele Anfragen erhalten. ! Es wird ein Zusatz in den vorliegenden Text eingefügt, dass auch wenn der Test negativ ist, eine Übertragung nicht ausgeschlossen ist. ! Eine infektionsepidemiologische Begleitung der App ist wichtig. In SurvNet wird die Warn-App nicht sofort als Variable möglich sein, 	
--	--	--

	<p>das kann man aber im weiteren Verlauf überlegen. Zunächst sind aber Studien ggf. der bessere Weg.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das Dokument soll heute Nachmittag abgeschlossen werden. Erster Teil des Dokuments stellt eine interne Bewertung dar, der zweite Teil soll für den ÖGD und die Hausärzte/KBV sein. Der Text für die Webseite hat noch etwas Zeit. ! Die grundsätzlichen Einschränkungen bzgl. Abrechnung/Testung sollten aufgeschrieben werden und ans BMG kommuniziert werden. ! Derzeitige Empfehlung spricht zwar alle 3 Ebenen (Hausärzte, KBV und GÄ) an, aber ist v.a. eine Empfehlung für die GÄ ! Das RKI sollte zum genauen Vorgehen der Hausärzte nichts sagen, sondern sich stattdessen mit relevanten Punkten an die KBV wenden, die dies dann formulieren und verteilen. ! Es ist unklar, ob das RKI Gelegenheit bekommt den Flyer zu kommentieren. <p><i>ToDo: FG37 finalisiert das Dokument und sendet es an Hr. Helmke.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Rolle der BZgA ist unklar. Die Kommunikationskampagne wird vom Bundespresseamt und BKamt vorbereitet und Inhalte liegen weder dem RKI noch der BZgA vor. 	
4	<p>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die am Montag im Krisenstab vorgestellte Vorgehensweise der Veröffentlichung der angepassten Risikobewertung im Rahmen der Pressekonferenz zur Vorstellung der Corona-Warn-App ist nicht mehr aktuell. Die angepasste Risikobewertung soll nur in Abstimmung mit dem BMG verändert werden. Dazu wird auf ein Signal von Hr. Wieler gewartet. ! Heute sollte im Kabinett die Verlängerung der allgemeinen Reisewarnung bis August diskutiert werden. Der TOP ist allerdings vom AA von der Tagesordnung runtergenommen worden. Es gibt sehr großen Druck dazu von anderen Ländern 	<p>FG32</p> <p>ZIGL</p>
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die BZgA wird einen Überblick über die verschiedenen Apps für die Bevölkerung erarbeiten. ! Das BMSFSJ hat eine bundesweite Postkartenaktion durchgeführt bei der alle Haushalte mit Kindern kontaktiert wurden. Es wurden dazu Postkarten mit Kontaktdaten versendet, die z.B. Hilfe bei psychischen Problematiken anbieten. Die Aktion wurde zuvor kontrovers diskutiert, aber sehr positiv aufgenommen. In Folge wurde ein erhöhtes Aufkommen bei der Telefonberatung der BZgA registriert. 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gab gestern Abend Probleme beim Wartungsfenster. Diese sind behoben und alle Dokumente heute früh hochgeladen worden. ! Weiterhin viele Anfragen zu Reiserückkehrern. Bis jetzt wird auf den BMG-Handzettel verwiesen. 	
<p>7</p>	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es soll vom BMG heute Nachmittag ein Erlass gesendet werden, wonach das RKI Risikogebiete ausweisen soll. ! Die zu verwendenden Parameter sind nicht klar. Da Inzidenzen bzw. andere Parameter abhängig sind von der Datenqualität sollen im Sinne eines „best educated guess“ die Risikogebiete bestimmt werden - wobei die Güte der Daten berücksichtigt werden soll. ! Es soll sich um eine Ressortübergreifende Einschätzung handeln (zwischen BMG, BMI und AA abgestimmt), im Rahmen der Funktion des interministeriellen Krisenstabs. Vom RKI ist Zuarbeit und eine individuelle Einschätzung gefordert. ! Am kommenden Montag soll es eine Abstimmung mit AA und BMI geben. ! Angebot von Fr. Roßmann an Fr. Hanefeld für eine Zusammenarbeit in dem Punkt. Die Bundeswehr bewertet das Risiko derzeit für die Einsatzgebiete und die Länder in denen militärische Hilfeleistungen stattfinden. 	<p>Fr. Andernach/ AL3/ZIGL</p>
<p>8</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hr. Schaade hat um ein Update zum Strategiepapier-Entwurf gebeten. Die Kommentare wurden bis zum 09.06. gesammelt und Fr. Hanefeld wird für Montag, den 15.06. einen Vorschlag an den Krisenstab senden, der diskutiert werden kann. ! Grundsätzlich ist bei vielen Fragen derzeit die Verantwortlichkeit nicht geklärt – unklar was politische und was fachliche Entscheidungen sind. Bis zu einem gewissen Punkt in der Krise unumgänglich, aber es sollte zunehmend darauf geachtet werden, wer welche Entscheidung trifft. ! Risikogebiete: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei der Ausweisung der Risikogebiete wurde versucht das RKI möglichst nicht zu involvieren. Müssen nun aber doch Kriterien benennen. ○ Auf der möglichen Webseite zur Ausweisung der Risikogebiete sollte klar kommuniziert werden, dass die 	<p>ZIGL</p> <p>FG32/alle</p>

	<p>Ausweisung ein ressortübergreifender Prozess ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anmerkung, dass die Nachfragen beim RKI eingehen werden, wenn die Ausweisung auf den RKI-Seiten erfolgt. Besser wäre eine Ausweisung auf den AA-Seiten, die auch zuvor Reisehinweise gegeben haben. ○ Es gab viel Austausch zwischen der ZIG und dem AA. Durch den zusätzlichen Aspekt, der zuvor nicht in die Reisewarnungen eingeflossen ist, wollte AA zunächst die Risikogebiete an anderer Stelle ausgewiesen haben. ○ Die während der Krisenstabssitzung vom BMG versendete Muster-VO vom BMI legt fest, dass das RKI die Risikogebiete ausweist. Zudem sind die Indikatoren z.T. schon angegeben. Der Prozess der Abstimmung ist darin nicht geklärt. ○ Anmerkung, dass sich das RKI so wenig wie möglich an dem Prozess beteiligen sollte, da es sich um einen sehr willkürlichen Prozess handelt. Die Fallzahlen sind die einzigen objektiven Daten, aber diese sind in den Ländern sehr unterschiedlich erhoben. <p>RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
9	<p>Dokumente</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Es gibt eine parallele Regelung zur Verordnung vom 08.06. zur Testung asymptomatischer Personen für die KH. Mit der deutschen Krankenhausgesellschaft wurden Zusatzentgelte ausgehandelt (z.B. bei Neuaufnahme-Screening).</p> <p>! Am NRZ Influenza wurden in den letzten 4 Wochen 205 Proben eingesendet, davon waren 3 RSV-positiv und 6 Rhinovirus-positiv. Es gab keine weiteren Erregernachweise (7 respiratorische Viren werden insgesamt getestet), insbesondere kein SARS-CoV-2 Nachweis.</p>	<p>AL1</p> <p>FG17</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>! Lagebericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Lagebericht soll eine kurze Ergänzung Formulierungsvorschlag von Fr. Glasmacher zum 	<p>FG32</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>allgemeinen Trend der rückgängigen Fallzahlen <u>soll</u> aufgenommen werden. <u>Die Formulierung dazu sollte durch die Schichtleitung bzw. Fr. Diercke überprüft werden.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt zudem Thementage im Lagebericht: am Di wird ein Wochenvergleich durchgeführt. Eine Graphik mit dem Vergleich der Inzidenzen <u>Fallzahlen pro Meldewoche zur Darstellung des Trends</u> ist erstellt und kann nach finaler Freigabe aufgenommen werden. <u>Die Formulierung dazu sollte durch die Schichtleitung bzw. Fr. Diercke überprüft werden.</u> ○ Vorschlag, dass eine Anmerkung zu den Schwerpunkten an den Wochentagen eingefügt wird. <p><i>ToDo: LZ/Position Lagebericht fügt Anmerkung zu den Schwerpunkten an den verschiedenen Wochentagen in den Lagebericht ein.</i></p> <p>! Die Folien für das Pressebriefing sollen nicht mehr aktualisiert werden, da sie kaum genutzt werden und die Daten auch aus anderen Quellen gezogen werden können. Für den Fall eines Pressebriefings sollten im LZ Folien vorgehalten werden, die schnell angepasst und anlassbezogen überarbeitet werden können.</p>	
<p>14</p>	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Siehe Diskussion unter RKI-Strategie</p>	
<p>15</p>	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>16</p>	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>17</p>	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 12.06.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	15.06.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Ulrike Grote (Protokoll)
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel

- Andreas Nitsche
- ! ZIG1
 - Basel Karo
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Iris Andernach
 - Irina Czogiel

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ! Aktuell weltweit fast 7,8 Millionen Fälle; 430.126 Todesfälle (5,5%) ! Bei der Top 10 Liste der Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen, sind Brasilien und die USA (beide mit zunehmenden Trend) weiter führend. Die zunehmenden Fallzahlen in den USA kann auf eine vermehrte Testung und Ausbrüche im Süden in Gefängnis, Fleischvertrieben und Verpackungsbetriebe (z.B. Amazon) zurückgeführt werden. Auf dem 3. Platz steht nun Indien, das in der letzten Woche mehr als 70.000 neue Fälle gemeldet hat. Eine starke Tendenz ist besonders in Neu-Delhi zu beobachten. Eine Ministerin vermutet, dass es Ende des Monats 500.000 neue Fälle geben wird und dass rund 80.000 Krankenhausbetten benötigt werden; momentan gibt es nur 8.000 Betten). ! Bei der 7-Tages Inzidenz pro 100.000 Ew sticht in Europa wieder Schweden und auch Weißrussland hervor. Auch in Saudi Arabien, Bahrain und Lateinamerika zeigen Werte von über 50/100.000 Ew. ! In der Darstellung der Länder mit 7.000- 70.000 neuen Fällen sieht man im Iran eine starke zweite Welle. Die starke Zunahme der Fallzahlen in Schweden kommt laut diplomatischer Korrespondenz durch mehr Testungen. ! Peking Cluster: nach 56 Tagen ohne nun Fall, wurden von Do-So 77 symptomatische laborbestätigte Fälle gemeldet. 2 mit diesem Cluster in Verbindung stehende Fälle wurden in einer anderen Provinz (Liaoning) entdeckt. Es gab weitere 46 Fälle ohne Symptome. die meisten Fälle hatten Verbindung zum Xinfadi Markt in Peking. Maßnahmen sind u.a. Kontaktpersonennachverfolgung und Schließung von 6 lebensmittelmärkten. ! In Genf gab es eine bevölkerungsbezogene Studie zur Seroprävalenz. Innerhalb von 5 Wochen wurden mehr als 2.700 Teilnehmer getestet. In der 1. Wochen betrug die geschätzte Seroprävalenz 4,8 und in der letzten Woche 10,8% in der Bevölkerung. Es gab keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen. Die höchste Seroprävalenz gab es in der Altersgruppe der 20-49-Jährigen. 	ZIG1

	<p>! Seit heute werden auf der RKI Internestseite wieder Risikogebiete ausgewiesen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html). Dafür wurde das RKI gebeten, unterschiedliche Indikatoren zu benennen. Von den anfangs 3 benannten Indikatoren (7-Tages-Inzidenz 50/100.000, Sterblichkeitsrate und Testdurchführung), wird nun zur Benennung von Risikogebieten nur die 7-Tages-Inzidenz genutzt und mit einer Auswertung des AA gepaart. Die Seite soll wöchentlich aktualisiert werden. Die Liste dient als Grundlage zur Beurteilung der Quarantänenotwendigkeit durch die Gesundheitsämter. Eine Ausnahme bilden Personen, die aus einem in der Liste genannten Land einreisen, und einen negativen Labortest (nicht älter als 48h) von einem ausgewiesenen Labor besitzen. Heute um 3 Uhr gibt es eine TK, um die zusammengeführten Werte zu besprechen. Da es um politische Entscheidung geht, geschieht die Zusammenführung durch BMG-BMI-AA. Das AA wird die Werte/Ausweisung der Risikogebiete auch für die Reisewarnungen nutzen. Obwohl die Bewertung durch das AA geschieht, wird die Liste nicht auf der Seite des AA veröffentlicht, da die Musterquarantäneverordnung auf das RKI verweist. Eine Verlinkung auf die Internetseite des AA wird vermutlich nicht ausreichen; Frau Hanefeld fragt aber nach. , daher muss das bei uns veröffentlicht werden. Link reicht nicht; Hanefeld fragt nach. Der mit dem AA und dem BMG abgestimmte Text auf der Internetseite vom RKI stellt deutlich klar, dass die Analyse in Abstimmung mit dem AA, BMG und BMI stattfindet. Generell kann es problematisch sein, dass dort gesagt wird, dass ein negativer Test ausreicht, um keine Quarantäne zu verordnen, das RKI allerdings an vielen Stellen sagt, dass ein negatives Testergebnis eine Infektion nicht ausschließt. Das RKI bleibt bei dieser fachlichen Einschätzung.</p> <p>! Herr Wieler berichtet von einem Gespräch mit dem Leiter des CDC China. Es wurden mehrere Gensequenzen (von Patienten und Umweltproben) gewonnen und analysiert. Das Ergebnis zeigt sehr ähnliche Sequenzen sowie europäische Linie.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt unter neugemeldete Fälle, 4 Todesfälle. Die Anzahl von intensivpflichtigen Patienten nimmt auch ab. ! Sowohl die gestrigen als auch die heutigen 2 R-Werte (4-Tages- und 7-Tages-R-Wert) schließen den Wert 1 ein, 7-Tages-R unter 1. Die Entwicklung geht ggf. Richtung Plateaubildung. ! Hessen und Baden-Württemberg haben keine neuen Fälle übermittelt, NRW hat mit 74 neuen Fällen die höchste 	<p>FG32, alle</p>
--	--	-------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Anzahl.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die 7-Tage-Inzidenz für ganz Deutschland ist abnehmend. In Bremen und Berlin liegt die Inzidenz höher als in anderen Bundesländern. In Bremen lag der Wert immer über den Wert anderer Bundesländer, in Berlin sieht man einen Anstieg. Hier gibt es mehrere Geschehen (zum Teil Religionsgemeinschaft, zum Teil ethnische Gruppen). ! Es gibt einen 1 LK (Landkreis Aichach-Friedberg) mit einer 7-Tage-Inzidenz von über 50/100.000 Ew. Hier gab es einen Ausbruch auf einen Spargelhof und es wurden viele Testungen im Rahmen eines Screenings durchgeführt. <p>! Infos zu aktuellen Ausbruchsgeschehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Berlin: In Berlin gibt es mehrere Ausbruchsgeschehen u.a. in einer Schule in Spandau. Es gibt 58 Fälle von Angehörigen einer Glaubensgemeinschaft plus 64 Fälle aus 5 Bezirken mit gleicher ethnischer (rumänischer) Herkunft. Zwischen einem Geschehen in Magdeburg unter Personen mit auch rumänischer Herkunft und Berlin bestehen Verbindungen/Kontakte zwischen Personen, die allerdings nur schwer nachvollziehbar sind. Das LaGeSo vermutet auch Kontakte bei den Clustern in Berlin. Die Meldedaten erfassen allerdings nicht die Staatsangehörigkeit. Die Landesstelle kann daher schwer bewerten, welche Fälle in Verbindung stehen und welche nicht. ! Vielleicht gibt es für die Gruppe einen Zentralrat, der mit einbezogen werden kann und hilft, die Kommunikation zu vereinfachen. Ein Zentralrat deckt jedoch nicht alles ab und es gibt sehr heterogene Gruppen. Es sind nicht alle Roma; viele sind aber in einer ähnlichen Situation, d.h. sie haben nur schwer Zugang zum Gesundheitssystem und sprachliche Barrieren. Angebote und Informationen müssen auf solche Gruppen zugeschnitten sein. Auch in anderen Bundesländern (Bayern, Niedersachsen) sind vermehrt rumänisch sprachige Personen betroffen Es wäre sinnvoll, eine kleine Arbeitsgruppe zu bilden, die sich damit beschäftigt. Es gibt am RKI bereits Personen, die sich in dem Bereich bewegen und Erfahrung aus Berlin aus der Flüchtlingskrise besitzen. Frau Bremer hat bspw. morgen ein Telefonat mit einer Amtsärztin in Gütersloh. Dort gibt es eine hohe Anzahl von Personen aus Schlachtbetrieben (viele rumänisch-stämmig), die an COVID_19 erkrankt sind. Mit der Amtsärztin soll überlegt werden, ob eine Studie aufgesetzt werden soll. Die Fragestellung/Zielsetzung muss mit der Amtsärztin 	
--	--	--

	<p>geklärt werden. Ggf. kann das Problem auch noch in der EpiLag angesprochen werden.</p> <p>! Die Darstellung der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer als Kurve ist sehr gut, Der einzelne R-Wert wird immer schwieriger zu beurteilen. Er erweckt den Eindruck, dass wir ein Plateau hätten, es gibt allerdings abnehmende Fallzahlen. Tendenziell sollte der Lagebericht (Frequenz, Inhalt) runtergefahren werden. Ggf. könnte etwas anderes gestrichen werden.</p> <p><i>ToDo: Die graphische Darstellung der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer soll zukünftig in dem Lagebericht eingefügt werden.</i></p> <p>! Es wird im Lagebericht sowohl der 4- Tage als auch der 7-Tage-R-Wert berichtet. Von einer Streichung des 4-Tage-R-Werts sollte aber abgesehen werden, um Inkonsistenzen zu vermeiden.</p> <p>! Es wird oft von einem Verhältnis von symptomatisch zu asymptomatischen Personen von 60-40 bis maximal 50-50 berichtet. Eine Frage ist, ob dies der Erfahrung der bisherigen Ausbrüche in Deutschland entspricht. Für Tirschenreuth gab es schon einige asymptomatische Personen. Die Anzahl der asymptomatischen Fälle hängt jedoch immer davon ab, wie viel man screent.</p> <p>! Die Anzahl der intensivpflichtigen Patienten nimmt ab. Gibt es eine Änderung der klinischen Verläufe? Kommt das durch mehr Erkenntnisse (z.B. Therapien)? Es ist wahrscheinlich eine Mischung aus mehreren Faktoren. Ein Faktor ist sicher die Anpassungen der Therapieempfehlungen, durch die Komplikationen im Vorfeld vermieden werden.</p> <p>! Gibt es Erkenntnisse, was eher ein Risikofaktor für einen schwereren Krankheitsverlauf ist -Alter oder Grunderkrankungen? Ein Einfluss auf einen schweren Verlauf hat u.a. die Anzahl und Art der jeweiligen Vorerkrankung. FG36 versucht dies in einem Modell basierend auf den ICOSARI Daten zu untersuchen.</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Letzte Woche hat sich die Kommunikationsfirma stärker eingebracht, um das RKI Wieler Unterstützung zu bieten. Sie unterstützen bspw. bei Texten für die Presse. Ab heute Nacht wird die App verfügbar sein und die Arbeit wahrscheinlich mehr. Es gibt ein Team von ca. 20 Personen, die die Anfragen bearbeiten. Ein Epibull Artikel ist in Vorbereitung und auch eine Internetseite soll folgen.</p> <p>! Durch die Einbindung von Herrn Eckmanns soll die Seite der</p>	FG21



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Gesundheitsämter besser miteinbezogen werden. In der Schnelle und Dynamik der Situation gibt es Annahmen wie z.B. Gesundheitsämter eingebunden werden; dies muss aber noch konkret besprochen werden und kann dann im nächsten Update einfließen. Mit Stand heute Nacht wird das RKI Besitzer der App und kann mehr Einfluss nehmen. Bisher hat z.B. die Einbindung der KV hat trotz frühzeitigen Hinweisen des RKI sehr lange gedauert.</p> <p>! In einer 1-stündigen Videokonferenz mit 200 Gesundheitsämtern hat Herr Spahn und Herr Wieler die App vorgestellt und Fragen beantwortet (z.B. Wie funktioniert App? Was ist die Rolle der Gesundheitsämter? Wie geht man mit jemanden um, der eine Warnung über die App erhalten hat?). Der Austausch wurde als sehr positiv wahrgenommen. Die Gesundheitsämter äußern das Bedenken, dass Personen anrufen, die gar keine Warnung erhalten haben (gibt es Verifizierung der Warnung?) oder die App missbraucht wird.</p> <p>! Die Person, die eine Warnung erhält, kann sich aussuchen, ob er/sie sich an den Hausarzt oder das Gesundheitsamt wendet. Die meisten Personen würden sich aber vermutlich eher an den (bekannteren) Hausarzt als an das Gesundheitsamt wenden. Darüber hinaus sind seit Freitag vom Hausarzt Testungen asymptomatischer Personen möglich, daher gibt es ggf. mehr Leute, die einen Hausarzt aufsuchen. Die Gesundheitsamtsseite ist informativ gut abgedeckt, die Hausarztseite fehlt. Der Hausarzt müsste die Risikoabklärung durchführen, ggf. zu Maßnahmen beraten oder auch den Weg zum Gesundheitsamt weisen. Herr Eckmanns hat daher eine Arbeitsgruppe (inklusive Einbeziehung KBV, plus Beeilung 6 BMG), die schauen, wie komplex dies ist und ob es noch in das vorhandene Flussschema aufgenommen werden kann oder ein separates Dokument erstellt werden sollte. Es gibt heute einen ersten Aufschlag.</p> <p>! Eine Evaluation der Daten ist wichtig. Frage, ob es Probleme beim Datenschutz gibt, da viele Sachen zentral abgelegt werden würde. Die Evaluation muss jetzt schon irgendwie erfassen, wer bspw. einen Test bekommen würde. Ggf. können hierfür auch die versendeten QR Codes für die Testergebnisse genutzt werden.</p> <p>! Es sind einige Personen vom Lagezentrum der Corona-Warn-App zugeteilt worden. Der Aufwand für das Lagezentrum sollte daher reduziert werden.</p> <p><i>ToDo: Bitte an die RKI-Leitung um Rücksprache mit dem BMG. Vorschlag ist für das Lagezentrum einen 1-Schicht Betrieb während der Woche anzubieten; keine Lagezentrumsarbeit am Wochenende.</i></p>	
4	<p>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</p> <p>! The impact of social and physical distancing measures on COVID-19 activity in England (<i>vertraulich, da noch nicht veröffentlicht;</i></p>	FG32

	<p>Folien hier): Für die Analyse wurden verschiedene Surveillancesysteme (Mortalitätssurveillance, syndromische Surveillance etc.) betrachte. Ziel war es die Auswirkungen der Maßnahmen zu sehen Zeigen. Es wurde berücksichtigt, wie lange es im Schnitt dauert von der Exposition über die Entwicklung der Symptome, dem ersten Kontakt mit dem Gesundheitswesen usw. In England gab es die ersten Fälle Ende Januar erste Fälle, Mitte März gab es einen starken Anstieg. Erste Empfehlungen gab es am 12.03. (z.B. Selbstisolation bei schweren ILI), ab 23. März gab es striktere Maßnahmen. Masken wurden nicht erwähnt. Das Verhalten zeigte einen Rückgang der Besuche beim Hausarzt. Es gab mehr Anrufe und es wurde von Fieber und Husten berichtet. Nach dem Einsetzen der Maßnahmen kam es zu einen Anstieg von Ausbrüchen in Einrichtungen (hauptsächlich in Pflegeheimen). Insgesamt konnte man deutliche Auswirkungen von Maßnahmen in den Surveillancesystem sehen. In einer Tabelle wurde dargestellt, wie lange es dauerte, bis diese Auswirkung zu sehen waren.</p> <p>! Für Deutschland gibt es bereits eine Übersicht der verschiedenen Surveillancesysteme. Eine Analyse der Auswirkungen der Maßnahmen in Deutschland anhand dieser Systeme wäre sicherlich auch interessant.</p>	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Die Risikobewertung des RKI ist momentan noch hoch. Die Frage ist, wie lange dies beibehalten werden soll, wenn nun die Fallzahlen rückläufig sind. Das RKI ist in steigen Dialog hierzu mit dem BMG und wartet auf ein Signal.</p>	Alle
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Corona-Warn-App: Die Social Media Gruppe der BZgA steht in engem Kontakt mit der Gruppe des BMG. Die BZgA soll auf allen verfügbaren Kanälen die App bewerben.</p> <p>! Das Thema Hygiene ist sehr präsent. Es wurden rund 47.000 verschiedene Materialien (Aufkleber, Broschüren u.ä.) angefordert und verschickt. Anfordere sind u.a. Schulen.</p> <p>Presse</p> <p>! Die Risikogebiete wurden nun auf der RKI-Internetseite veröffentlicht. In der Liste der Länder sind auch europäische Länder (z.B. Schweden) aufgelistet. Die ECDC Karte stellt graphisch die Inzidenz der letzten 7-Tage in Europa dar. Es spricht nichts dagegen, diese weiterhin auf der RKI – Internetseite beizubehalten. Sie muss nur regelmäßig aktualisiert werden.</p> <p>! Dokument zu Gemeinschaftsunterkünften: Das noch unveröffentlichte Dokument (in der Version 07.05.2020, mit „Entwurf“ gekennzeichnet) ist im Internet aufgetaucht. Das BMI</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse, alle</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>hatte noch weitere Änderungen, die das RKI aus fachlicher Sicht aber nicht übernehmen wollen würde. Es gibt noch keine Zustimmung zur Veröffentlichung des BMG. Heute gab es noch ein Treffen auf Arbeitsebene zwischen Frau Mylius (BMG) und Frau Sarma und Frau Vygen-Bonnet statt. Das weitere Verfahren bzgl. der Veröffentlichung soll noch mit dem BMG abgestimmt werden. Wenn das BMI auf seine Änderungen besteht, sollte es nicht als RKI-Dokument ausgewiesen sein. Wenn es Presseanfragen zu dem Dokument gibt, kann geantwortet werden, dass sich das Dokument noch in Abstimmung befindet.</p>	
7	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zum Reiseregime und der Stärkung des ÖGD gibt es heute jeweils eine TK. ! Das Thema Impfen rückt in den Fokus. Es wurden 6 Millionen Dosen für die Grippeimpfung bestellt und es wird diskutiert, wie diese in den Umlauf gebracht werden sollen. ! Es gibt Überlegungen zur Umgestaltung des BMG-Lagezentrums. Die einzelnen Teams sollen aufgelöst werden und wieder in ihren Fachgebieten arbeiten. E-Mails werden umgeleitet. Das Team 3 unter Frau Ziegelmann wird demnach wieder in Referat 614 sein. Perspektiv soll die RKI-Verbindungsperson ebenso an das Referat 614 angebunden werden. ! Das RKI plant auch eine Verschlinkung des Lagezentrums. Herr Rottmann wollte hierzu bereits ein Gespräch geführt haben, dass diese Woche hoffentlich nachgeholt wird. 	BMG-Liaison
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	Alle
9	<p>Dokumente</p> <p>Entlassungskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt eine Aktualisierung der Entlassungskriterien. Anlass war eine neue Auswertung von ZBS1 (Folien hier). ! Für die Analyse wurden von ZBS1 Proben sowie zusätzliche Informationen von 194 Patienten untersucht. Die Proben wurden per PCR sowie Zellanzucht ausgewertet. Es zeigte sich, dass (bis auf einen Ausreißer unter Immunsuppression) nach >7 Tage nach Symptombeginn in der Zellkultur nichts mehr wächst. Ein Cut-off wurde bei einem CT-Wert von 30 festgelegt. Es wurde gesehen, dass ab einem CT-Wert ab 25 bereits nichts mehr 	ZBS1, IBBS

	<p>wächst, jedoch gab es einen Ausreißer von 29, weshalb er Cut-off dann bei 30 festgelegt wurde. Die Werte kommen natürlich immer darauf an, welche Patienten untersucht werden. Das RKI hatte wahrscheinlich durch die Gesundheitsämter Proben von milden bis normalen Infektionen erhalten. Das Problem ist die Vergleichbarkeit der Patienten. Bei einer Probe einer Patientin mit Vorerkrankungen gab es eine Ausnahme, da sie mit einem CT-Wert von 15 nach 55 Tagen noch Virus anzüchtbar war. Die Ergebnisse sollen bald publiziert werden.</p> <p>! Änderungen Flussdiagramm (hier): Statt der bisherigen geforderten 14 Tage sollen nun 10 Tage empfohlen werden, was sich auch international immer mehr als Konsens herauszubilden scheint. Die 10 Tage sollte bei allen Verlaufsformen angewendet werden, d.h. auch bei schweren Verläufen, da schwere hospitalisierte Verläufe einschließlich der symptomatischen Krankheitsphase vor und während der Hospitalisierung die 10 Tage in aller Regel problemlos überschreiten und v.a. das Kriterium der 48h-Symptomfreiheit einer zu frühen, rein zeitbasierten Entisolierung entgegen steht. Zusätzlich wird bei schweren Fällen im stationären Setting von vornherein engmaschiger beprobt und die Entisolierung erfolgt somit nicht rein zeitbasiert. Trotzdem Vorschlag zur Ergänzung des Hinweises, dass schwere Verläufe mit einer länger andauernden Virusausscheidung einhergehen könnten. Auch bei asymptomatischen Infizierten sollen die 10 Tage angewendet werden. Bei medizinischem Personal werden ebenso die 10 Tage sowie die 48h Symptomfreiheit und eine negative PCR vorgeschlagen.</p> <p>! Endisolierung im Krankenhaus: Es gab zu Beginn eine Diskussion, ob eine Isolation überhaupt aufgehoben werden sollte. Aber eine Isolierung kann negative Auswirkungen haben und auch die Abläufe generell schwerer gestalten. Gerade im Krankenhaus ist eine ärztliche Aufgabe, solche Einzelfälle zu beurteilen.</p> <p>! Anschlussisolierung: Dies ist nicht mehr so prominent wie im alten Dokument. In den Hinweisen im unteren Teil steht, dass bei Entlassung aus dem Krankenhaus individuell eine Anschlussisolierung vorgenommen werden kann.</p> <p>! Berechnung der Genesenen: Dies ist ein von FG36 definierter Algorithmus, der sich auf die 14 Tage bezieht. Es wäre schwierig, rückwirkend die Zahlen zu ändern, weshalb bei der Algorithmus weiterhin auf den 14 Tagen beruhen soll.</p> <p>! Der Entwurf wird heute in einer TK mit dem STAKOB besprochen. Morgen soll es der AGI in einer TK vorgestellt werden. Rückmeldung dann ggf. bis Donnerstag, sodass auch hausintern genug Zeit für eine Rückmeldung ist.</p> <p><i>ToDo: Bitte Rückmeldungen zu dem Dokument an Frau Ruehe senden.</i></p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! ZBS1: Aus verschiedenen Gesundheitsämtern gab es die Rückmeldung, dass es vermehrt Fälle bei rumänisch-stämmigen Personen gibt. Das Gesundheitsamt Reinickendorf hat die</p>	ZBS1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Vermutung, dass der Ursprung bei Fleischvertrieben liegt und hat ZBS1 gebeten, die angefragten Proben zu sequenzieren.</p> <p>! ZBS1: In Mitte gibt es hohe Positivraten. Am Freitag betrug diese Rate 45%, es kamen aber viele Proben im Rahmen einer Untersuchung eines Wohnkomplexes. Samstag erhielt ZBS1 von Bewohnern dieses Wohnkomplexes weitere 32 Proben, wovon jedoch nur 4 positiv waren. Sollten nochmal Proben positiv sein, würde der gesamte Wohnkomplex unter Quarantäne gestellt werden. Ansonsten war der Positivanteil mit 18,7% bei 535 Proben (d.h. 100 Proben positiv) relativ hoch.</p> <p>! FG17: Für die ARE/ILI Surveillance im Rahmen der AGI gab es in der letzte Woche 92 Einsendungen, wovon 1x RSV und 4x Rhinovirus nachgewiesen wurden. Generell sind Atemwegserkrankungen, wie das für diese Zeit normal ist, auf relativ geringen stand.</p> <p>! Bei einem Treffen mit dem ECDC gab es eine interessante Präsentation von Israel. Israel haben Kita/Schulen früher aufgemacht (13. bzw. 17.05.2020). Ende Mai sind die Zahlen auf über 80 Fälle pro Tag gestiegen. In einer Schule mit 1.200 Schülern sind 135 Schüler und 29 Lehrer infiziert. Es gibt noch keine Daten zu sekundären Fällen. Die Schule wurde als Infektionsort ausgemacht.</p> <p><i>ToDo: Herr Wolff wird die Folien von Israel noch einmal im Detail vorstellen.</i></p> <p>! Herr Spahn hat eine Runde von 17 Wissenschaftlern (Aerosolforschern, Epidemiologen...) gegründet, die ihn berät. Freitag hat sich die Runde erstmals getroffen. Herr Wendtner (Infektiologe) berichtete, dass von den von ihm untersuchten Patienten des Webasto Clusters, 4 keine Antikörper nachweisbar haben. Es waren alles keine schweren Verläufe. Bei Coronaviren (auch bei SARS) wird insgesamt beschrieben, dass Titer nach einer Infektion sehr schnell abfallen. Die T-Zell Immunität bleibt länger bestehen. Wenn jedoch Antikörper wirklich so schnell verschwinden, kann nie die tatsächliche Prävalenz erfasst werden. Die Prävalenzstudien wären dann nicht richtig.</p>	<p>FG17</p> <p>Präs</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>! DEMIS-Update: Alle Verträge und datenschutzrechtlichen Aspekte wurden letzte Woche geklärt. Heute um 15:30 Uhr gibt es einen Testlauf mit einem Labor und einem Gesundheitsamt. Wenn der Testlauf erfolgreich ist, werden weitere Gesundheitsämter und Labore angeschlossen. Die Übermittlung von negativen Testergebnissen wird erst in einer zweiten</p>	<p>FG32</p>

	Ausbaustufe eingebaut. Dies muss zunächst noch fachlich begründet werden und auch von BMG eine rechtliche Rückmeldung vorliegen, dass die Datenerhebung von gesunden Personen gestattet ist. Es gibt 4 Wochen Zeit zur Klärung. Die 1. Ausbaustufe kann aber unabhängig davon implementiert werden.	
14	Transport und Grenzübergangsstellen ! Quarantäneverordnung – <i>nicht besprochen</i> ! Kommunikation/ Vorgehen an Grenzen: Die Grenzaufhebung in Europa hat heute gestartet. Es gibt eine Liste von Laboren, die qualitativ gut sind, um negativen Test zu belegen. Alles ist aber noch im Fluss.	AL3
15	Information aus dem Lagezentrum ! Nicht besprochen	FG32
16	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.06.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	17.06.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Meike Schöll (Protokoll)
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Basel Karo
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss

- ! BMG
 - Iris Andernach
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aktuell weltweit über 8 Mio. Fälle; 436.632 Todesfälle (5,7%) ! Zu den Top 10-Ländern nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen gehören Brasilien, die USA und Indien (jeweils mehr als 70.000 neue Fälle in der letzten Woche). ! Bei der 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner stechen in Europa weiterhin Schweden und Weißrussland hervor, außerhalb Europas Brasilien, Chile, Peru, Saudi Arabien und Oman. ! Europa: Die Lage ist stabil. Russland verzeichnet jedoch täglich mehr als 8.000 neue Fälle. Die erste Infektionswelle hält in Polen und Schweden weiterhin an. ! Amerika: Brasilien verzeichnet 25.000 bis 30.000 neue Fälle pro Tag, während die Lage in den USA sich bei etwa 20.000 neuen Fällen pro Tag zu stabilisieren scheint. USA und Brasilien führen hinsichtlich der Anzahl der Todesfälle weltweit. ! Asien: Indien und Pakistan sind stark betroffen, wobei Indien seit der Lockerung der Maßnahmen bis zu 10.000 neue Fälle pro Tag meldet und Platz 3 der Länder mit den höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen belegt. ! Peking, China: Seit 11.06.2020 sind 106 neue Fälle in Peking gemeldet worden, davon die meisten mit Verbindung zum Xinfadi Markt; ein weiterer Markt ist betroffen; es gibt Hinweise, dass die Fälle auf den Märkten miteinander in Verbindung stehen. Die ersten Sequenzanalysen deuten auf eine Quelle in Europa hin. Inzwischen sind 21 Stadtteile abgeriegelt, Kitas und Schulen in diesen Bezirken sowie die beiden Märkte geschlossen. ! Afrika: Etwa 4-5% der täglich weltweit neu gemeldeten Fälle entfallen auf Afrika. Zu den stark betroffenen Ländern gehören Algerien, Ägypten, Nigeria und Südafrika. ! Neuseeland: Nach 24 Tagen ohne neue Fälle wurden am 	<p>ZIG1</p> <p>alle</p>

	<p>16.06.2020 2 aus UK über Australien importierte Fälle gemeldet. Die beiden Personen hätten keinen Kontakt zu anderen Personen gehabt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es wird gefragt, inwiefern sich die hohen Fallzahlen in den USA bemerkbar machen. Einige Bundesstaaten sind stärker als andere; weitere Ausführungen zur Lage in den USA werden nachgereicht. ! Die Präsentation unterstreicht, dass es sich um eine Pandemie handelt, deren Bewältigung auf nationaler Basis allein nicht möglich ist. ! Es wird angeregt, dass die Lage in Schweden (zunehmende Fallzahlen, aber abnehmende Todesfälle, Vergleich der Maßnahmen) in der nächsten Krisenstabssitzung näher beleuchtet wird. Der Anstieg an Testungen spielt eine Rolle. <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! SurvNet übermittelt: 187.184 (+345), davon 8.830 (4,7%) Todesfälle (+30), Inzidenz 225/100.000 Einw., ca. 173.600 Genesene, Schätzung der Reproduktionszahl (R) = 0,86 (95%-KI: 0,73 –1,02), Schätzung 7-Tage-R = 0,89 (95%-KI: 0,83 – 0,96), (Stand 17.06.2020) ! DIVI: aktuell 419 auf ITS, davon 258 beatmet ! Nur noch ein BL (NW) mit über 100 neu übermittelten Fällen. BY hat höchste kumulative Inzidenz (Dubai 400 zum Vergleich). Deutliche höhere Inzidenzen in einzelnen Gemeinden (Tirschenreuth 3.000 bis 4.000). ! Beim Vergleich der Meldewochen 23 und 24 zeigen einzelne BL (BE, ST) ansteigende Fallzahlen, BE hat ein höheres Niveau als ST. ! Die Reproduktionszahl scheint sich auf einem Plateau einzupendeln. ! Die 7-Tage-Inzidenz für ganz Deutschland ist abnehmend. ! Die 7-Tage-Inzidenz nach BL zeigt den Anstieg in BE und ST. Der Anstieg in BE ist u.a. auf ein Ausbruchsgeschehen in einer rumänisch-sprachigen Gruppe zurückzuführen. Die 7-Tage-Inzidenz in HB weicht deutlich von der übrigen BL ab. ! Hinsichtlich der geografischen Verteilung der 7-Tage-Inzidenz ist auffällig, dass über 250 Kreise keine oder <5 Fälle in den letzten 7 Tagen übermittelt haben. ! Beim Wochenvergleich waren in der Vorwoche die Kreise 	<p>FG32</p>
--	--	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Sonneberg und Coburg stärker auffällig als in der aktuellen KW.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt einen LK (Landkreis Aichach-Friedberg) mit einer 7-Tage-Inzidenz über 50/100.000 Einwohner. Es handelt sich dort um einen örtlich begrenzten Ausbruch unter Spargelerntehelfern, daher sind keine bevölkerungsbasierten Maßnahmen geplant. ! Bei der Darstellung der Altersverteilung über die Meldewochen ist zu beachten, dass es sich um Änderungen des relativen Anteils der jeweiligen Altersgruppen bei insgesamt rückläufigen Fallzahlen handelt. ! Übermittelte Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen: Der relative Anteil der in Heimen betreuten (rosa) nimmt über die Meldewochen zuletzt ab. Die Daten zur Tätigkeit oder Betreuung liegen nicht vollständig vor. ! Es gibt einige Reise-assoziierte neue Fälle, dies wird im Verlauf eher zunehmen, der relative Anteil der Reise-assoziierten Fälle ist weiterhin klein. Hinsichtlich der mit den Niederlanden assoziierten Fälle könnte ggf. ein Ausbruchsgeschehen relevant sein. ! Infos zu aktuellen Ausbruchsgeschehen: <ul style="list-style-type: none"> ! Göttingen: Am 15.06.2020/16.06.2020 waren Ruth Zimmermann und Navina Sarma vor Ort. Vom 18.-21.06.2020 ist eine weitere Präsenz in Göttingen geplant, dabei soll am 18.06.2020 eine TK mit dem Ausbruchsteam, dem GA und MA am RKI erfolgen. Die Erwartungen ans RKI sind Unterstützung bei Testaktionen und Kontaktpersonennachverfolgung, Abstrichen, Aufarbeitung einer anonymisierten Lineliste, Vorbereitung einer Good Practice Darstellung. ! Gütersloh: Die Lage spitzt sich dort zu, es ist v.a. rumänisch-sprachige Gruppe betroffen, aber gemischtes Geschehen (Ausbruch in einem Fleisch-verarbeitenden Betrieb und in einer freien Kirchengemeinde), Abstrichaktion im Betrieb ist bereits gestartet, z.T. sind unter den Fällen neue Mitarbeiter, die kürzlich aus Rumänien eingereist sein sollen. Viviane Bremer steht in Kontakt mit der dortigen Amtsärztin; eine Aufarbeitung wird seitens des GA gewünscht und ein offizielles Amtshilfeersuchen erwartet. Als Ausbruchsteam 	
--	---	--

stehen Christina Frank und Raskit Lachmann bereit, ein MA aus FG34 soll ebenfalls mitfahren.

! Empfehlungen im Umgang mit Angestellten der Fleisch-verarbeitenden Betriebe (Stichwort Arbeitsquarantäne) werden diskutiert. Bei einem Unternehmen konnten Mitarbeitende trotz eines positiven Testergebnisses weiter arbeiten gehen, unter der Annahme, dass diese eine Quarantäne-Anordnung umgehen würden (z.B. durch Weiterbeschäftigung in anderen Betrieben). Die Praxis wurde mit Sprachbarrieren, geringer Bereitschaft zur Mitarbeit und dem Verschwinden einzelner Mitarbeiter bei Quarantäne-Anordnung seitens des Betriebs gerechtfertigt und im LK Enzkreis seitens des GA auch notgedrungen akzeptiert. Der Krisenstab rät von diesem Vorgehen ab, selbst eine Arbeitsquarantäne in kleinen, sich nicht vermischenden Gruppen würde den aktuellen Empfehlungen des RKI entgegenstehen.

! Hinsichtlich des Kapazitätenmonitorings hatte BM Spahn den Oberbürgermeister von Salzgitter kontaktiert. Die dort seit Wochen bestehende Überlastungsanzeige sei ein politisches Signal und soll laut Oberbürgermeister zurückgenommen werden (aktuell aber noch keine Änderungsmitteilung eingegangen). Hinsichtlich des LK Enzkreis wurde heute seitens der zuständigen Landesbehörde um Rückstufung in Kategorie 1 gebeten.

! Level of Transmission:

! Die Datengrundlage für die Beurteilung ist nach wie vor schwierig. Der Anteil der Fälle mit Ausbruchs-ID variiert bei den Bundesländern zwischen 0 und 70%, wohingegen der Anteil der Fälle mit Kontakt zu bestätigtem Fall von allen Fällen mit entsprechenden Angaben zwischen 50 und 100% schwankt. Basierend auf letzterem Ansatz könnte man Cluster Transmission ggf. rechtfertigen. Der Krisenstab regt an, auch die 7-Tage-Inzidenz zu berücksichtigen, bei der die überwiegende Mehrheit der Kreise keine und wenige Fälle pro 100.000 Einwohner hatte.

! Das Vorgehen für die Eingabe der Fälle variiert nicht nur von BL zu BL, sondern auch zwischen GÄ (Software, vorhandenes Personal, Qualifikation des vorhandenen Personals, etc.). Sogar innerhalb eines GA sind bestimmte Datenbanken nicht kompatibel.

! Es wird beschlossen, das Level of Transmission für Deutschland auf Cluster umzustellen.



2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
4	Neue wissenschaftliche Erkenntnisse ! Im aktuellen Ärzteblatt ist ein Artikel zur Interpretation der Ergebnisse von PCR-Tests auf SARS-CoV-2 erschienen. Dabei wird primär die Relevanz der Vortestwahrscheinlichkeit hervorgehoben. Eine Stellungnahme des Artikels wird im Krisenstab nicht für notwendig erachtet. Die Problematik der dual target tests wurde in der gestrigen AG Diagnostik diskutiert; eine Klarstellung ist im Diagnostik-Papier vorgesehen.	AL1
5	Aktuelle Risikobewertung ! Kein neuer Sachstand	
6	Kommunikation ! Die Corona-Warn-App wird aktuell auf allen Kanälen beworben. Es gab die Rückmeldung u.a. hinsichtlich der Einbeziehung ausländischer Gäste sowie andere Systeme. Sind Nachbesserungen der App geplant, auch in einfacherer Form? Kann die App auch auf Smartphones älterer Generation genutzt werden? ! Es wird gebeten, diese Rückmeldungen direkt an die für die App zuständige Projektgruppe weiterzuleiten. Die App wird mit älteren Geräten aufgrund der low-energy Bluetooth Technik nicht kompatibel sein. ! Es gehen primär Anfragen zur App und zu den Risikogebieten ein. Dabei soll hinsichtlich der Risikogebiete stärker betont werden, dass die Erstellung der Liste letztlich eine interministerielle Entscheidung zwischen BMG/AA/BMI ist. ! Es wird darum gebeten, Mails (z.B. vom BMG) weiterhin intern weiterzuleiten. ! Zum Umgang mit Risikogebieten wurde eine Kommunikation seitens des BMG vorbereitet und dem LZ zur Verfügung gestellt. Dabei wird ein 2-stufiger Prozess basierend auf den Inzidenzen und einer qualitativen Einschätzung der Auslandsvertretungen beschrieben. Eine Sprachregelung für die Laborliste steht noch aus, dazu erstellt Ronja Wenchel einen Vorschlag. Es soll eine separate Liste für Anfragen geben; das Volumen der Nachfragen soll an das BMG zurückgespiegelt werden. Anfragen von Botschaften sollen an das AA (BMG in CC) und Anfragen anderer Gesundheitsministerien an das BMG weitergeleitet werden, während Anfragen von Privatpersonen oder Firmen seitens des RKI mit einem Standardtext beantwortet werden sollen. ! Wird seitens des RKI ein Anstieg der Fallzahlen aufgrund importierter Fälle festgestellt, sollte dieser bei der regelmäßig	BZgA Alle Presse ZIG/Presse/ alle

	für donnerstags angesetzten TK mit BMG/AA eingebracht werden. Eine Aktualisierung der Risikogebiete ist regelmäßig für freitags vorgesehen. Die aktuelle Regelung gilt bis 01.07.2020, da dann eine EU-weite Regelung seitens der EU vorgestellt werden soll.	
7	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Laut BMG ist in der Muster-Quarantäne-VO die Veröffentlichung der Risikogebiete auf der RKI-Webseite vorgesehen. Warum dies in die VO aufgenommen wurde, ist nicht klar. ! Das Einreiseregime ist weiterhin bestimmendes Thema im BMG. Die Änderungen in der Muster-Quarantäne-VO wurden durch neuere Rechtsprechung notwendig, der durch die Einführung einer Negativliste Rechnung getragen wird. Die Erstellung der Negativliste ist mit einer aufwändigen Abfrage aller Auslandsvertretungen (Fragebogen mit 7 Fragen zu qualitativen Parametern, insbesondere Einschätzung der Datenqualität) verbunden. Die Einschätzungen der Auslandsvertretungen und die Inzidenz werden in einer Master-Excel-Liste eingetragen, auf deren Basis die Abstimmung über mögliche Risikogebiete geführt wird. Die Verlässlichkeit der Datenlage war bei der bisherigen qualitativen Definition der Risikogebiete ausschlaggebend. Für die nächste Liste wird neben der Inzidenz auch eine Abbildung des Trends gewünscht. ! Zum 01.07.2020 ist ein europäisches Vorgehen mit Erstellung einer Positivliste geplant; ausschlaggebend soll die 14-Tage-Inzidenz mit einem gleitenden Cut-off bei 16,1/100.000 Einwohner sein. Angesichts umfangreicher Abstimmungen ist es zweifelhaft, ob die Regelung bis 01.07.2020 vorliegt. Anpassungen der VO an das europäische Vorgehen sind im Verlauf ggf. notwendig. Für eine Einschätzung dieses Vorgehens wird das BMG auf das Lagezentrum zukommen. ! Die FDP will morgen die Aufhebung der vom Bundestag im März festgestellten „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ beantragen. Mögliche Konsequenz der Aufhebung wäre z.B. das Entfallen des Kapazitätenmonitorings. Angesichts der aktuellen Risikobewertung ist die Aufhebung aber unwahrscheinlich. 	<p>BMG-Liaison</p> <p>alle</p>
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Verkürzung Betriebszeiten Lagezentrum: Die Betriebszeiten wurden auf 9 bis 17 Uhr reduziert. Die Position Presse-Liaison entfällt, da Mitarbeitende zur Corona-Warn-App abgeordnet wurden. Weitere Outputs sollen reduziert werden; insbesondere soll der Lagebericht gekürzt werden. Eine Abstimmung mit dem BMG bezüglich der Betriebszeiten ist nicht vorgesehen. 	<p>FG32/Presse /alle</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Das Internetteam ist regulär zwischen 9 und 17 Uhr besetzt, so dass kein Schichtplan mehr notwendig ist. Eine Rufbereitschaft ist bis 21 Uhr vorhanden. Die Telefonnummer wird zirkuliert. ! Der nCoV-Lage-Ordner wurde am 13.06.2020 erfolgreich auf S:\Wissdaten migriert, jedoch funktionieren dadurch ggf. einige Links nicht mehr. Die Ordnerstruktur ist ansonsten unverändert. ! Der Krisenstab entscheidet, freitags regulär bereits um 11 Uhr zu tagen. Die Präsentation zur nationalen Lage wird ggf. weiter gekürzt. 	
<p>9</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorstellung Strategiepapier: <i>vertagt auf Freitag</i> ! Handreichung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit Personen mit der Meldung „erhöhtes Risiko“ einer SARS-CoV-2-Infektion (Corona-Warn-App, CWA) <ul style="list-style-type: none"> ! Patientinnen/Patienten mit CWA-Warnung und Symptomen einer SARS-CoV2-Infektion sollen genau wie symptomatische Patienten ohne CWA-Warnung ärztlich behandelt werden (PCR-Testung, AHA-Regeln, Reduktion der Kontakte, meldepflichtiger Verdachtsfall). ! Bei asymptomatischen Personen mit CWA-Warnung ist ein ärztliches Beratungsgespräch vorgesehen. 2 Fragen: 1) Gab es am Tag der letzten Risiko-Begegnung eine für eine Infektion relevante Kontaktsituation? 2) Besteht ein überdurchschnittliches Weiterverbreitungsrisiko oder ein Risiko für schwerwiegende Konsequenzen bei einer möglichen Weiterverbreitung? <ul style="list-style-type: none"> ! Wenn ein relevant erhöhtes Risiko besteht, soll PCR-Testungen angeboten werden (wird von der KBV übernommen), AHA-Regeln sind einzuhalten, Kontakte zu reduzieren, Person soll sich beim GA melden (Appell an die Compliance der Nutzer). ! Wenn kein relevant erhöhtes Risiko besteht, dann kein Test, aber Einhaltung der AHA-Regeln und Reduktion der Kontakte. ! Es wird diskutiert, ob die CWA-Warnung nicht bereits mit der Definition der KP1 verknüpft ist (mehr als 15 Minuten in weniger als 1,5 m Entfernung) und somit direkt das GA zu kontaktieren wäre. Jedoch kann die App nicht unterscheiden, ob der Nutzer mehrmals an einem Tag derselben Person mit positivem Testergebnis oder mehreren unterschiedlichen Kontakten begegnet ist, die Warnung ist nicht mit der Einstufung als KP 1 gleichzusetzen Die GÄ waren zudem nicht initial im Prozess involviert, daher ist ein Automatismus nicht sinnvoll. ! Es wird angemerkt, dass Hausärzte eine seuchenhygienische Rolle zugewiesen bekommen. ! Die Kontaktreduktion für 14 Tage bezieht sich auf den 	<p>ZIG FG37</p>

	<p>letzten Tag des Risikokontakts.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine routinemäßige Krankschreibung bei asymptomatischen Personen, die eine Warnung erhalten haben, wird verneint. Die Indikation für die Durchführung eines Tests stellt der Arzt. ! Inwiefern für Hausärzte die Beratungsgespräche neben der Testung abgerechnet werden können, ist von der KBV zu klären. ! Es wird angeregt, im Verlauf einen Flyer für Hausärzte bzw. eine Darstellung im Flusschema zu erstellen. 	
10	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gab seit Wochen keine SARS-CoV-2-Nachweise in den Einsendungen. Die Rhinoviren steigen wieder auf normales Niveau. Lockerungsmaßnahmen zeigen sich ggf. in diesen Daten. ! In der AG Diagnostik wurde der Fragenkatalog des BMG diskutiert, insbesondere auch der Stellenwert der Antikörpertestungen im Rahmen der Teststrategie. Dabei liegt ihr Wert primär in den sero-epidemiologischen Studien; im Rahmen der Teststrategie haben Antikörpertestungen eine untergeordnete Bedeutung. Der Bericht soll zeitnah finalisiert und dem BMG zur Verfügung gestellt werden. Herr Voigt wird Ergebnisse zur Antikörpertestung nächste Woche vorstellen. ! Ergebnisse aus den Kupferzell-Daten sind bis Mitte Juli 2020 zu erwarten. Neutralisationstests stehen noch aus, die vorläufigen Ergebnisse deuten auf Ähnlichkeiten mit der Situation in Gangelting hin. Die Fortsetzung in weiteren Hotspots (ggf. auch Straubing) ist geplant. Daneben laufen die Vorbereitungen für eine bundesweite Studie, bei der ca. 28.000 Personen beprobt werden sollen. ! Es wird darauf hingewiesen, dass 1/3 der auffälligen Blutspender (2%) neutralisierende Antikörper aufwies. 	FG17/AL1/ AL2
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
13	<p>Surveillance</p> <p>Laborbasierte Surveillance ARS (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 66 Labore, davon 24 Labore mit serologischen Ergebnissen, nehmen teil, die 870 Krankenhäuser und knapp 17.000 Arztpraxen abdecken. Es liegen knapp 2 Mio PCR-Testergebnisse vor. Eine Korrelation mit klinischen Daten ist nicht möglich. ! Der Testverzug ist mit durchschnittlich weniger als einem Tag zwischen Entnahme und Testung gering. Jedoch sind Ausreißer zu berücksichtigen, z.B. gibt es im LK Sonneberg kein Labor, so dass dort 2 bis 3 Tage auf Ergebnisse gewartet wird (im LK gibt es weiterhin Fälle sowie eine Häufung von Fällen im Krankenhaus). ! In der 24. KW fanden weniger Testungen als in der Vorwoche statt, dabei war der 11.06.2020 (Donnerstag) ein Feiertag in vielen BL, was die geringere Anzahl der Testungen erklären 	FG37



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>könnte.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anteil der positiven Testungen sinkt langsam weiter. Dies zeigt sich auch in der Darstellung nach Bundesländern. ! Die Anzahl der Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und KW sinkt in der Altersgruppe der >80-Jährigen, während sie in der Gruppe der 0- bis 4-Jährigen leicht steigt. Letzteres ist ggf. auf die Öffnungen der Kitas zurückzuführen. Der Anteil positiv getesteter Personen ist in allen Altersgruppen weitgehend gleich. ! Die serologische Ergebnisse (IgG-Antikörper-Testungen) weisen einen Positivanteil von 7% aus, jedoch ist die Prävalenz wahrscheinlich deutlich geringer (die Daten basieren nicht auf einer repräsentativen Studie). In einer Studie an einem Krankenhaus mit einem COVID-19-Ausbruch in Marzahn wurde eine Prävalenz von 2% unter dem medizinischen Personal gefunden. Andere Studien weisen ebenfalls auf eine niedrige Prävalenz hin. ! In der Ausweisung der serologischen Ergebnisse nach Altersgruppe fällt ein relativ hoher Positivanteil bei den 0- bis 9-Jährigen auf. Bei 30 Personen wurde am gleichen Tag ein positiver Ig-G-Nachweis nach erster positiver PCR-Testung gewonnen. Weitere Auswertungen sind im Verlauf geplant. ! Von welchen Firmen die Antikörpertests stammen, wird in der AG Diagnostik nachgereicht. Die Darstellung hinsichtlich der Verteilung der positiven IgG-Resultate nach erster positiver PCR wird überarbeitet, um prozentuale Anteile darzustellen. Ob Neutralisationstests durchgeführt wurden, ist unklar. ! Die BL haben sich über Anzahl an Testungen und Reihenuntersuchungen ausgetauscht und beabsichtigen eine Veröffentlichung im Epid Bull unter Federführung des RKI. Dieses Anliegen ist bisher noch nicht an die AG Diagnostik herangetragen worden, wird aber befürwortet. <p>DEMIS</p> <ul style="list-style-type: none"> ! DEMIS ist gestern erfolgreich produktiv gegangen, dabei sind 1 Labor und 1 GA angeschlossen und das SurvNet Update wurde ausgerollt. Weitere GÄ und Labore sollen im Verlauf angeschlossen werden. ! Aktuell ist keine Pressearbeit geplant. Die Gesundheitsämter sollen über die Seuchenreferenten aufgefordert werden, Zertifikate zu beantragen. <p>Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die ARE-Raten sind nach wie vor auf einem im Vergleich zum Vorjahr niedrigeren Niveau. Die ARE-Konsultationsinzidenz im Rahmen der AG Influenza ist ebenfalls sehr niedrig. ! Unter den im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben war in der 24. KW kein Influenza- oder SARS-CoV-2-Nachweis, dagegen gab es einen Anstieg des Anteils der Rhinoviren (bei insgesamt sehr wenigen Proben). 	<p>FG32/AL1</p> <p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	---	---

	<p>! Die SARI-Surveillance bis zur 23. KW verzeichnet weiterhin einen Rückgang der SARI-Fallzahlen mit einem im Vergleich zur Vorsaisons niedrigerem Niveau. Der Anteil der COVID-19-Fälle an allen SARI-Fällen ist von der 22. zur 23. KW leicht angestiegen.</p> <p>! In der globalen Influenza-Surveillance (WHO Update 369) wird ersichtlich, dass aus vielen afrikanischen Staaten oder dem indischen Subkontinent (Transmission Zones) kaum Proben eingesandt werden. In der Karibik dominiert Influenza A, in Nordamerika dagegen eher Influenza B. In der TK von ECDC-WHO freitags wurde die Sorge mitgeteilt, dass die Influenza-Surveillance momentan schlecht funktioniere und ggf. damit auch die Informationslage für COVID-19 eingeschränkt sei. Die z.T. fehlenden Daten könnten Auswirkungen auf die nächsten Empfehlungen für den Influenza-Impfstoff für die Südhalbkugel haben. Ggf. zeigt sich aber auch bei Influenza die Wirkung der im Rahmen von COVID-19 getroffenen Maßnahmen.</p> <p><i>ToDo:</i> FG36 wird am kommenden Montag Ergebnisse zur Auswertung der Daten bei Kindern vorstellen.</p>	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>! BMG wünscht sich ein Gespräch bezüglich des Papiers zu den Gemeinschaftsunterkünften, jedoch sind die Autoren aktuell verhindert. Es wird nach einem passenden Termin gesucht.</p>	FG32
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 19.06.2020, 11:00 Uhr (neu), via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	19.06.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG33
 - Sabine Vygen-Bonnet
- ! FG35
 - Christina Frank
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
- Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Ronja Wenchel

- Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Marica Grossegeesse
- ! Abt. 3
 - Michael Höhle
 - Felix Weidemann
- ! ZIG1
 - Basel Karo
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/ letzte 7 Tage, >8 Mio. Fälle, Top 3 Brasilien, USA, Indien <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Chile</u>: zum 1. Mal >70.000 neue Fälle, lauf Gesundheitsbehörde Probleme mit Berichterstattung, ca. 30.000 Fälle die zuvor nicht gemeldet wurden, starker Anstieg ▪ Außerdem Russische Föderation, Pakistan, Peru, Mexiko, Saudi Arabien, Südafrika ○ 16 Länder mit 7-Tages-Inzidenz >50/100.000 Einw., im europäischen Raum Armenien, Schweden, Republik Moldau, Nord Mazedonien, Weißrussland, Russland <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>USA</u>: >2 Mio. Fälle, Inzidenz 48/100.000, seit Ende Mai steigen Fallzahlen langsam wieder an, zurückzuführen auf starke Tendenz und neue Gebiete die betroffen sind, große Cluster besonders in Gefängnissen, >67.000 Fälle, außerdem Verpackungs- und fleischverarbeitenden Betriebe, Amazon, laut NYT 40% Todesfälle in Verbindung mit Pflegeheimen und Gesundheitseinrichtungen, Maßnahmenlockerung beginnt, Süden und mittlerer Westen besonders betroffen, 3 Bundesstaaten mit starkem Zuwachs, u.a. Florida, Texas <p>Stark ansteigende Tendenz in manchen Staaten evtl. in Verbindung mit Maßnahmenlockerung, Testungen >26 Mio., positiver Anteil ca. bei 10%</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Schweden</u>: 53.000 Fälle, 4,3% in Intensivstation, Todesfälle 9,3%, 7-Tages-Inzidenz 71,2/100.000, neue Fälle seit Mitte Mai stark ansteigend, Teststrategie v.a. hospitalisierte Personen, HCW und Pflegeheim-MA, Sprache ist von einer „late pandemic phase“; seit Mai Testkapazitäten stark erhöht, auch Testung von Verdachtsfällen mit milden Symptomen, ca. 50.000 Tests/letzte Woche, Positivanteil 12% <p>! sollte unter 10% liegen um sicherzugehen, dass nicht nur schwere Fälle identifiziert werden; Seroprävalenz in der Bevölkerung 4,8-6,1%; Maßnahmen im Unterschied zu Deutschland: Gastronomie, Schulen, und Gruppensport blieben erlaubt, in Kita und Grundschulen waren jedoch</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

ca. 25% der Personen nicht anwesend

National

- ! Fallzahlen, 7-Tages-Inzidenzen, Trend (Folien [hier](#))
 - SurvNet übermittelt: 188.534 (+770), davon 8.872 (4,7%) Todesfälle (+16), 7-Tages-Inzidenz 3,2/100.000 Einw., ca. 174.400 Genesene
 - Höchste Fallzahl seit einem Monat und es sind noch nicht alle Meldungen erfolgt
 - Verschiedene auch große BL (NW, SA) übermitteln nicht am Wochenende, Impact wird erst verzögert nächste Woche sichtbar werden (Di oder Mi)
 - Beide R-Werte liegen über 1, da noch zahlreiche Nachmeldungen zu erwarten sind sollte dies im Lagebericht erwähnt werden im Sinne von „es gibt größere Ausbruchsgeschehen in Magdeburg, Berlin, Göttingen, Gütersloh, dies wird sich auch im R-Wert bemerkbar machen“
 - Inzidenzen bundesweit Anstieg auf 3,2, Länder über Durchschnittsinzidenz, BE, HB, NS, SA, alle anderen liegen unter dem Durchschnitt von 3,2
 - Für den Ausbruch in Göttingen hat das RKI angeboten Proben zu sequenzieren, dies ist nicht ganz einfach da dort die Universität und der Krisenstab Göttingen teilweise ohne Einbezug des GA arbeiten
 - Ausbruch in Gütersloh, Tönnies
- Fleischverarbeitung
- Inzidenz liegt bei 94/100.000, es ist zu erwarten, dass dies bald über 100 geht, ggf. werden noch benachbarte Kreise betroffen werden
 - Geschehen ist sehr groß und komplex und wird möglicherweise auch andere BL betreffen
 - >700 MA von Tönnies und Unterunternehmen wurden positiv getestet, Nenner ist nicht ganz klar, ca. 2.000 von 7.000 MA
 - Wenn Testungen ausgeweitet werden, werden eventuell auch Ausbrüche in anderen Betrieben erkannt, es wird sich über die kommenden Tage und Wochen ziehen bis alle getestet und Ergebnisse verfügbar sind
 - Ausbruch vermutlich der bisher größte in Deutschland, es gibt viele überlappende Faktoren, Wohn- und Arbeitssituation sind problematisch, hinzukommt die wiederhergestellte Reisefreiheit ! Heimreisen in Ursprungsländer der MA kann zu Infektionsexporten führen
 - Gütersloh hatte im März eine Rückkehrerwelle aus Österreich
 - Anfang Mai hatte Tönnies bereits alle MA getestet



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sporadische Fälle und langsamer Fallanstieg in der Fleischindustrie ab Mitte Mai (Erkrankungsbeginn-Daten), Ursprung ist nicht ganz klar aber nach Amtsärztin Fr. Bunte war es eine Mischung aus Tests durch Tönnies bei Reiserückkehrern und Neueinstellungen sowie symptomatischen Personen (Minderheit) ▪ Epikurve (Christina Frank) mit Peak am 16.06. beruht bei neuen Fällen nicht auf Erkrankungsbeginn sondern vermutlich Testdatum ▪ Tönnies ist relativ offen und vermutet niedrige Temperaturen als begünstigenden Faktor, Sequenzen könnten mit denen anderer aus der Fleischindustrie verglichen werden ▪ GA benötigt Unterstützung um KoNa und Management zu sichern, Sicherung qualitativer Daten stellt eine Herausforderung dar ▪ Insgesamt hohe Komplexität auch wegen der Werksverträge ▪ 15 Containment Scouts sind vor Ort und wurden bereits vor dem Ausbruch von dort angefordert ▪ Die betroffenen leben auf engem Raum unter prekären Lebensbedingungen (6-7 Pers./ Raum), auch die Arbeitsverhältnisse sind suboptimal ! das RKI sollte sich zu diesen Bedingungen äußern ▪ Eine Gruppe aus Abteilung 3 beschäftigt sich hiermit und bereitet den Einsatz vor, Viviane Bremer koordiniert, das Ausbruchsteam ist bereit ▪ Genaues Amtshilfeersuchen wird abgewartet um zu verstehen, was vom RKI erwünscht ist ▪ Bundeswehr und Fr Teichert/ÖGD haben auch Unterstützungsanfragen erhalten ○ Auch andere große Ausbrüche in Deutschland sollten analysiert werden um nicht einen möglichen Trend zu verpassen ○ Heute findet ein Gespräch mit Göttingen statt, aus Erfahrung ist es sinnvoll und besser, nicht zu proaktiv vorzupreschen, sondern abzuwarten, bis Auftrag und Ansprechpartner feststehen ○ Es gibt neben den genannten großen auch Ausbrüche in privatem Umfeld, Alten- und Pflegeheimen ○ In MF am RKI wurde eine automatisierte Pipeline etabliert in der auch schnell 1.000-e von Genomen sequenzanalysiert werden können, dies sollte bedacht werden und wenn möglich, Proben dorthin vermittelt werden 	
--	--	--

	<p>! Testkapazität und Testungen: Positivrate liegt bei 0,8%, >2.600 positiv, >320.000 Testungen (insgesamt >5 Mio.)</p>	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>Ausweisung der Risikogebiete und Labore</p> <ul style="list-style-type: none"> ! RKI PHI und Presseteam sind beschäftigt hiermit und handhaben die Herausforderung sehr gut ! Nächste Abstimmung heute im Anschluss an den Krisenstab ! RKI-Pressestelle benötigt ein komplettes Word-Dokument zu den Risikogebieten, welches auch archiviert werden kann ! Gestern kam eine E-Mail von Hr. Sangs über das LZ, dass Länder korrekt ausgewiesen werden müssen, dies ist politisch nicht einfach und nicht RKI-Aufgabe ! Die Erwartungshaltung von außen/BMG ist, dass Dinge extrem schnell auf die Webseite gestellt werden (oft Nachfrage nach 10 Minuten), es ist teilweise mehr Zeit notwendig ! Johanna Hanefeld bespricht erneut die Rahmenbedingungen mit dem BMG/AA <p>Andere internationale Neuigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zentralasiatische Republiken <ul style="list-style-type: none"> ○ Turkmenistan: Muna Abu Sin (FG37) fährt in 10d auf einen gemeinsamen Einsatz von RKI und WHO nach Turkmenistan, das Land bestreitet, Fälle zu haben obwohl eine neue Form der Pneumonie bei Fällen identifiziert wurde ○ Tadschikistan: eine WHO, PHE und RKI scoping mission wird geplant, das EMT Angebot von Deutschland wurde in letzter Instanz nicht vom Land angenommen ○ Armenien: Hilfeersuchen über AA, Montag startet eine WHO Mission, aktuell wird auch auf Anfrage ein EMT Vorschlag vom RKI vorbereitet; Armenien ist generell offener mit Informationen und hat aktuell einen starken Fallzuwachs, es gibt dort viel Labourmigration und Bevölkerungsbewegung im Agrar- und Landwirtschaftsbereich welches als treibender Faktor gesehen wird ! Äthiopien: ebenfalls Bitte um Unterstützung, seit kurzem gibt es vermehrt Fälle, das Land bemüht sich, Testkapazitäten aufzubauen, ZIG steht im Austausch mit BMZ und Dt. Botschaft vor Ort zu einer möglichen Unterstützung, wird auch aufgrund der engen Kollaboration mit Africa CDC als wichtig erachtet, deren Hauptsitz in Addis ist ! Brasilien: Hilfeersuchen an mehrere Institutionen in Deutschland, die brasilianische Bundesregierung wünscht keine Hilfe, und die Ersuche erfolgen von Staaten oder Städten, politisch nicht einfach ! Diese bei ZIG eingehende Hilfeersuche führen nicht immer zur Umsetzung, sie werden von den Ländern oft an viele Empfänger geschickt, RKI und andere Institutionen und Organisation lernen, wie dies am besten angegangen wird 	



<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen</p>	
<p>4</p>	<p>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse Studienergebnisse: Estimatig the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe (Nature Publikation Link), Flaxman et al., siehe Folien ! Eine Gruppe aus Abteilung 3 hat ihre Einschätzung zur o.g. genannten Studie zusammengefasst und vorgetragen (s. Folien) ! Ziel der Studie: Schätzung der verschiedenen Einzeleffekte der Maßnahmen in 11 europäischen Ländern ! Methode: Transmissionsmodellierung aufgrund der Todesfallverlaufszahlen basierend auf den an das ECDC übermittelten Daten ! Ergebnisse für Deutschland: Mit letzter eingeführter Maßnahme (Lockdown 23.03.) deutliche Senkung von R, alle Vorherigen Maßnahmen zeigten kaum einen Effekt ! Limitationen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Von Sterbefällen wird auf R zurückgerechnet, zentrale Annahme ist der Verzug wann R-Änderung Einfluss auf die Sterbefälle hat ○ Studie berücksichtigt nicht, dass die ans ECDC gemeldeten Daten nicht den beobachteten Verlauf, der in SurvStat gesehen werden kann, darstellt ○ Meldeverzug von mindestens 5 Tagen ist noch darin enthalten jedoch in der Modellierung nicht berücksichtigt, Änderungen könnten früher eintreten ! Das Transmissionsgeschehen in Deutschland hat die Risikogruppen mit einer Verzögerung erreicht, dies ist ein impliziter Transmissionsverzug, der sich auch auf R auswirkt ! Studie nimmt an, dass sich R mit dem Tag des Maßnahmenbeschlusses ändert und berücksichtigt nicht, dass Maßnahmen ggf. zeitlich verschoben Auswirkungen haben, eine Erörterung der Einzeleffekte von Maßnahmen ist schwierig ! Fazit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Studie ist ein Versuch, den Zusammenhang zwischen Maßnahmen und Infektionsgeschehen zu analysieren ○ Die Autoren erkennen an, dass die Annahmen grob sind und hoffen, dies wird durch die Daten der zahlreichen Länder ausgegült ○ Todesfälle sind weit entfernt vom Transmissionsgeschehen, nur ein Teil der Bevölkerung spiegelt das Transmissionsgeschehen ab ○ Zusammenhänge sind nicht kausal zu sehen ○ Konklusion dass Rückgang von R fast alleinig auf Lockdown zurückzuführen ist, ist nicht plausibel </p>	<p>Abt. 3/ FG34</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Auswirkungen der Maßnahmen sind nicht auf Daten von vulnerablen Gruppen sondern auf die in der Allgemeinbevölkerung zurückzuführen ○ Ergebnis für Deutschland nicht sehr aussagekräftig <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wunsch hinter der Studie ist, Lockdown-Maßnahmen zu rechtfertigen, der präventive Charakter der Maßnahmen wurde nicht genügend in den Vordergrund gestellt ○ Bewertung sehr interessant: Einfluss von anderen Effekten (e.g. Bilder und Nachrichten aus Italien) und Datenverzug wurden nicht berücksichtigt, es ist wahrscheinlich, dass Maßnahmen oder Effekte mit einem Verzug von ca. 9 Tagen Wirkung zeigen, z.B. könnte die Peakabnahme in Deutschland ab dem 18.-19.03 auf die ersten Todesfällen in Deutschland zurückzuführen sein ○ Es wäre sehr gut, den Verlauf in Deutschland darzustellen und zu publizieren, ggf. durch ein Modell gestützt, ohne genügend Situationskenntnisse können diese Daten nicht sinnhaft interpretiert werden ○ Präventiver Effekt der Maßnahmen ist essentiell, es kann nicht reaktiv agiert werden ○ Narrative zum Verlauf wäre auch hinsichtlich der Verfahrensweise im Strategiepapier 	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Noch stets Rückmeldung vom BMG erwartet</p>	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! CWA: Zustimmung und Kritik, bekannte Punkte ! Es gibt vermehrt Fragen zu den regionalen Hygieneauflagen ! Thema aus der Telefonberatung: psychische Notlagen im weitesten Sinne und über die gesamte Bevölkerung (altersunabhängig) ! Institutionsübergreifende Vorbereitung des Themas Influenza <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! CWA: ähnlich BZgA, einige Anfragen, wurde gut vorbereitet ! Nächste Woche erscheint im EpiBull ein Artikel zur Inanspruchnahme der deutschen Notaufnahmen (Madlen Schranz, FG32) ! Wochenenddienste sind Rufbereitschaft, d.h. Presse muss bei Bedarf aktiv angerufen werden, Nummern werden jeden Freitag an das LZ kommuniziert 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
7	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nicht besprochen</p>	

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Iris Andernach geht in Urlaub und Irina Czogiel übernimmt und wird in Zukunft am Krisenstab teilnehmen</p>	
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>Vorstellung Strategiepapier COVID-19-Response, Update Nr. 4, (Link)</p> <p>! Entwurf ist im Wesentlichen ähnlich dem vorherigen Papier, Motto: kein massiver Anstieg sondern einzelne Cluster erwartet</p> <p>! Beinhaltet sind mehrere klare Handlungsempfehlungen, um das Geschehen weiter gering zu halten</p> <p>! Einzig große Veränderung seit dem letztem Entwurf ist die Inklusion der Vorbereitung auf einen Impfstoff</p> <p>! Am Ende des Papiers stehen die 6 großen Forschungsfragen</p> <p>! Weiteres Vorgehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Gerne Kommentare und Ergänzungen an Johanna Hanefeld bis Montag o Anfang nächster Woche wird es an das an BMG geschickt mit dem Hinweis, dass es im EpiBull veröffentlichen werden soll <p>! Die Grundzüge des Strategiepapiers können als Narrative für ein Overviewpaper zur Strategie in Deutschland dienen, dies könnte teils Rückblick teils Vorausschau sein und Aspekte beinhalten, die bis zur weitläufigen Bereitstellung eines Impfstoffes wichtig bzw. zu Bedenken sind</p> <p>! Krisenstab ist mit Vorgehen einverstanden</p> <p>Empfehlungen zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende (Link)</p> <p>! Es gab einen erheblicher Kommentierungsbedarf durch BMI und BL, das Dokument ist in seiner RKI-Urfassung auf der Homepage von Pro Asyl, Ziel ist ein abgestimmtes Papier, gestern gab es eine 2-stündige Verhandlung mit BMI und BMG</p> <p>! Herausforderung ist die Unterbringungssituation in Erstaufnahmeeinrichtungen, wo sich viele Menschen auf engem Raum ein Zimmer teilen, teilweise unverwandt und unbekannt, diese Situation führt maßgeblich zu vermehrten Infektionen</p> <p>! BewohnerInnen eines Zimmers können nicht automatisch als Hausstand angesehen werden, auch diese Menschen sollen das</p>	<p>ZIG</p> <p>FG32/FG34</p>

	<p>Recht und die Möglichkeit haben, sich zu schützen und Distanzhaltung durchzuführen, Entzerrungen sind notwendig</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMI möchte Gruppen, die unfreiwillig eng zusammenwohnen als einen Hausstand definieren damit akzeptabel ist, dass Abstandshaltung nicht umsetzbar ist und hält sehr daran fest ! Das RKI kann dies nicht mittragen, Abstandshaltung sollte für nicht verwandte/bekannte möglich sein ! Betroffene Absätze (auch auf Prävention und nicht nur Ausbruchssituationen bezogen) wurden vom RKI abgestimmt kommentiert, Rückmeldung muss heute bis 13 Uhr ans BMG ! Dies hat Parallelen zu KKH-Zimmern, in denen Patienten auch durch Teilen des Bades generell als KP Kategorie I einzustufen sind ! Woher kommt der Begriff Hausstand? Nicht ganz klar, das BMI ist wenig vertraut mit dem IfSG, will sich jedoch an die Verordnung halten <p>Entlasskriterien Entwurf (Link), 3 Anpassungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 1. schwere Verläufe im KKH wurden separiert von leichten, über dieses Kollektiv ist wenig (z.B. Dauer Infektiosität) bekannt, deswegen sind die 10 Tage nicht zu unterschreiten, in diesem Setting sind Testungen leicht verfügbar ! 2. Asymptomatische Fälle: generell wenig Datengrundlage für diese Gruppe, lediglich durch Analogie zu symptomatischen Fällen, es ist keine Öffnung durch vorzeitige Testung vorgesehen, im ambulanten Kontext 14-tägige Testung, in Niedrigprävalenz-settings sollen Verlaufs-PCR-Testungen an zwei Tagen und Probeorten erfolgen um das Risiko der Entlassung falsch-negativer Fälle zu verhindern ! 3. medizinisches Personal: durch Anpassungen ist vertretbar, dass diese nicht noch mit zusätzlicher Auflage belastet werden, bei schweren Fällen soll Testung stattfinden, bei leichten Fällen Verzicht auf Testung (gut durch RKI-Daten unterfüttert); lediglich bei asymptomatischen Fällen, bei denen unbekannt ist wo im Verlauf sie sich befinden, soll eine zusätzliche Testung aufgrund der möglichen Konsequenzen durchgeführt werden ! Nächste Schritte: Entwurf wird noch grafisch verbessert und anschließend mit KL, STAKOB, Krisenstab und AGI geteilt, danach Publikation ! Diskussion <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn negative PCR bei schweren Verläufen gefordert ist, betrifft dies nicht wenige Fälle und führt ggf. zu einem Problem mit denen, die lange PCR-positiv sind und weiter isoliert werden müssen; die meisten KKH führen Testungen durch; hier muss der CT-Wert und ggf. Ergebnisse der Anzucht (Symptomfreiheit?) zur Hilfestellung und Entscheidung verwendet werden ○ Ist zweifache Testung bei asymptomatischen Fällen übertrieben? Es wird überlegt, ob einmalige Testung genügt, Charité macht es mehrfach aber ggf. nicht alle, dies ist auch Prävalenzabhängig; Herr von 	<p>IBBS</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Kleist hat berechnet, wie viele Fälle möglicherweise mit einfacher Testung nicht erreicht würden (6%), durch eine Serienschaltung würden mehr Fälle identifiziert; im Niedrigprävalenzsetting ist die Rate der falsch positiven höher und kann zur Zumutung von unberechtigter Isolierung für 10 oder 14 Tage führen (z.B. wenn eine Person aus anderem Grund eingewiesen und überraschend positiv getestet wird und deswegen auf die Isolierstation kommt), die KKH sitzen dies nicht ab sondern testen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verkürzung der Isolierung (unter 14 bzw. 10 Tage) war ursprünglich als möglich erachtet, ist jedoch nun herausgefallen? Dies wird noch einmal überdacht und würde vor allem bei leichten Verläufen zutreffen ○ PCR ist für SARS-CoV-2 weniger zuverlässig als für manche andere Erreger, die Spezifität bei Ringversuchen lag teilweise bei 92% und nicht über 98% <p>! Das Dokument wird in seiner aktuellen Version in die Abstimmung gegeben um die Reaktionen zu sehen</p>	
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>Thema</p> <p>! Es sind viele und knapp 900 Proben eingegangen, Positivenrate liegt bei 13,5% (knapp 120), dies ist begründet durch viele Proben von Wohnkomplexen, Wohn- und Pflegeheimen und Familienclustern</p> <p>! MF Sequenzanalysen (s.o. unter Lage National): bitte Proben hierhin leiten, auch aus FG17 und ZBS1 um über die Dynamik von Ausbrüchen Informationen zu gewinnen,</p> <p>! Vorherige Anzucht ist nicht per se notwendig und von den Methoden der primären Extraktion (in FG17 und ZBS1) abhängig</p> <p>! O.g. Proben wurden bereits von Frau Pilz (MF) abgeholt</p> <p>! Update FG17 (leider akustisch nicht verstanden, bitte bei Bedarf ergänzen)</p>	FG17 ZBS1
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! S. unter Dokumente Entlasskriterien</p>	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Ausbruch Gütersloh</p> <p>! S. oben unter Lage National</p>	
12	<p>Surveillance</p> <p>! Nicht besprochen</p>	

13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>Kreuzfahrt</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kreuzschiffahrten möchten den Betrieb wieder aufnehmen, zunächst aufs Meer fahren und in 2. Stufe im europäischen Raum, dies wird mit entsprechenden Hygienekonzepten umgesetzt ! Der verantwortliche Arbeitskreis (AkKü) hält am Mo eine TK hierzu <p>Flugverkehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Flug-KoNa wird seit Montag wieder vollzogen, diese Woche gab es bereits 6 Ereignisse diesbezüglich die von der Position Internationale Kommunikation des LZ bearbeitet wurden ! Diskussion mit der AGI zum Thema wird nächsten Montag weitergeführt ! EASA und ECDC Empfehlung zum Flugverkehr wird weiter diskutiert, z.B. wer diese unterzeichnet und eine Länderbefragung wird stattfinden 	FG32
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
15	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
16	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Montag, 22.06.2020, 13:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	22.06.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Ute Rexroth
- ! FG33
 - Sabine Vygen-Bonnet
- ! FG34
 - Matthias an der Heiden
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher

- ! ZBS1
 - Marica Grossegesse
 - Andreas Nitsche
- ! ZIG1
 - Basel Karo
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann
- ! BMG
 - Irina Czogiel

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ! Ca. 8,8 Mio. Fälle und > 460.000 Verstorbene (4,5%) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> o Weiterhin die meisten Fälle in USA und Brasilien o Indien: starke Tendenz nach oben ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> o weniger Länder in Europa mit einer Inzidenz von > 50 Fälle pro 100.000: Schweden und Weißrussland liegen nicht mehr über dieser Schwelle (Schweden jedoch nur knapp darunter) o Stark betroffen sind Lateinamerika und USA. ! Publikation: Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods <ul style="list-style-type: none"> o Untersucht wurden Übertragungsdynamik und -risiko zu verschiedenen Expositionszeiträumen o 100 Indexfälle mit 2.761 Kontakten wurden bis 14 Tage nach der der letzten Exposition verfolgt. o Definition Expositionszeit: beginnt 4 Tage vor Symptombeginn des Indexfall, bei asymptomatischem Indexfall: ab Datum der Bestätigung, o Definition Kontakt: Face-to-Face ohne Maske für > 15 min, bei HCW: 2 m ohne N95 Maske o Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100 Indexfälle, davon 9 asymptomatisch; 2.761 Kontakte: Haushaltskontakte, Nicht-Haushalts-Familienkontakte, HCW-Kontakte, Andere ▪ Es wurden 22 Sekundärfälle, davon 4 asymptomatisch, identifiziert. Keiner der 9 asymptomatischen Indexfälle übertrug einen sekundären Fall. 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle 22 sekundären Fälle hatten ihre erste Exposition innerhalb 5 Tagen nach Symptombeginn des Indexfalles. ▪ Höheres Risiko einer Infektion bei Haushalts- und Familienkontakten, bei einem Kontakt vor und bis 5 Tage nach Symptombeginn. Höheres Risiko bei höherem Alter und schweren Symptomen des Indexfalls. <ul style="list-style-type: none"> ○ Schlussfolgerungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Höheres Übertragungsrisiko um den Zeitpunkt des Symptombeginns, niedrigeres im späteren Verlauf der Erkrankung des Indexfalles. ▪ Vorschlag Isolationsperiode auf 5 Tage nach Symptombeginn zu verkürzen und sich bei der Kontaktpersonennachverfolgung auf 4 Tage vor und 5 Tage nach Symptombeginn zu konzentrieren ▪ Ein KH-Aufenthalt für die Isolierung zur Reduzierung der Übertragung scheint nicht notwendig. ○ Berücksichtigt werden sollte: es handelt sich um eine besondere Situation mit einem sehr geringen R. <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 190.359 (+537), davon 8.885 (4,7%) Todesfälle (+3), Inzidenz 229/100.000 Einw., ca. 175.300 Genesene, Reff=2,76 ○ Fälle und Todesfälle pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> ▪ BW und Sachsen übermitteln am Wochenende keine Daten mehr. MV hat explizit 0 Fälle übermittelt. Beim Saarland ist unklar, ob keine Fälle übermittelt wurden oder keine neuen Fälle auftraten. ▪ BL, die keine Fälle übermittelt haben, sind im Lagebericht mit * markiert, jedoch ist nicht immer erkennbar, ob keine Fälle vorkamen oder sie nicht übermittelt wurden. Vielleicht wären aktive Nullmeldungen sinnvoll? ▪ Die Tatsache, dass nicht mehr alle BL am Wochenende übermitteln und somit die Differenz zum Vortag schwierig zu beurteilen ist, soll dem BMG mitgeteilt werden und in der AGI angesprochen werden. Unvollständige Meldung zu berichten macht aus fachlicher Sicht keinen Sinn. Es sollte dann auf die 	<p>FG32</p>
--	--	-------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Berichte am Sonntag und Montag verzichtet werden, da sie ein unvollständiges Bild zeigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die TK mit dem BMG wurde auf Di und Do reduziert, deshalb konnte das Thema in der TK noch nicht angesprochen werden. Fr. Diercke übernimmt am Dienstag die TK mit dem BMG. <ul style="list-style-type: none"> ○ Differenz zum Vortag in den Landkreisen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Folie beschreibt Übermittlungsartefakte und hängt damit zusammen, wie viele GA am Wochenende übermitteln. ○ 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum bundesweit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seit 18.06 Anstieg auf ca. 3.600 Fälle in den letzten 7 Tagen. Ist die Darstellung sinnvoll? Im Moment kann auf sie verzichtet werden, da der Anstieg in erster Linie auf Cluster zurückzuführen ist. ○ 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Starker Anstieg vor allem auf Geschehen in Berlin und NRW (auf 2 LK beschränkt) zurückzuführen. Dies treibt die bundesweite Inzidenz nach oben, in Niedersachsen gibt es auch einen Anstieg, die anderen BL sind noch nicht auffällig. ▪ Bremen findet noch keinen Anschluss an die anderen Länder, dies liegt an verschiedenen AusbruchsGeschehen in Bremen. Möglicherweise ähnlich wie in anderen kreisfreien Städten. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ In 148 LK keine Fälle. Es fehlen noch Fälle in Gütersloh, die hohen Inzidenzen in Warendorf hängen mit dem Ausbruch in Gütersloh zusammen. ○ Landkreise mit 7-Tage-Inzidenzen > 50 bzw. > 35 Fälle / 100.000: <ul style="list-style-type: none"> ▪ > 50 Fälle: LK Gütersloh ▪ >35 Fälle: LK Göttingen, LK Warendorf ○ Aktuelle Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amtshilfeersuchen aus Berlin, Gütersloh/Warendorf und Göttingen 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Gütersloh</u> Fleischverarbeitung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fr. Frank, Hr. Koppe, Fr. Lachmann sind vor Ort. 1.331 positive Testergebnisse, > 1.000 stehen noch aus. ▪ Es gibt eine unterschiedlich hohe Attack Rate. Vor allem in der Schweinezerlegung ist der Positivenanteil sehr hoch. ▪ Die Mitarbeiter wohnen auch in den umliegenden LK. Über weitere Maßnahmen wird nachgedacht. ▪ 14 Infizierte sind ohne jede Verbindung zum Betrieb. Problematisch sind auch 18 LKW-Fahrer. ▪ Es gibt einen Rückstau bei der Eingabe. Die Verbindung mit den Adressen ist schwierig, zum Teil wurden die Daten auch falsch eingegeben. Das GA verwendet nicht SurvNet, sondern ISGA. ▪ Es wurde umfangreich abgestrichen. Die Kommunikation ist schwierig, Dolmetscher sind nötig und die Auskunftsfreude ist nicht sehr hoch. Es gibt Angst vor Behörden und dem medizinischen System. ▪ Gibt es belastbare Gründe für die späte Entdeckung des Ausbruchs in Gütersloh? Hinweise: Leute hatten die Anweisung, sich ärztlich nicht vorzustellen und sind nur als ganze Gruppe zum Arzt gegangen, da sie sonst Angst vor einer Entlassung hatten (Fr. Frank). Es gab offensichtlich keinen niederschweligen Zugang zum deutschen Gesundheitswesen. ▪ Ob die Ansteckung am Arbeitsplatz oder in der Unterkunft erfolgte, ist im Moment noch klar. In den hauptsächlich betroffenen Betriebsbereichen, wohnen die Mitarbeiter auch eher prekär. ▪ Eine Studie soll durchgeführt werden. ▪ Ist die Empfehlung eines Kontaktverbots für diesen LK sinnvoll? Politische Entscheidungen liegen nicht in unserer Hand. ▪ Von 7.000 Mitarbeitern sind knapp 4.000 Rumänen, die relativ abgegrenzt von übriger Bevölkerung sind, deshalb wurde bisher auf generelle Maßnahmen noch verzichtet. ○ <u>Göttingen</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hauptsächlich ist der Stadtkreis betroffen. Das Ausbruchsteam ist zurück. Die Containment Scouts 	FG34
--	--	------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>bleiben noch etwas länger.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 120 Personen waren positiv. Auch hier waren Sprachmittler notwendig und es gab Probleme bei der Kommunikation mit verschiedenen Akteuren. ▪ 1 Fall in Friedberg in einem Aufnahmelager für Asylsuchende <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Magdeburg</u>: Es wurden am Wochenende einige Fälle übermittelt. <p>! R-Wert Erhöhungen: Handelt es sich um einen generellen Trend oder ist der Anstieg mit Ausbrüchen zu begründen? (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Entwicklung Nowcasting + R-Wert: In den letzte 30 Tage Anstieg, durch Glättung ist der Anstieg nach 16.06. verschoben. ○ Entwicklung ohne Gütersloh, Warendorf, Göttingen und Magdeburg: Scala reduziert sich auf die Hälfte, trotzdem ist ein leichter Anstieg zu beobachten. Der R-Wert ist weiter über 1. ○ Der Anstieg lässt sich nicht komplett auf die 4 Ausbrüche zurückzuführen, vermutlich gibt es auch mehrere kleinere Ausbruchsgeschehen. ○ Der Peak in NRW hat Auswirkungen auf die Berechnung von anderen BL, viele Fälle haben den 16.06. als Erkrankungsdatum, eigentlich handelt es sich um das Diagnosedatum. Man könnte dieses Erkrankungsdatum für die Berechnung auf miss. setzen. ○ Frage: Maßnahmen müssen frühzeitig einsetzen. Wie viele Wochen kann die derzeitige Entwicklung beobachtet werden, ohne eine Verschärfung der Maßnahmen zu empfehlen? ○ Der R-Wert liegt in einigen BL über 1. In SH, Sachsen und Saarland waren die Fallzahlen jedoch sehr gering. Die R-Werte sind deshalb schwer zu bewerten. Auch in Bayern gehen die Fallzahlen stark zurück. ○ Das Geschehen in Berlin wurde zunächst nicht aus der Berechnung rausgenommen werden, da viel diffuser, betroffen sind viele Stadtbezirke. ○ Bei vielen anderen BL gibt es noch keine großen Bedenken, 	
--	---	--

	<p>148 LK sind ganz ohne Fälle.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der R-Wert muss zusammen mit den absoluten Fallzahlen zusammen betrachtet werden. ○ In der Pressekonferenz morgen sollte darauf hingewiesen werden, dass Armut Infektionskrankheiten macht (Robert Koch). ○ Es gibt 2 verschiedene Entwicklungen: prekäre Situationen mit großen Ausbrüchen in bestimmten BL, allgemeine Entwicklung in der Bevölkerung. Wie wirken sich Großereignisse auf das Infektionsgeschehen aus? Jetzt ist eine schwierige Zeit, bei sehr viel Wissen muss rechtzeitig reagiert werden. ○ Clusteranalyse geht in diese Richtung, die Gesamtheit aller Cluster muss betrachtet werden. ○ Es gibt zwischenzeitlich ein Team aus Abt. 3 unter Leitung von Fr. Buda. Bei wöchentlichen Treffen werden die Daten gemeinsam in einem internen Dashboard diskutiert. ○ Bei der geografischen Darstellung gibt es viele weiße LK im Süden, NRW sticht im Moment hervor. ○ Der Bericht sollte umgestaltet werden und jedes BL für sich mit entsprechenden Cluster und Infektionsgeschehen betrachtet werden. ○ Großstädte sollten gezielter angesehen werden. ○ Die Datenqualität des Meldesystems sollte verbessert werden, dies setzt mehr Personal vor Ort voraus. Das System ist geeignet um Signale zu erkennen. ○ Syndromische Surveillance, Testung, Medienscreening sind Datenquellen für aktuelle Entwicklungen. Im Herbst soll das Grippeweb größer ausgerollt werden, die Bevölkerung kann dann aktiv mitarbeiten. ○ Eine systematische Information über große Veranstaltungen wäre sinnvoll, ist aber nicht realistisch. ○ Prekäre Gruppen, die im Moment das Geschehen triggern, nutzen die Corona-Warn-App eher nicht. ○ Jeden Tag sollten die absoluten Fallzahlen betrachtet werden, was kann auf Ausbrüche zurückgeführt werden und was nicht. Sollte sich ein flächendeckendes Geschehen erkennen lassen, muss an Politik herangetreten werden. ○ Im Moment kommen 1/3 aller Fälle aus einem LK, in 350 von 400 LK gibt es nur minimales Geschehen. 	
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn absehbar ist, dass Containment Scouts benötigt werden, sollte die Bundeswehr auf dem Laufenden gehalten werden, damit diese Containment Scouts schulen und zur Verfügung stellen kann. 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mittlerweile über 10 Mio. Downloads ! Feedback in Medien insgesamt gut und in der Bevölkerung positiv, da extrem datenschutzkonform. ! Kritikpunkte: <ul style="list-style-type: none"> ○ neueres Betriebssystem ist nötig, laut letzter Aussage von SAP wäre das günstigste nutzbare Smartphone für 50€ zu erwerben. Vielleicht können aber die Voraussetzung hinsichtlich des Betriebssystems noch verändert werden. ○ Mehr Sprachen sollten verfügbar sein. ○ Kein Erwerb in App-Stores außerhalb von Deutschland möglich. ! Workflows funktionieren gerade gut. Bisher sind ca. 4.600 Emails eingegangen, die von ca. 25 aktiven Personen bearbeiten wurden. ! Erste Freischaltcodes wurden von den Laboren zur Verfügung gestellt. Die Anbindung der Labore ist jedoch noch schlecht hinsichtlich der Frage, wie man an die QR-Codes kommt. Hier ist noch einiges an Nachbesserung von SAP zu leisten. ! Neben der Fehlerbehebung stellt sich die Frage, wie die App evaluiert werden soll. ! Die App kostet viel und die Laufzeit ist aktuell bis Mai 2021 geplant. Dann könnte überlegt werden, welches Potential die App über diesen Zeitpunkt hinaus haben könnte. ! Wie viele positive Befunde sind der App bisher gemeldet worden? Hierzu gibt es im Moment noch keine Information, wäre aber sinnvoll. 	FG21
4	<p>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</p> <p>Corona-KiTa-Studie: Erkrankungszahlen bei Kindern < 10 Jahren (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kooperation DJI und RKI unter Federführung DJI: läuft seit 1.Juni und soll schrittweise die Öffnung der Kitas begleiten. ! Ziel: Klärung wie stark das Öffnungsgeschehen mit gehäuften Infektionen von Kindern und Erwachsenen einhergeht. ! Forschungsfragen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unter welchen Bedingungen wird die schrittweise Öffnung aktuell angeboten? ○ Welche Herausforderungen sind für die Einrichtungen, das Personal, die Kinder sowie die Eltern von besonderer Bedeutung? 	FG36

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Unter welchen Voraussetzungen gelingt eine schrittweise, kontrollierte Öffnung? ○ Wie hoch sind die damit einhergehenden Erkrankungsrisiken für alle Beteiligten? ○ Welche Rolle spielt die Gestaltung der Betreuung für die weitere Verbreitung von SARS-CoV-2? Welche Rolle kommt dabei Kindern zu? <p>! Es gibt 4 Module, 2 davon unter FF des RKI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Modul 3: Auswertung der Meldedaten und der syndromischen Surveillance (Abt. 3). Erkrankungs-Monitoring bei Kindern durch bestehende Surveillance-Instrumente + Meldewesen. Ziel: Informationsgehalt dieser zu verbessern. ○ Modul 4: Anlassbezogene Testung in Kitas bei aufgetretener Infektion (Abt. 2). Vor Ort Symptomerhebung + Probenahmen; Befragungen, um Infektionsnetzwerke besser zu verstehen. <p>! Begonnen wird mit einem Systematischen Monitoring der Literatur und der Erstellung einer Plattform für laufende Studien. Wie viele und mit welchem Ziel werden Studien in Deutschland durchgeführt?</p> <p>! 1. Monatsbericht: DJI hat alle Länder zur Öffnung der Kindertagesbetreuung befragt. In KW 18 startete Phase II der Kitaöffnung nach kompletten Lockdown in fast allen BL.</p> <p>! GrippeWeb: akute respiratorische Erkrankungen waren deutlich rückläufig seit Kitaschließungen und Lockdown.</p> <p>! Entwicklung Fallzahlen bei Kindern zwischen 0-5 Jahren: ca. 1,4% an allen übermittelten Fällen. Kitaschließung und Lockdown hatte deutlichen Einfluss, aktuell ist ein möglicher Anstieg der Fallzahlen sichtbar.</p> <p>! Meldeinzidenz mit > 10jährigen vergleichen, gesamt Meldeinzidenz, Altersgruppen Kinder unter 10 Jahren, relativ konstante Inzidenz, Anteil an allen Fällen nimmt zu, absolute Fallzahlen auf niedrigen Niveau,</p> <p>! Geplant ist in Zukunft 2-3 Folien jeden Montag beizusteuern.</p> <p>! Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ist eine Regionalisierung in Hinblick auf BL möglich? Die Daten sollen regional und in Bezug auf Ausbrüche angesehen werden. Hier gibt es noch keine Erkenntnisse. Die meisten Cluster sind familiär. ○ Wie viele sind symptomatisch, wie viele hospitalisiert? Symptomatik ist in den Meldezahlen enthalten. ○ Sind die Hygienekonzepte in Einrichtungen vergleichbar? Es wird untersucht, welche Hygienekonzepte verwendet werden und welche sich bewähren. ○ Inwieweit ist der Kulturbereich der Länder einbezogen? Das Familienministerium ist mit einbezogen und wird monatlich informiert. Es gibt einen engen Schulterschluss mit den Fachgesellschaften. <p>! Das BMG hat in der AG Diagnostik nach der Sinnhaftigkeit eines Screening bei Betreuern nachgefragt. In wieweit sind die Betreuer miteingebunden? Bei Untersuchungen vor Ort werden</p>	
--	--	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>sie ins Infektionsnetzwerk miteinbezogen. In den Meldedaten soll der Informationsgehalt hierzu verbessert werden.</p>	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Auf Mittwoch verschoben</p> <p>Presse</p> <p>! Morgen findet ein Pressebriefing statt. Das Pressebriefing wird in 2 Teile geteilt sein. Den 1.Part übernimmt Hr. Wieler, den 2. Teil Fr. Rexroth. Angedacht ist, dass Fr. Rexroth aktiv kommunizieren und nicht nur für Nachfragen zur Verfügung stehen wird.</p> <p>! Es wird keine neue Ausweisung von Risikogebieten innerhalb Deutschlands geben. Die Risikogebiete wurden von der 7-Tages-Inzidenz > 50/100.000 abgelöst.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
7	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! ÖGD-Kontaktstelle: im Ministergespräch keine Einwände zum Vorschlag.</p> <p>! 50 Mio. Euro für Modernisierung ÖGD: Verwaltungsvereinbarung zur praktischen Umsetzung ist in Arbeit.</p> <p>! Pakt für ÖGD: langfristig ab 2022; Rekrutierung von ärztlichen Personal; Entwurf wird erstellt.</p> <p>! EU-Abstimmung für Einreise aus Drittstaaten: Erarbeiten einer Regelung bis zum 01.07 ist geplant. Es gab Zustimmung zum Vorschlag von Deutschland auch qualitative Kriterien miteinzubeziehen. Über welchem Grenzwert das quantitative Kriterium liegen soll, wird noch diskutiert.</p>	<p>BMG-Liaison</p>
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! AGI: Unterstützung der Bundesländer untereinander bei größeren Geschehen (Bsp. Gütersloh) (siehe E-Mail Hr. Schaade, 19.06.2020, 21:07)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Angefragt waren 100 Teams à 5 Personen mit PKW. ○ Gibt es Überlegungen, dass BL sich gegenseitig unterstützen? Hatte Fr. Rexroth bereits in der AGI in Bezug auf Labore gefragt. Dies erwies sich schwieriger als gedacht, ist im Laborbereich zwischenzeitlich jedoch zum Teil 	<p>FG32</p>

	<p>möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Idee einer gegenseitigen Unterstützung sollte intensiviert werden und auf die Tagesordnung der AGI gesetzt werden. ○ Es muss bedacht werden, dass Landesbehörden stark begrenzte Kapazitäten hinsichtlich personeller Ressourcen haben. ○ Containment Scouts könnten über Landesgrenzen hinweg verschoben werden. <p>b) RKI-intern</p> <p>! Bewertung aktuelle Situation: Ansammlung von Ausbrüchen oder Veränderung des allgemeinen Trends?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Siehe aktuelle Lage 	
9	<p>Dokumente</p> <p>Empfehlungen zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende</p> <p>! Am Freitag fand eine Einigung dahingehend statt, dass BewohnerInnen eines Zimmers nicht automatisch als Hausstand angesehen werden können und auch diese Menschen das Recht und die Möglichkeit haben sollen, sich zu schützen und Distanzhaltung durchzuführen.</p> <p>! Dieser Vorschlag wurde vom BMI abgelehnt. Das BMI betrachtet Personen, die sich ein Zimmer teilen, als Hausstand. Hintergrund ist die Befürchtung von Klagen gegen die Unterbringungssituation. Personen mit Risikofaktoren bekamen bereits das Recht zugesprochen, für den Zeitraum der Pandemie auszuziehen.</p> <p>! Heute Nachmittag findet diesbezüglich eine TK statt.</p> <p>! Die RKI-Position bleibt: Personen, die nicht in einer Bezugsgruppe sind, müssen die Möglichkeit haben Abstand zu halten. Hier kann nicht nachgegeben werden, die Empfehlung wird von RKI-Seite nicht mitveröffentlicht werden.</p> <p>! Eine Entwurfsfassung des Papiers vom RKI ist z.B. auf den Seiten von Pro Asyl zu finden. Hierauf könnten Anfragen der Presse verwiesen werden.</p> <p>! Das Papier wird, wenn das BMI auf seiner Haltung beharrt, unter dem Namen des BMG/ BMI veröffentlicht werden. Das RKI tritt dann als Autor des Papiers nicht mit in Erscheinung.</p>	FG32 / Alle
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Letzte Woche sind 400 Proben eingegangen, nicht viele davon waren positiv.</p> <p>! Bei FG17 sind 73 Proben eingegangen, davon kein SARS-CoV-2 Nachweis.</p>	ZBS1 FG17



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Vorschlag Frau Suckau-Hagel/Herr Drosten -> Verkürzung der Absonderung (siehe E-Mail, 19.06.2020, 21:19 Uhr) <ul style="list-style-type: none"> ○ Aus einer Beratung des Berliner Senats mit Hr. Drosten entstand der Vorschlag erkrankte Personen, die in überbelegten Wohnungen leben, 4 Tage aus dem häuslichen Umfeld heraus zunehmen und an einem anderen Ort zu isolieren. ○ Im RKI-Papier zur Endisolierung sind 10 Tage vorgesehen. ○ Vorschlag: Das Papier vom RKI wird morgen sowieso in der AGI thematisiert. Bei dieser Gelegenheit sollte der Vorschlag aus Berlin kurz angesprochen werden. Es soll hierzu keine Zusatzempfehlung vom RKI geben. 	Alle
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Ausbruch Gütersloh <ul style="list-style-type: none"> ○ Siehe aktuelle Lage ! Amtshilfeersuchen Berlin Neukölln <ul style="list-style-type: none"> ○ Abt. 3 wird eruieren, was machbar ist. 	Abt.3
13	Surveillance ! Laborbasierte Surveillance ARS <ul style="list-style-type: none"> ○ Auf Mittwoch verschoben 	FG37
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Nicht besprochen	
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Nicht besprochen	
16	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	Alle
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 24.06.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	24.06.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
 - Sebastian Voigt
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Matthias an der Heiden
- ! FG36
 - Walther Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Marieke Degen
- ! ZIG1

- Sarah Esquevin
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: >9 Mio. Fälle und >470.000 Todesfälle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei allen 10 schwankt R-Wert um 1, Russland und Pakistan zeigen abnehmenden Trend, alle anderen ansteigend ▪ Top 3 Brasilien, USA und Indien weisen ungefähr die gleiche Verdopplungszeit vor, alle drei haben >70.000 neue Fälle/letzte 7 Tage ▪ <u>Brasilien</u>: Peak beruht auf Nachmeldungen aufgrund von Meldeverzug, die Lage bleibt angespannt, Positivanteil je nach Provinz bis zu 31% ▪ <u>Indien</u>: Maßnahmenlockerung aus wirtschaftlichen Gründen, darauf folgender Fallzahlenanstieg, Gesundheitseinrichtungen stehen unter Druck, ein mobiles Labor ist verfügbar aber ungenügend ▪ <u>USA</u>: Fallzahlen ansteigend in vielen Staaten, z.B. Kalifornien, Texas, etc. teilweise wurden hier vor kurzem Lockerungen eingeführt wurden ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner: 16 Länder in Europa, Asien und Amerika <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neu auf dieser Liste sind Bolivien und San Marino, die anderen sind gleich geblieben ▪ <u>Saudi Arabien</u>: seit Sonntag Lockerungen, der Hadsch im Juli wird stark eingeschränkt, nur 1.000 Pilger aus Saudi Arabien sind geplant ○ Veränderung 7-Tages-Inzidenz zur vorhergehenden <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Australien</u>: lange stabile und gute Situation, nun vermehrt Ausbrüche z.B. in Quarantänehotels und in Familienfällen, 1. Todesfall nach >1 Monat ohne, steigende Fallzahlen ▪ <u>Südkorea</u>: erneuter Schub von autochthonen Fällen, z.B. unter Menschen die zur Arbeit, in Gebetshäuser und Clubs gehen; außerhalb von Seoul nur geringe lokale Übertragungen ▪ <u>Amerikanischer Kontinent</u>: besorgniserregende Entwicklungen, Hälfte der Fälle weltweit ○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage, wenig neues im Vergleich zu letzter Woche <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peaks in Irak und Chile sind auf Meldeverzug bzw.- Nachmeldungen von Fällen zurückzuführen ▪ Die Trends sind generell gleich geblieben ▪ In mehreren Ländern werden aus wirtschaftli- 	ZIG1

	<p>chen Gründe die Maßnahmen gelockert was zu Fallzahlanstieg führt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ WHO Ankündigung: Influenzasaison startet langsam in der Südhalbkugel, Kapazitätenprobleme sind möglich ○ Es gibt unter den anwesenden keine neuen Informationen zur Frage Saisonalität (auch wegen der beginnenden Influenzasaison) ○ Kapazitätenmonitoring GA: gestern im Bericht wurde kein Kreis als überlastet angezeigt ○ Bitte: Vorsicht mit dem Begriff „zweite Welle“, nicht jeder Fallzahlanstieg stellt eine zweite Welle dar, die Terminologie sollte vorsichtig verwendet werden <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 191.449 (+587), davon 8.914 (4,7%) Todesfälle (+19), Inzidenz 230/100.000 Einw., ca. 176.300 Genesene ○ R-Werte bleiben beide erhalten, 0,72 und 1,17 (7-T) ○ 7-Tages-Inzidenzen: hoch und über Durchschnitt in BE, NW, HB ○ Das BMG strebt eine Gesetzesänderung bezüglich der Fallübermittlung am Wochenende an ○ Es gibt neben den großen bekannten auch weitere unterschiedliche Ausbruchsgeschehen, z.B. italienische Großfamilie in Sachsen ○ Warendorf und Gütersloh sind seit gestern beide im Lockdown <p>! SARS-CoV in ARS (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Letzte Woche mehr Fälle, Wochenauswertung ist noch nicht verfügbar, Anzahl der Testungen ist dabei auf gleichem Niveau und relativ hoch geblieben ○ Tagesweise Spitzen stellen Testungen im Rahmen von Reihenuntersuchungen dar (bundesweit und auch in den BL), Positivanteil insgesamt um die 1% ○ Testungen nach Altersgruppe und KW: >80-jährige werden relativ gesehen am meisten getestet, Anstieg der Testungen bei Kindern, was durch Testungen in Schulen erklärt werden könnte ○ In allen Altersgruppen ist die Positivität (deutlich) <5%, auch bei Kindern scheint sich auf diesem Niveau einzupendeln ○ Nächste Woche präsentiert Muna Abu Sin mehr zur Serologie <p>! Kosten Coronatestungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ab 01.07. ändern sich die Kosten für Coronatestungen (von 59 auf 39 Euro), die Kassen haben dies bewirkt und der Bewertungsausschuss hat nun Sorge, dass hierdurch (sinkende Vergütung?) 	<p>FG32</p> <p>FG37</p> <p>AL1</p>
--	--	------------------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>eventuell die Kapazitäten bei Vertragslaboren zurückgefahren werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ein Expertenrat wurde berufen und AL1 hat eine Anfrage an die betroffenen RKI-MA geschickt (Janna Seifried Abt. 3/FG37) ob eventuell Einschätzungen zu den diesbezüglichen Auswirkungen möglich sind ○ Dies wird auch heute beim Treffen der AG Diagnostik besprochen ○ Wenn sich im Testverhalten etwas ändert wird dies in ARS zu sehen sein, Änderung wird nicht erwartet ○ Generell besprechen welche Daten in welcher Form herausgegeben werden sollen <p>! Darstellung von Ausbrüchen und nach BL aus den RKI-Daten (Folien von Matthias an der Heiden)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Visualisierung des Verlaufs der Fallzahlen und der übermittelten <u>Ausbrüche-Fälle mit Ausbruchs-ID</u> ○ Der Anteil von <u>Fällen in</u> Ausbrüchen in den Meldedaten wächst, der von Ausbrüchen mit unbekanntem Setting nimmt ab ○ Es gibt keine klare Anweisung zur Kategorisierung und diese ist nicht ganz einheitlich/nachvollziehbar, z.B. wurde Gütersloh als Hotel/Pension/Herberge eingeordnet ○ <u>Fälle in</u> Ausbrüchen in Altenheimen, KKH und medizinischen Einrichtungen sind stark zurückgegangen, welches eine wichtige Erfolgsgeschichte darstellt da hier die vulnerabelsten Gruppen betroffen sind, diese sind einfach zu klassifizieren ○ Es gibt Meldeverzug generell und auch aus Gütersloh ○ Oft wurden keine Ausbrüche angelegt, bzw. teilweise Ausbrüche für nur einen Fall angelegt um Kontakte zu erfassen ○ Die Latenz zwischen Fallerkennung und Ausbruchs-anlage im System müsste noch ausgewertet werden ○ Interessant zu analysieren wäre der Zusammenhang zwischen der Verbreitung in der Allgemeinbevölkerung und Ausbrüchen, z.B. in Heimen? Gibt es Hinweise darauf, dass das Personal COVID-19 in die Heime bringt? Dies wurde noch nicht ausgewertet und sollte anhand von lokalen Daten analysiert werden, im KKH war sichtbar, dass es teilweise von außen hereingetragen wurde, dies kann einzeln lokal ausgewertet werden ist aber nicht generalisierbar 	FG34
--	---	------

	<i>To Do: Freitag Präsentation von Matthias an der Heiden zum Nowcasting für die letzten 30 Tage und von Alexander Ulrich (FG31) zum Thema Signale</i>	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
4	<p>Neues aus der Wissenschaft</p> <p>AK-Nachweis nach Infektion (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Sebastian Voigt hat diverse Studien zu SARS-CoV 1 und SARS-CoV-2 ausgewertet und die Ergebnisse zusammengefasst ! Daten von 2007 zu SARS-CoV 1 von Personen die 36 Monate lang nachverfolgt wurden: IgG nach 4 Monaten auf Höhepunkt und danach Abfall, IgG (neutralisierende Antikörper nach 30/36 Monaten bei Großteil nicht mehr nachweisbar) ! Unterschied intensivpflichtige (IST) bzw. non-ITS Fällen: bei ITS Titer insgesamt deutlich höher, eher Spike-IgG Antwort, bei non-IST eher Nucleocapsid-IgG Antwort ! Ebenfalls Darstellung von IgM & IgG Antwortarten (stark, schwach, kein Ig messbar) und zeitlichem Verlauf (s. Folien) ! Fazit: es sind viel mehr Daten und Serostudien (auch Vergleich von symptomatisch und asymptomatisch Infizierten) notwendig, ein Immunitätspass erscheint nicht sinnvoll ! Diskussion <ul style="list-style-type: none"> ○ Zu neurologischen Langzeitwirkungen ist aktuell sehr wenig verfügbar ○ Generell sind die verfügbaren Daten schwer zu interpretieren aufgrund verschiedener Methoden, die Untersuchungen wurden mit unterschiedlichen ELISAs gemacht, deswegen nicht/nur sehr begrenzt vergleichbar, die benutzten Cutoffs sind nicht validiert ○ Immunologisches Gedächtnis: hierzu werden in einer größeren Studie der Charité Daten erhoben, im Herbst sollte es mehr Informationen geben, aktuell ist es zu früh, konkretes sagen zu können ○ Bezug Seroprävalenzstudien: wenn Antikörper nicht mehr nachweisbar sind, kommt es zur Unterschätzung der Prävalenz in der Bevölkerung? Dies ist wahrscheinlich, ggf. gibt es bei der Vorstellung der Seroprävalenz-Daten nächste Woche mehr Klarheit 	FG12
5	Aktuelle Risikobewertung ! Warten auf Signal von BMG	

<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bis auf wenige Anfragen zu lokalen Vorschriften und Auflagen, z.B. bezüglich Einreiseverbote aus Gütersloh bestätigt sich der Trend, dass Pandemieanfragen zurückgehen ! Vermehrt wieder Anfragen zu Themen wie Existenzbedrohung, Suchtproblematiken, häufig Angehörige die Hilfe suchen über das reguläre BZgA Beratungstelefon der anderen Bereiche <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Webseiten-Teaser wurde auf zeitlos umgestellt und ein neues Foto hochgeladen <p>Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Thematik Alkohol und Sucht wurde für BW-Infekt Info mit aufgenommen ! Aktuell keine Rückmeldungen von den BW-Fachleuten, die vor Ort sind und GA bei Ausbrüchen unterstützen? Frau Roßmann erkundigt sich ! Es gab eine Containment Scout Schulung am Freitag und die CS wurden gleich eingesetzt, nächste Woche Schulung in Hannover 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>Bundeswehr</p>
	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Keine Änderung in Schwerpunktthemen, langsam Vorbereitung auf den kommenden Herbst ! Es ging eine Bitte ans RKI-LZ zur Kommentierung von Empfehlungen durch FG14 die Thema der nächsten CdS Schalte am Montag sind ! Gestern gemeinsamer Krisenstab: u.a. Situation in Göttingen ! Generell große Hilfsbereitschaft zur Unterstützung ! Frage ob eine Handreiche anhand des Beispiels Göttingen sinnvoll wäre, wie auf/von Kreisebene um Hilfe gebeten werden kann, BMG kommt möglicherweise auf RKI zu hiermit; Gedanke dahinter: verschiedene Ersuche, eine Koordinierung wäre gut, wie kann an lokaler Stelle bei verschiedenen Institutionen um Hilfe gebeten werden? Zusammenspiel THW, Bundeswehr, RKI <p>Reisethematik Laborliste</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es soll eine Lösung auf EU-Ebene bezüglich der Handhabe von Risikogebieten/Grenzen ab 1. Juli geben, wird diese EU-Regelung die Länderliste bezüglich der Labore mit einschließen, bzw. muss die Länderliste mit Laboren weiter geführt werden? ! Dies wird auf EU-Ebene aktuell nicht als prioritäres Kriterium gesehen, generell ist eine Kohärenz mit der Muster-VO angestrebt (Gesa Lücking führt als BMG-Vertreterin die Verhandlungen) 	<p>BMG</p> <p>ZIG/BMG</p>

	<p>! Frau Czogiel erkundigt sich und gibt Frau Hanefeld Rückmeldung</p>	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Übersicht zu Präventionsmaßnahmen (Link)</p> <p>! VPräs hat aufgrund der Re-Eskalation in LK/SK ein Stufenschema der Basismaßnahmen entworfen, um zu illustrieren was das RKI empfiehlt, erste Kommentare wurden bereits eingearbeitet</p> <p>! Generell sollen die ersten Blöcke antiepidemischer Maßnahmen aktiv empfohlen werden, ab einer bestimmter Fallzahl-Größe sind neben klassisch epidemiologischen Maßnahmen auch bevölkerungsbezogene Maßnahmen sinnvoll Meinungsbild:</p> <p>! 1. Darstellung und Ebenen-Einstufung der Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eine Gewichtung zur Absage von Veranstaltungen könnte eingebaut werden, niederschwelliger bzw. vielleicht stufenweises Vorgehen ○ Nicht ganz deutlich: „Generelles Tragen von MNS in Gesundheitseinrichtungen und Pflegeheimen“, außerdem Erwähnung von AHA-Regeln ○ Schankwirtschaften sollen nicht auf ein Level mit Clubs gesetzt werden sondern weiter nach unten (um nicht mit Clubs alle Gastwirtschaften zu schließen) ○ Die dargestellten Maßnahmen sind unterschiedlich bindend, Empfehlungen und rechtlich bindende werden mehr oder weniger gleichgesetzt, dies könnte noch unterschieden werden <p>! 2. mögliche weitere Abstimmung und Veröffentlichung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Dokument bietet eine gute Diskussionsgrundlage und sollte mit den Ländern diskutiert werden ○ RKI-Empfehlungen werden jetzt schon häufig verallgemeinert, es besteht die Gefahr, dass es zu sehr vereinfacht und falsch umgesetzt wird ○ Wenn es veröffentlicht wird, passt es zu der neuen Strategie, die durch ZIG entwickelt wird, Publikation könnte zeitgleich anvisiert werden ○ Besser klare Kommunikation als Mutmaßungen bezüglich der RKI-Haltung zu stimulieren ○ Es muss betont werden, dass es keine Einzelmaßnahmen sondern komplementäre Maßnahmenpakete sein sollen ○ Vor der Publikation wäre eine Diskussion mit anderen Fachgruppen sinnvoll, um Abstimmung zu erreichen und andere Meinungen mit zu berücksichtigen, zu vielen der Punkten gab es bereits 	VPräs



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Kommunikation (Anfragen und Antworten), die einen Beleg für die Wichtigkeit und Evidenz (bzw. Mangel von Evidenz) liefert</p> <p>! Next steps</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dokument wird zügig angepasst und mit Expertengruppen abgestimmt <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>Flusschema für Ärzte, Testkriterien und Maßnahmen</p> <p>! Es gab Bitten das Flusschema anzupassen:</p> <p>! 1. aus HB zu Verweis auf Infos zu Kontaktpersonen der Kat I</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diese Personen kommen nicht zum Arzt und landen eigentlich beim GA (welches den Status KP festlegt) ○ Das Flusschema Dokument bezieht sich auf symptomatische Personen <p>! 2. vom BMG mit Bitte um Verweis auf CWA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikation rundum CWA sollte getrennt von bestehenden Dokumenten bleiben ○ Dies stiftet möglicherweise mehr Verwirrung ○ CWA Hinweis löst nicht automatisch Verdacht aus <p>! Es wurde entschlossen, dass eine getrennte Betrachtung und die ursprüngliche Logik des Umgangs mit Verdachtsfällen beibehalten wird</p> <p>! Schema wird bei alter Version belassen, Rückmeldung ans BMG dass Vorschlag fachlich geprüft und abgelehnt wurde</p> <p>! Online gibt es erweiterte Empfehlungen für ÄrztInnen zu Risikobewertungen</p> <p>! Es gibt vereinzelte Anfragen von ÄrztInnen, die nicht zufrieden sind sich alle Informationen zusammensuchen zu lassen und sich eine gesammelte Darstellung wünschen ! können auf KV-en hingewiesen werden, die Informationen auch aufbereiten</p>	
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>AGI Sentinel</p> <p>! Sentinel Untersuchungen laufen auf normalem Niveau der Sommersurveillance, ca. 10 Einsendungen pro Tag, Testungen finden 1-2 mal pro Woche statt, am Montag wurde zum 1. Mal Parainfluenza nachgewiesen</p>	FG17
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Viele inhaltliche Rückmeldungen zu den Entlassungskriterien</p>	

	<p>aus der STAKOB die jetzt eingearbeitet werden und dann zur Kommentierung kommen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anfrage aus Berlin zur Verkürzung der Isolierung <10d wurde geklärt, diese bezog sich auf ein spezifisches Setting und sollte nicht als generelle Empfehlung gelten ! Entlasskriterien werden zeitnah, ggf. Freitag, erneut besprochen 	IBBS
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Gütersloh</p> <ul style="list-style-type: none"> ! RKI-Team vor Ort ist sehr eingebunden in die Ausbruchsresponse und hat wenig Valenzen zur Erstellung und Analyse der Datenbanken ! Anfrage nach zusätzlicher personeller Unterstützung vom RKI, Lockdown und Quarantänebestimmung machen es schwieriger, Prüfung in ZIG läuft, MF negativ ! Teleberatung durch FG31 initiiert, das Ministerium in NRW wurde informiert ! Wechselseitige Unterstützung zwischen BL funktioniert nicht, müsste vielleicht perspektivisch ausgebaut werden ! Abt. 2 wird erneut gefragt, ob von dort jemand verfügbar und bereit ist das RKI-Team vor Ort zu unterstützen <p>Neukölln</p> <ul style="list-style-type: none"> ! RKI Team war gestern am GA, freundlich und offen empfangen ! Ausbruch wurde durch freiwillige Testungen an Schulen zufällig erkannt, da Schüler von 7 Schulen dieselbe Adresse angaben ! Es sind 13 (oder mehr?) Wohnhäuser mit 396 Wohneinheiten betroffen, die Bewohner sind sehr heterogen aber u.a. sind Mitglieder der Pfingstgemeinde aus Rumänien mit teilweise großen Familien dabei ! Die betroffenen Wohnhäuser wurden komplett unter Quarantäne gesetzt wenn auch nicht sehr restriktiv (keine Zäune oder Personenkontrolle) und mit „flankierenden Maßnahmen“ (Sozialberatung, Sprachmittler, Spielangebote für Haushalte) ! Die Quarantäne wurde nicht immer gut eingehalten und es gab Gerüchte, dass Gottesdienste in Kellerräumen stattfanden ! Freitagabend endet die Quarantäne der gesamten Wohnhäuser (bis auf einzelne Haushalte), heute und morgen werden den Bewohnern erneut freiwillige Abstrichnahmen angeboten, RKI-MA unterstützen dies mit (mindestens) 3 Personen ! Bitte um Unterstützung bei der deskriptiven Analyse der vorhandenen Daten um nachzuvollziehen und zu evaluieren, was passiert ist und welche Handlungsempfehlungen sich daraus ergeben, sowie mögliche Signalfrüherkennung und Cutoffs ! RKI Team hat den Datensatz erhalten der allerdings suboptimal ist, viele Fragen aufwirft und möglicherweise nicht so viele Antworten liefern kann ! Auch Bedarf an SurvNet Unterstützung, Kontakt wird erstellt 	<p>FG32</p> <p>FG32</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Testung der neuen Abstriche durch ZBS1 wurde organisiert</p> <p>Testungen in Schulen und Kitas</p> <p>! Fragen zu Testungen in Schulen und Kitas nehmen zu und werden auch in der AG Diagnostik diskutiert, u.a. auf BMG-Einladung mit Vertretern von BMFSJ</p> <p>! AG Diagnostik, Fachgesellschaften und Verbände haben sich für symptombasierte Testung ausgesprochen, die auf Widerstand bei KinderärztInnen stößt (wegen ARE-Saison ab Herbst)</p> <p>! Anlasslose Testung wird diskutiert, doch Umgang damit bleibt unklar</p> <p>! Die Corona-Kita-Studie thematisiert viele dieser Aspekte</p> <p>! RKI-Ansatz: bei entsprechender Symptomatik soll Diagnostik erfolgen, wenn Kinder mit Symptomen und COVID-19-Nachweis in Einrichtung (Schule, Kita) waren, ist es eine potentielle Ausbruchssituation, dann sollten aufgrund der hohen Raten an asymptomatischen Fällen auch KP im engen Kreise getestet werden</p> <p>! Anlasslose regelmäßige Testung wird eingebracht um den Lehrern (ggf. auch in Risikogruppen) Sicherheit zu geben, sollte gut differenziert diskutiert werden</p> <p>! Berlin hat stichprobenartig in Schulen getestet, wenn so Geschehen identifiziert werden ist es ein Tool/Methode, um sensitiv Cluster zu erkennen</p> <p>Wiederaufnahme Schulbetrieb nach der Sommerpause</p> <p>! Expertenrunde Influenza gestern: Konsens darüber, dass es noch nicht Zeit ist, ohne jegliche Maßnahmen wieder in den normalen Schulbetrieb einzusteigen, geht aus fachlicher Haltung noch nicht</p> <p>! Abstimmung mit Ländern steht noch aus</p>	<p>AL1</p> <p>AL1</p>
12	<p>Surveillance</p> <p>! Vorbereitung der nächsten SurvNet Version mit zusätzlichen Variablen (z.B. <u>Infektionsgrund</u> und <u>Infektionsumfeld</u>)</p> <p>! DEMIS: weitere Einbindung von GA</p> <p>! SORMAS bindet gewisse RKI-Kapazitäten</p>	FG32
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Reiseverkehr und die damit verbundene, grenzüberschreitende KoNa nimmt wieder zu</p> <p>! Diskussion Maske vs. Mundschutz läuft weiter und wurde auch in der AGI besprochen, nun soll durch die IGV-PoE GA Gruppe eine Empfehlung vorbereitet werden</p> <p>! Von 3 Bussen mit kroatischen Landsleuten die von Zagreb nach Deutschland unterwegs waren wurde 1 an der österreichisch-deutschen Grenze aufgehalten</p> <p>! LKW-Fahrer von denen 1 positiv getestet wurde wurden</p>	FG32

	aufgefordert, 14d Quarantäne in ihren LKW abzusetzen bzw. al KP Kat I in ihr Herkunftsland Rumänien zurückzukehren da keine Unterkunft bereitgestellt werden konnte	
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Nicht besprochen	
15	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	alle
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Freitag, 26.06.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	26.06.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG31
 - Alexander Ullrich
- ! FG 32
 - Maria an der Heiden
 - Michaela Diercke
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG34
 - Ruth Offergeld
- ! FG36
 - Walther Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1

- Luisa Denkel
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Irina Czogiel

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: >9 Mio. Fälle und >470.000 Todesfälle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallzahlen in Brasilien, USA und Indien steigen an, mit kurzen Verdopplungszeiten von nur 15-19 Tagen. Auch in Südafrika Verdopplung von 50.000 auf 100.000 innerhalb von 14 Tagen (zuvor Verdopplung auf 50.000 innerhalb von 94 Tagen). ○ 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Von 16 Ländern wurde der Grenzwert von 50 Fällen in den letzten 7 Tagen/100.000 Ew. überschritten. Belarus und Nordmazedonien liegen knapp darunter. Südafrika und Äquatorialguinea sind dazugekommen. Keine Veränderung in Asien. ▪ Saudi-Arabien: Einreisen aus dem Ausland zum Hadj in diesem Jahr werden nicht zugelassen. ○ Veränderung 7-Tage-Inzidenz zur vorhergehenden <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg in um >50% ist zurückzuführen auf 15 neue reiseassoziierte Fälle, die sich derzeit in „managed isolation“ befinden. ▪ In Australien wurde ein „Testing blitz“ durchgeführt mit Vans und Krankenwagen, die in den Hotspots Testungen anbieten. ▪ Insgesamt ist ein Anstieg der Fallzahlen in Europa zu verzeichnen, zurückzuführen v.a. auf Ausbrüche und auf den Anstieg in Osteuropa. ▪ DE hat durch die hohen Fallzahlen in der letzten Woche durch den Ausbruch bei Tönnies ebenfalls einen Anstieg um >50%. Hier zeigt sich aber bei kleinen Fallzahlen die gleiche Problematik wie beim R-Wert. ○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 	ZIG1

	<p>Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Brasilien</u>: Die Fallzahlen steigen konstant an. Es wurde angekündigt die Teststrategie zu verändern: Bisher wurden nur hospitalisierte Personen getestet, nun sollen auch leichtere Fälle getestet werden. ▪ <u>Indien</u>: Die Fallzahlen in Indien steigen immer weiter an, v.a. in Delhi. ▪ <u>USA</u>: Anstieg v.a. in den Südstaaten, zurückzuführen auf Lockerung von Maßnahmen trotz weiterhin hoher Fallzahlen. <p>○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bemerkenswert hier v.a. Kolumbien: insg. 80.000 Fälle und allein in letzten 7 Tagen 20.000 Fälle. <p>○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kirgisistan</u>: 4000 Fälle insgesamt, 1300 Fälle in den letzten 7 Tagen. <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 192.556 (+477), davon 8.948 (4,6%) Todesfälle (+21), Inzidenz 232/100.000 Einw., ca. 177.100 Genesene ○ Geringerer Anstieg der Fälle als am Do/Fr der Vorwoche. Der Anteil der Verstorbenen fällt um 0,1% auf 4,6%. In NRW v.a. mittelalte Erwachsene betroffen. ○ R-Werte: $R = 0,57$ (95%-Prädiktionsintervall: 0,48 – 0,70), 7-Tage-R = 1,02 (95%-Prädiktionsintervall: 0,95 – 1,10) (Stand 26.06.2020) ○ R-Wert ist so niedrig aufgrund des starken Anstiegs in den Tagen zuvor. Der konservativere 7-Tage-R-Wert liegt derzeit auch um 1, beide werden jedoch in den nächsten Tagen wieder ansteigen. ○ In den BL gibt es bei den meisten nur einstellige 7-Tages-Inzidenzen. In BE derzeit die höchste 7-Tage-Inzidenz mit 11 und NRW mit 9,2. ○ Im Verlauf der 7-Tage-Inzidenz sieht man 	FG32/alle
--	--	-----------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>jedoch, dass sie insgesamt, wie auch in NRW, BE und HB rückläufig ist. Nur LK Gütersloh weiterhin über 50 Fälle/100.000 EW, abnehmend in LK Warendorf und SK Hamm (dort auch Fälle des Ausbruchs bei Tönnies wohnhaft).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausbrüche: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Ausbruch LK Gütersloh</u>: Fr. Frank und das Ausbruchsteam schreiben täglich einen Bericht, der auch ans BMG (inkl. Hr. Spahn und Hr. Holtherm) weitergeleitet wird. Es gibt verschiedene Abstrichstellen, es wurden aber nur sehr wenige Fälle entdeckt. Von 46 Fällen in den letzten Tage konnte bei 23 Fällen, die über den LK verteilt leben noch kein Kontakt zu anderen Fällen hergestellt werden. ▪ <u>Ausbruch Moers/LK Wesel</u>: Ausbruch ebenfalls bei einem Fleischproduzenten, allerdings weniger Mitarbeiter und derzeit 67 positiv getestet. ▪ <u>Ausbruch Berlin-Neukölln</u>: Ausbruchsteam des RKIs vor Ort, Quarantänemaßnahmen auch in den Medien, unklar nach welcher Strategie Testungen angeboten wurden. ▪ <u>Ausbruch Berlin-Friedrichshain</u>: Insgesamt ist das Geschehen in BE mit am aktivsten, in BE-Friedrichshain ebenfalls ein Wohnblock unter Quarantäne. ▪ <u>Ausbruch Oldenburg</u>: Es handelt sich um einen Hähnchenfleischschlachtbetrieb. Zunächst hieß es, dass dort nur Stammpersonal arbeitet, das schon lange in DE wohnt, inzwischen gibt es auch andere Hinweise. ▪ Häusliche Quarantäne für ganze Wohnblocks kein ideales Vorgehen, Ausweichquartiere wären wichtig. Soweit bekannt wurden in Göttingen die RKI-Empfehlungen nach individueller Quarantäne umgesetzt. Allerdings wird individuell vor Ort entschieden. Grundsätzlich Quarantäne in unüberischlichen Situationen (baulich, organisatorisch), wie z.B. Kreuzfahrtschiffen oder Wohnblocks schwierig. Es sollte dazu eine organisatorische Empfehlung geben. ▪ Nach Einschätzung der Landesstelle hängen die Geschehen in BE zusammen, da es 	<p>FG31/alle</p>
--	---	------------------

	<p>gemeinsame Kirchenveranstaltungen und private Kontakte gab. Es handelt sich v.a. um Roma. Insgesamt unübersichtliche Lage, aber inzwischen Möglichkeit über die Personen vor Ort Informationen zu bekommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Labortestungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analog zu den Fallzahlen stieg in der KW25 der Positivenanteil. In der KW25 wurde insgesamt deutlich mehr getestet. Die Testkapazitäten haben sich im Vergleich zur Vorwoche nochmals erhöht, auf nun 1,1 Mio Tests. ○ Die Aussage, dass „Ausbrüche in Allgemeinbevölkerung übertreten“ klingt diskriminierend, da es die Personen im Ausbruch von der Allgemeinbevölkerung ausnimmt. Es kann zudem die Risikowahrnehmung der Bevölkerung dahingehend verändern, dass sie sich nicht betroffen fühlen. Es könnte vielleicht kommuniziert werden, dass nur wenn die Bevölkerung sich an die Empfehlungen hält, kein Übertrag in weitere Bevölkerungsteile geschieht. Die Risikogruppen müssen trotzdem benannt werden (Arbeits- und Wohnbedingungen). ○ Laut COSMO-Studie hat sich die Risikowahrnehmung nicht groß verändert. Leichter Anstieg der Wahrnehmung als niedriges Risiko (21 auf 26%), aber im Trend konstant. <p>! Signale Bericht (Folien hier):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es geht um ein Früherkennungstool auf Landkreisebene, inspiriert von der Berliner Ampel, dem internen Papier zu Früherkennungsfaktoren und den PISA Indikatoren. Es werden SurvNet, DIVI- und ARS-Daten gebündelt. Der Bericht ist im Lageberichtsordner des aktuellen Tages verfügbar. Es wird derzeit ein einfaches Voting verwendet – dies kann noch verbessert werden. Ebenso wie die Grenzwerte noch angepasst werden können. Weitere Analysen zu Ausbruchsdaten sollen noch zugefügt werden. ○ Unklar ist derzeit ob es der schnellen Einschätzung oder der Exploration dienen soll. Außerdem ist unklar ob es ein einfaches schnelles Tool oder ein komplexer sein soll. ○ Sehr positive Rückmeldung vom Krisenstab. Anmerkung, dass Intensivbetten (Schwere im PISA System) nicht unbedingt der Frühwarnung dienen, da 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>zu dem Zeitpunkt die Fälle schon im Meldesystem erfasst werden. Für die Frühwarnung für die Intensivbetten werden derzeit auch andere Tools entwickelt. Grundsätzlich sollte die Plattform im besten Fall auch für andere Krankheiten nutzbar sein. Grenzwerte sollten so angepasst werden, dass es nicht zu sensitiv ist, da sonst ggf. eine tatsächliche Situation sich nicht heraushebt. Die Indikatoren könnten gewichtet und eine Kombination verwendet werden. Eine Betrachtung der versch. Altersgruppen wäre eine gute Ergänzung. Der Verlauf über die Zeit könnte auch ein klareres Bild geben („Fingerabdruck“ des LK über die Zeit), allerdings keine historischen Daten vorhanden, nur Trend.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zunächst sollten Erfahrung mit dem Signale-Bericht gesammelt werden und dieser regelmäßig im Krisenstab vorgestellt werden. Im zweiten Schritt könnten die Landesstellen einbezogen werden und im Anschluss könnte er ggf. veröffentlicht werden, wenn er entsprechend optimiert ist. Das Ziel ist, dass die Öffentlichkeit den Bericht einsehen kann, dies müsste aber gut kommunikativ begleitet werden. 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Heute erneute Abstimmung zur Risikogebieten, Südafrika hat hohe 7-Tages-Inzidenzen. Fr. Hanefeld wird den Prozess ansprechen, aber ab Mitte nächster Woche greift wahrscheinlich die EU-Regelung. ! ZIG4 fährt heute auf eine SEEG-Mission nach Togo um den Aufbau von Diagnostik zu unterstützen. ! Hr. Baumann unterstützt in Tadschikistan die Etablierung eines Labornetzwerkes im Land. ! Datum für die WHO-Mission nach Turkmenistan ist der 06.07. und vom RKI fährt Fr. Abu Sin mit. Die Regierung dort verleugnet das Vorkommen von COVID-19. ! Es wird ein Emergency Medical Team nach Armenien reisen. Die letztendliche Zustimmung der Regierung fehlt aber noch. ! Hr. Baum ist in Kamerun zur Unterstützung. ! Hr. Ellerbrok hat ein Gespräch mit dem WHO-Landesbüro in Äthiopien, ggf. wird dort unterstützt. ! Chefin des Medical research council aus Südafrika ist bemüht um Partnerschaften, wurde ans PEI vermittelt. Angebot von 	ZIGL

	<p>möglichen Vaccine-Trials in der Region. Johnson and Johnson werden dort Vaccine Trial durchführen und auch Studien aus DE willkommen.</p> <p>! Es gab ein Meeting zu einer Zusammenarbeit mit den Vereinigten Arabischen Emiraten und dem Fraunhofer Institut, vermittelt von PricewaterhouseCoopers. Eigentliches Projekt nicht so interessant (da Auftragsforschung und Rolle von pwc unklar), aber das Fraunhofer Institut macht ein sehr interessantes Maßnahmenmonitoring auf LK-Ebene in Form einer Modellierung (mit Gesundheitsversorgungsdaten). Es gibt auch ein Projekt zum Maßnahmenmonitoring in Bielefeld. Eine weitere Zusammenarbeit mit dem Fraunhofer Institut sollte angestrebt werden.</p> <p>! Grundsätzlich sind alle Dienstreisen im RKI ausgesetzt, höchstens im Kontext von COVID-19 möglich, aber auch hier sollte genau geprüft werden. Oben genannte DR über SEEG etc. organisiert, die Versicherungsschutz haben.</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Neues aus der Wissenschaft</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Nächste Woche werden nochmal Anwendungsfehler beim Tragen der MNB thematisiert.</p> <p>! Das Testen soll zudem prominenter beworben werden, um eine höhere Testakzeptanz zu erreichen.</p> <p>! Es werden Tools erarbeitet zur Kommunikation im Hinblick auf Risiko (Risiko einer Infektion vs. Risiko eines schweren Verlaufs - derzeit keine klare Differenzierung).</p> <p>! Frühwarnsysteme: Es sollte geschaut werden, ob es Lebenslagen, Wohnumstände etc. gibt, die Ausbrüche begünstigen. In dem Zusammenhang sollten einige Gruppen (z.B. Roma) stärker adressiert werden, damit man hier präventiv wirksam werden kann. Es könnte ggf. über die Vertreter der Community passieren, oder aber über den Zentralrat der Sinti und Roma. Grds. gibt es in bestimmten Bereichen der Gesellschaft Ressentiments gegenüber staatlichen Institutionen. BZgA hat über das Ethnomedizinische Zentrum einen Zugang. Bei Masern hat sich gezeigt, dass im besten Fall schon zuvor die</p>	BZgA, alle



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Kontakte etabliert werden sollten, damit es im Ausbruchsfall funktioniert. Die lokale Ansprache ist dabei wichtig.</p> <p>Presse</p> <p>! Derzeit v.a. Anfragen zur App, die weitergeleitet wurden, ansonsten nur kleine Themen.</p>	Presse
	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Der konkrete Text des Kommissionsvorschlag zur Ausweisung von Risikogebieten durch die EU liegt vor und es soll heute eine Einigung geben. Es gibt quantitative (Surveillance, contact tracing etc.) und qualitative Kriterien. Für die qualitativen Kriterien sollen die Auslandsvertretungen der Mitgliedsstaaten unterstützen. Die einzelnen Mitgliedsstaaten können strengere Regeln anlegen, aber nicht aufweichen. Bst. Personengruppen (HCW etc.) sind ausgenommen. In DE gelten aber die Quarantäneverordnungen, die dann angepasst werden müssten. Es ist aber nicht klar, ob dies geschehen wird.</p>	BMG
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Stellungnahme für Min Spahn</p> <p>! Anfrage: „Falls wir das Risiko in Deutschland auf moderat setzen, müssten wir dann nicht auch die Maskenpflicht einbeziehen?“ AE Haas Mail 25.06.2020 11:49</p> <p>! Anlass war ein Artikel, der in Pneumologie publiziert werden sollte, in dem sich die Autoren eher kritisch zu MNB geäußert haben.</p> <p>! Die fachliche Empfehlung zum Tragen der MNB sollte nicht zurückgenommen werden, die fachliche Empfehlung ist nicht von der Risikobewertung abhängig.</p> <p>! Die Risikobewertung und die allgem. Empfehlungen sollten zudem nicht vermengt werden, da es andernfalls zur Verwirrung in der Bevölkerung kommen könnte. Insgesamt wird es schwierig sein zu kommunizieren, dass wenn das Risiko auf moderat gesetzt wird, trotzdem die Regeln eingehalten werden müssen. Grundsätzlich Risiko auf Bevölkerungsebene schwer zu vermitteln.</p> <p>! Im ECDC Risk Assessment wurde differenziert, ggf. könnte man daran angelehnt kommunizieren, dass Personen, die sich nicht an AHA-Regeln halten ein höheres Risiko haben. - Grundsätzlich könnte überlegt werden, ob direkt auf ECDC-</p>	<p>FG36/alle</p> <p>FG32/alle</p>

	<p>Risikobewertung verwiesen wird.</p> <p>Umgang mit Reisenden und Durchreisenden:</p> <p>! Bisher wurde bei Reisenden davon ausgegangen, dass die Isolation, wie auch die Quarantäne von engen Kontaktpersonen vor Ort erfolgt. Aber es gibt vermehrt Diskussionen/Anfragen zum Umgang und zur Durchreise durch DE im Auto von laborbestätigten SARS-CoV-2-Fällen bzw. engen Kontaktpersonen.</p> <p>! Man muss unterscheiden in fachliche und regulatorische Fragen: Fachlich wird vom RKI klar empfohlen die Isolierung/Quarantäne vor Ort durchzuführen. Es wäre schwer vermittelbar, wenn Fälle hier in DE isoliert werden, aber Fälle aus anderen Ländern durchreisen könnten. Es sollte, wie auch bei anderen Erkrankungen höchstens Sondertransporte geben.</p> <p>! Regulatorisch könnte es allerdings Probleme geben, da z.B. Spanien keine gesetzliche Grundlage hat Kontaktpersonen am Reisen zu hindern und die Kosten für die Unterbringung werden nicht übernommen. Diese Fragen könnte ggf. das AA klären.</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>Fortführung der Diskussion bei TOP Kommunikation zur Kontaktaufnahme zum Zentralrat der Sinti und Roma:</p> <p>! Eine Kontaktaufnahme sollte im besten Fall von politischer Seite (BMG) geschehen und könnte von RKI-Seite vorbereitet werden: Bericht an BMG mit Vorschlag auf politischer Ebene Kontakt herzustellen.</p> <p>! Der Kontakt zur Integrationsbeauftragten wurde an Fr. Rexroth vermittelt. Es sollte geklärt werden, ob Kontakt schon hergestellt wurde.</p> <p>! Fr. Sarma und Fr. Vygen-Bonnet haben Erfahrungen mit Einbeziehungen unterschiedlicher Communities und wären sehr geeignet die Aufgabe zu übernehmen.</p> <p><i>ToDo: Wege erarbeiten, wie man über gezielte Ansprache der Communities auf lokaler Ebene (Integrationsbeauftragter, GÄ) oder über den politischen Weg (BMG – Zentralrat der Sinti und Roma) die Compliance verbessert und Akzeptanz für die Maßnahmen schafft.</i></p>	alle
8	<p>Dokumente</p> <p>FAQ: Blutgruppen als Risikofaktoren für schwere Verläufe von COVID-19</p> <p>! Studie wonach Polymorphismen mit schwerem COVID-19 Verlauf mit Lungenversagen assoziiert sind. Ein Polymorphismus ist auf dem Locus für Blutgruppe A gelegen.</p>	FG34

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Insgesamt ist der Anteil von Personen mit Blutgruppe A Rh+ höher. Patienten mit Blutgruppe O haben möglicherweise protektiven Effekt.</p> <p>! Die Studienlage ist jedoch unklar und Evidenz nicht sehr stark, ggf. gibt es auch einen Einfluss auf Infizierbarkeit und ACE-Rezeptoren ggf. unterschiedlich bei verschiedenen Blutgruppen verteilt. Es könnte auch ein Effekt der Antikörper bei Blutgruppe O gegen A sein, den man nicht genauer definieren kann.</p> <p>! Therapeutisch und prophylaktisch folgt daraus keine Konsequenz, FAQ wurden vorbereitet.</p>	
<p>9</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>! ZBS1: 1500 Proben, 171 SARS-CoV-2 positiv, zuvor 1078 Proben, 79 SARS-CoV-2 positiv. COMO-Studie: 289 Proben, alle negativ.</p> <p>! FG17: 199 Einsendungen am NRZI, davon 30 Rhinovirus positiv, 1 Parainfluenza positiv, 1 RSV positiv, keine SARS-CoV-2 positiven Proben</p>	<p>ZBS1</p> <p>FG17</p>
<p>10</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>COVID-19: Entlassungskriterien aus der Isolierung</p> <p>! Das Dokument wurde nach Rückmeldungen aus der Ärzteschaft überarbeitet und vereinfacht.</p> <p>! Eine Entisolierung bei einem Ct-Wert >30 wird nur im Kontext von schweren Verläufen erwähnt.</p> <p>! Beim medizinischen Personal kann in Situation von Personalmangel eine mögliche Verkürzung im Einzelfall vorgesehen werden (nach 48 Stunden Symptomfreiheit und zwei negativen PCR-Untersuchungen im Abstand von mindestens 24 h). Die Informationen zur vorzeitigen Entisolierung von medizinischem Personal sind in keinem anderen Papier zu finden und sollten daher weiter hier erwähnt werden.</p> <p>! Der Krisenstab stimmt dem Papier zu.</p> <p>Veränderung der KoNa-Kriterien</p> <p>! Laut WHO-Empfehlung Personen 4 Tage vor Symptombeginn symptomatisch. Dies wird durch FG36 geprüft und im Krisenstab besprochen.</p> <p>! Derzeit nur „Kontakt zu einem bestätigten Fall von COVID-19 ab dem 2. Tag vor Auftreten der ersten Symptome des Falles“.</p>	<p>IBBS</p> <p>Hr. Schaade</p> <p>FG32</p>

	Es sollte eine Formulierung ähnlich „Kontakt zu Person mit laborbestätigtem SARS-CoV-2 Nachweis 2 Tage vor Abnahmedatum“ eingefügt werden.	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Ausbruch Gütersloh Anfrage BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das Team vor Ort sendet einen täglichen Ausbruchsbericht, eine verkürzte Version geht ans BMG. ! Das BMG hat eine Anfrage zu einem möglichen Eintrag in die weitere Bevölkerung gestellt. ! Rund 1300 Personen positiv getestet, davon 46 in weiterer Bevölkerung, davon wurde bei nur ca. 2% bisher kein Zusammenhang gefunden. <p>Weitere Ausbrüche</p> <ul style="list-style-type: none"> ! S.o. 	FG32
12	<p>Surveillance</p> <p>Bericht von Signale</p> <ul style="list-style-type: none"> ! S.o. 	
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>Konzeptpapier</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das Konzeptpapier COVID-19 Prozesse Flugverkehr befindet sich derzeit in Abstimmung zwischen der AGI und der AG IGV benannte Flughäfen. Es soll entweder als Empfehlung der AGI oder als Empfehlung des RKIs in Zusammenarbeit mit den für die nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörden und Gesundheitsämtern veröffentlicht werden. 	FG32
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>Aufstockung der Schicht in der internationalen Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In den letzten Tagen kam es zu immer mehr KoNas im wieder zunehmenden internationalen Flugverkehr. Die Position Internationale Kommunikation wurde daher wieder auf 2 Personen pro Schicht aufgestockt. <p>Verkürzte Lagezentrumsschichten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Zeiten des Lagezentrums wurden auf 9 – 17 Uhr verkürzt, die derzeitige Arbeitslast spricht allerdings für eine Wiederausdehnung. Die zweite Schicht dauert meist sehr lang. ! Die Lagezentrumsschicht am Wochenende von 10 – 17 Uhr ist ausreichend, es kommen am Wochenende nicht mehr so viele Anfragen. 	FG32



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Es gibt keine neuen Informationen bezüglich der Erstellung des Lageberichts am Wochenende. Das BMG wurde seitens des LZ schriftlich darum gebeten die Taktung der Lageberichte reduzieren zu können. Das BMG hat die AGI darauf hingewiesen, dass unbedingt auch am Wochenende übermittelt werden soll. Ansonsten soll eine gesetzliche Grundlage dafür geschaffen werden.</p> <p>Allgemein:</p> <p>! Nächste Woche ist die letzte Sitzungswoche des Bundestags vor der parlamentarischen Sommerpause bis Ende August. Es wird eine deutliche reduzierte Anzahl an parlamentarischen Anfragen erwartet.</p>	Hr. Schaade
15	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Ausschuss für Gesundheit am 01.07.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hr. Wieler hat einen Tagesordnungspunkt und soll die derzeitige Situation, insbesondere im Bezug auf die Ausbrüche in Schlachthöfen darstellen. <p><i>ToDo: LZ erstellt einen Sprechzettel für Hr. Wieler</i></p>	FG32, Hr. Wieler
16	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 29.06.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	29.06.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Sarah Esquevin
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Maria an der Heiden
- ! FG34
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Marica Grossegesse
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss

- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann
- ! BMG
 - Irina Czogiel

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ! Ca. 10 Mio. Fälle und ca. 500.000 Verstorbene (5,01%) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Weiterhin USA und Brasilien an erster Stelle ○ Abnehmender Trend in Russland und Pakistan ○ Südafrika mit kürzester Verdoppelungszeit. Letzte Woche wurden einige Maßnahmen aufgehoben, obwohl die Fallzahlen ansteigen. ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ○ 15 Länder mit 7-Tagesinzidenz > 50 ○ Insgesamt wenig Veränderung, weiterhin deutlich über 50% der Neuinfektionen in amerikanischer Region ○ Fälle im Westbalkan und Osteuropa nehmen zu, verstärkte Testung in dieser Region ! Länder mit > 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ○ Brasilien, Indien, USA ○ Indien: In Neu-Delhi soll die ganze Bevölkerung mittels Schnelltest getestet werden (Tür zu Tür Kampagne). Parallel Antikörperstudie mit 20.000 Teilnehmern, die per Los ausgewählt werden. Ziele sind Anpassung der Containment-Zonen, Quarantänisierung von pos. getesteten Personen in Sondereinrichtungen. ○ USA: Anpassung von Risikogruppen: Personen mit hohem Risiko und Personen mit möglicherweise erhöhtem Risiko: betrifft schwangere Frauen. Es gibt eine Studie in USA (MMWR), dass Schwangere öfter hospitalisiert und beatmet werden müssen, jedoch kein erhöhtes Sterberisiko haben. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meldedaten sind mit Limitationen versehen, wird sich FG36 für Steckbrief näher ansehen. ! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wenig Veränderung ! Länder mit 700 - 7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ○ Trends bleiben ähnlich ○ Massentestung in Frankreich mittels PCR um unentdeckte Cluster aufzudecken, zunächst im Großraum Paris ! Peking-Cluster ○ 256 Fälle, davon 22 asymptomatische ○ Frühster Symptombeginn Anfang Juni, Alter 1 – 86 Jahre ○ Export in 5 andere Provinzen, fast bei 100% der Fälle Link zu einem Markt, weitere Subcluster definiert ○ Umweltproben von Nahrungsmitteln und Gegenständen getestet (40/5.424 positiv) ○ Virus wurde analysiert, ist nicht verlinkt mit früherem Virus in Peking oder Wuhan. Europa-Typ, jedoch älter als das gegenwärtig zirkulierende Virus in Europa. ○ Der Markt wurde schnell geschlossen. Alle Fälle werden in einem KH behandelt. Quarantäne für alle Kontakte in gesonderter Einrichtung. Aktive Fallsuche in Bevölkerung, teilweise Lockdown in manchen Wohngebieten. ○ Keine Hintergrundinformationen zu asymptomatischen Fällen vorhanden. <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 193.761 (+262), davon 8.961 (4,6%) Todesfälle (+4), Inzidenz 233/100.000 Einw., ca. 178.100 Genesene, Reff=0,74 ○ Anzahl Personen auf ITS ist relativ konstant. ○ Fälle und Todesfälle pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht alle BL haben am Wochenende Daten übermittelt. MW und SH hatten keine neuen Fälle. BW und SN übermitteln keine Fälle am Wochenende. In HB und TH ist unklar, ob es neue Fälle gibt. ▪ In Berlin sind die Fallzahlen wieder zurückgegangen. ○ Nowcasting – Schätzung der Reproduktionszahl 	FG32
--	---	------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ R-Wert ist deutlich abgefallen und wieder unter 1. Dies liegt u.a. an den hohen Zahlen im Vergleichszeitraum. ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum bundesweit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die bundesweite Inzidenz sinkt wieder, bisher jedoch noch nicht auf das Niveau von Mitte Juni. ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auch in NRW und Bremen geht die Inzidenz deutlich zurück. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im LK Gütersloh ist die Inzidenz deutlich gesunken, liegt jedoch immer noch bei 112/100.000 Einw.; 410 neue Fälle in letzten 7 Tagen. ▪ Inzidenz > 25: SK Coburg, SK Delmenhorst ○ Landkreise mit 7-Tage-Inzidenzen > 50 bzw. > 35 Fälle / 100.000: <ul style="list-style-type: none"> ▪ > 50 Fälle: LK Gütersloh ▪ In „übriger Bevölkerung“ werden mehr Fälle gefunden. Wahrscheinlich auch begründet durch vermehrtes Testen. ○ Häufigste Expositionsorte im Ausland <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anfrage über EWRS: nach Österreich wurden vermehrt Fälle aus Westbalkan importiert. ▪ In Deutschland insgesamt sehr geringer Anteil an importierten Fällen. Innerhalb der Expositionsorte im Ausland ist der Anteil aus Westbalkan relativ hoch. ○ Aktuelle Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Gütersloh</u>: ca. 107 Fälle in übriger Bevölkerung, vermutlich keine community transmission im LK, es werden noch Ergebnisse erwartet. Morgen TK mit ECDC: Die Klimaanlage in den Betrieben scheinen bei Übertragung eine Rolle zu spielen. Bisher ist die Theorie noch nicht epidemiologisch belegbar, scheint aber nicht unrealistisch zu sein. ▪ <u>Oldenburg</u>: fleischverarbeitender Betrieb ▪ <u>Delmenhorst</u>: in Zusammenhang mit Betrieb in 	<p>FG36</p>
--	--	-------------

	<p>Oldenburg</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Coburg</u>: Gottesdienst ▪ <u>Friedland</u>: Fallzahlen in Grenzdurchgangslager erhöht, Info aus der Presse. Nachfrage in Niedersachsen, warten auf weitere Information. ▪ <u>Moers</u>: Fleischproduzent, Fallzahl nicht mehr stark gestiegen. ▪ <u>Starnberg</u>: Neuer Ausbruch in Flüchtlingsunterkunft, 16 Fälle, 10 haben bei einem Catering-Unternehmen gearbeitet. ▪ <u>Köln</u>: Pflegeheim ▪ <u>München</u>: Asylunterkunft <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Mehrzahl der betroffenen Personen in der übrigen Bevölkerung in Gütersloh ist offenbar asymptomatisch. Asymptomatisch oder eher Detektion von Personen in der Frühphase der Infektion? Ist es möglich den Anteil der präsymptomatischen unter den asymptomatischen Personen herauszufinden? Bitte um umsichtigen Sprachgebrauch von a-/präsymptomatisch. Differenzierung ist wichtig, Asymptomatische spielen bei der Übertragung keine große Rolle. ○ Ist es für das Ausbruchsteam möglich herauszufinden, wie viele der Asymptomatischen in der Folge noch Symptome entwickeln? ○ Von 107 Fällen in Gütersloh hatten nur 25 Fälle nachvollziehbare Kontakte zu Tönnies-Mitarbeitern. Ist bekannt, wo sich der Rest infiziert haben könnte (evtl. doch Community transmission)? <p><i>ToDo: Weitergabe dieser Fragen ans Ausbruchsteam (Fr. Diercke)</i></p> <p>! Corona Kita Studie (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortschreibung zeigt, dass die ARE-Inzidenz weiterhin deutlich unter den Erkrankungsraten der Vorjahre liegt. ▪ Die Zirkulation andere Viren in dieser Altersgruppe nimmt nach Lockerungen zu. ○ Entwicklung der Fallzahlen: 0 – 5 Jahre <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meldedaten: Anstieg aus Vorwoche setzt sich nicht 	
--	---	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>fort.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil an 0-5 und 6-10 Jährigen nimmt zu. ○ Inzidenz Kinder mit/ohne Bezug zu einem in SurvNet beschriebenen Ausbruch nach BL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daten sind nicht vollständig. ▪ Insbesondere Bremen ist auffällig: Ausbruch in einer Flüchtlingsunterkunft. ▪ In Berlin: Ausbrüche in privatem Umfeld. ▪ Sachsen-Anhalt: alles Einzelfälle; in Niedersachsen auch Ausbrüche ○ Betreuung in einer Einrichtung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Übermittlungsqualität soll verbessert werden. ▪ Tendenz leichter Anstieg. Noch keine Anhaltspunkte, dass Öffnung der Kinderbetreuung damit zusammenhängt. 	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen</p>	
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur montags) ! Corona-Warn-App</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ca. 14 Mio. Downloads, ab 1. Juli neue Version mit Fehlerbehebung ○ Ca. 7.000 Anfragen zur App, großer Wille zur Verbesserung des Produktes von Seiten der Bevölkerung ○ Erste Warnungen wurden darüber generiert. Frage, wie kann/darf das kommuniziert werden? ○ Reine Downloadzahlen werden kommuniziert, Beobachtung einer Verlangsamung der Downloadzahlen. ○ Hr. Benzler hat im Beirat einen Vortrag zur Begleitforschung gehalten. ○ Eine Art Dashboard von SAP und Telekom soll am Freitag im Krisenstab vorgestellt werden. 2 Meetings hierzu in dieser Woche. ○ Anbindung ÖGD nicht so einfach, soll morgen in der Sitzung der AGI besprochen werden. ○ Anbindung der Labore ist auch nicht so trivial, wie sich die Hersteller das vorgestellt haben. <p>! Mobilitätsdaten können weiter ausgewertet werden, wird weiter finanziert.</p>	<p>FG21</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Arbeiten mit Erkältungssymptomen nicht zulässig ist; Liste mit Adressen der Mitarbeiter muss im Betrieb vorhanden sein.</p> <p>! RKI: Extreme Engpässe bei der Besetzung des Lagezentrums, die Arbeitszeiten müssen reduziert werden. Im Moment extrem starke Belastung durch kleine Anfragen und Anfragen nach dem Informationsfreiheitsgesetz. Die Arbeitsbelastung ist sehr groß, gleichzeitig gibt es immer mehr Anfragen nach Unterstützung vor Ort. Ressourcen auch an Stellen nötig, die fachlich nicht für sinnvoll gehalten werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Situation ist ähnlich im BMG. Fr. Czogiel wird den Punkt an Hr. Rottmann weitergeben. <p><i>ToDo: Ansprechen der Engpässe in BMG-Morgenlage durch Hr. Hamouda</i></p>	Abt. 3
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Interessante Populationen: Querschnittstestung Gütersloh</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vorschlag von Hr. Mielke neben der KoNachverfolgung bestimmte Populationen aufgrund ihrer Zugänglichkeit und/ bzw. Bedeutung für das Infektionsgeschehen zu testen. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Basis: alle symptomatischen Personen, dann ▪ 1) Alle Patienten, die in Krankenhäuser aufgenommen werden (vulnerable Population) ▪ 2) Bewohner von Altenheimen, die in diese aufgenommen werden (vulnerable Population) ▪ 3) HCW (oft Mütter von Kindern; Kontakt zu vulnerablen Gruppen) ▪ 4) Schulen/ Kitas/ Betreuer/Lehrer/innen ▪ 5) Polizei/ Feuerwehr (gut zugängliche Population) ○ Die Idee ist mindesten in Ausbruchssituationen auch asymptomatische Personen in bestimmten Subgruppen zu testen, als sinnvolle Ergänzung zur Teststrategie und zur Generierung von Informationen (sporadischer Nachweis, Cluster, community transmission) für die Steuerung von Maßnahmen. ○ Wäre für bestimmte Gruppen (z.B. Schlachthofmitarbeiter) ein Sentinel, ergänzend zum Sentinel der AGI, unabhängig von Ausbruchssituationen sinnvoll? 	VPräs / AL1 / FG36

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wem dient z.B. eine Testung in Schulen? Reicht ein Sentinel zur repräsentativen Abbildung von Gruppen bei der aktuellen Zirkulation des Virus überhaupt aus? ○ Befürchtung: Testen wird immer mehr herangezogen, um auf andere Maßnahmen zu verzichten. Es besteht die Gefahr einer falschen Sicherheit bei massiver Ausweitung der Testung. In der Bevölkerung besteht die Auffassung durch einen negativen Test können Freiheiten verschafft werden, z.B. Urlaub in anderem Land. Es muss kommuniziert werden, dass ein Test, der heute negativ ist, morgen wieder positiv sein kann. ○ Gezielte Testung bei vulnerablen Gruppen sollte ausgeweitet werden, bei KoNachverfolgung sollen auch Asymptomatische getestet werden. Ungezielte Massentests sind nicht sinnvoll. ○ Im Bericht der AG Diagnostik werden viele dieser Fragen besprochen. Die grundsätzliche Frage ist: data for action (welche werden benötigt), versus Freitestung der Gesellschaft (nicht sinnvoll). <p><i>ToDo: Hr. Mielke schickt den Bericht an den Verteiler Krisenstab.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Verzögerung in Gütersloh konnte gut aufgearbeitet werden und war nicht aufs Meldesystem zurückzuführen, die Mitarbeiter von Tönnies wurden gezielt aufgefordert nicht zum Arzt zu gehen. ○ Seit längerer Zeit liegen praktische Vorschläge vor, wie die syndromische Surveillance, d.h. Grippe Web und Grippe Web+ (Einbeziehung der Bevölkerung) gestärkt und verstetigt werden könnte. ○ Vorschlag: AGI-Sentinel und Grippe Web um Faktor 10 auszubauen. Das geht allerdings nicht mit aktuellen Ressourcen und ohne längerfristige Perspektive. ○ Trotzdem sollte sich das RKI zur Testung äußern, das ist kein Widerspruch. Die Testung sollte in eine bestimmte Richtung gelenkt werden. Wie kann dem politischen Wunsch nach verstärkter Testung entgegengekommen werden? ○ Es gibt einen Erlass vom BMG (Rückmeldung bis 09.07.) mit der Bitte um Zuarbeit zur Aufrüstung "symptomgetriggerte ARE-Sentinel" für den Herbst/Winter 2020/21. <p><i>ToDo: FG36 (und FG17) erstellen Schreiben ans BMG, um die Surveillancesysteme auszubauen und zu stärken.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Sensitivität der Surveillancesysteme muss ausreichend sein. Im spezifischen Ausbruch soll definiert werden, wie getestet werden sollte. Hierbei soll die Liste aus der Mail 	<p>FG32 / AL3</p>
--	---	-------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>berücksichtigt werden.</p> <p>! Formulierung bzgl. des Endpunktes der infektiösen Periode</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zur Länge der Quarantänezeit findet am 7.Juli eine Videokonferenz mit Minister Spahn statt, bei der das Papier finalisiert werden soll. ○ Für die Quarantäne nach Exposition und die Verkürzung der Isolation bei Erkrankten oder asymptomatische Infizierten stellt Fr. Ruehe Daten zum Entlassmanagement zusammen. ○ Die Infektiosität bei Infektion des oberen Respirationstrakts ist in den aktuellen Hinweisen zur Testung gut zusammengefasst, im Falle von Pneumonien ist das Thema noch nicht zu Ende diskutiert. <p>b) RKI-intern</p> <p>! Eingehende Anfragen zu Laboren für SARS-CoV-2-Testung von Reisenden aus div. Ländern</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt eine Liste von Laboren, bei denen Personen, wenn sie negativ getestet wurden, nach Deutschland ohne Quarantäne einreisen können. Es gibt viele Anfragen, welche Labore dazu gehören. ○ Einer Veröffentlichung dieser Liste hat das BMG nicht zugestimmt. ○ Die Anfragen müssen vom RKI nicht immer beantwortet werden. Das RKI ist nicht dafür zuständig für jede Region der Welt herauszufinden, welches Labor akkreditiert ist. <p>! Umgang mit Anfragen zum Informationsfreiheitsgesetz (IFG), siehe auch NDR Artikel: https://www.ndr.de/nachrichten/info/Corona-Informationen-des-RKI-Das-ueberforderte-Institut,rki124.html</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt zahlreiche Anfragen zum Informationsfreiheitsgesetz. Hr. Fouquet hat aufgrund der hohen Arbeitsbelastung diese Anfragen depriorisiert, dadurch wurden sie nicht innerhalb der Frist beantwortet, was ein ungünstiges Bild in der Außendarstellung des RKI nach sich zog. Der Autor des NDR Artikels hat bereits in der Vergangenheit kritisch über das RKI berichtet. Es gibt viele Kommentare zum Artikel, die die Kritik gut eingeordnet 	
--	---	--

	<p>haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hr. Fouquet ist derzeit ans BMG abgeordnet und soll bzgl. der IFG Anfragen nicht kontaktiert werden. Absprachen zwischen RKI und BMG sind in Arbeit. Anfragen sollen immer über die Rechtsabteilung laufen. Diese ist mit der Rechtsabteilung des BMG in direktem Kontakt. ○ Wichtig: Antworten werden wortwörtlich auf einer Webseite veröffentlicht (Beispiel: https://fragdenstaat.de/anfrage/interne-unterlagen-des-rki-zum-neuen-corona-virus/). Finaler Versand muss immer über die generische Email-Adresse des Rechtsreferats erfolgen (nicht etwa über Lagezentrum) - Informationszugang@rki.de. ○ Wenn Daten nicht herausgegeben werden sollen, kann auf den Datenschutz verwiesen werden. In Protokollen können auch einzelne Teile geschwärzt werden. ○ Für die Beantwortung der Fragen wäre eine Einschätzung der Presse oder des Rechtsreferates sinnvoll, ob es sich um Anfragen von Journalisten oder Privatpersonen handelt. 	
9	Dokumente ! Nicht besprochen	
10	Labordiagnostik ! Bei FG17 sind 87 Proben eingegangen, davon 1 Parainfluenza positiv und 27 Rhinovirus positiv, keine SARS-CoV-2 positiven Proben.	FG17
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Nicht besprochen	
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen	
13	Surveillance ! Nicht besprochen	
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Nicht besprochen	
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! S. unter „Neues aus dem BMG“	



16	<p>Wichtige Termine</p> <p>Dienstag:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! TK mit ECDC über Ausbruch in Fleischverarbeitungsbetrieb (TN: FG32, FG35, FG36) <ul style="list-style-type: none"> ○ ECDC plant aktualisiertes Rapid Risk Assessment ○ Ausbrüche in Schlachthöfen neben USA auch in Niederlanden, Frankreich und Irland ! Termin mit Datenjournalisten <ul style="list-style-type: none"> ○ Kritik: RKI stellt zu wenige Daten zur Verfügung und diese nicht im richtigen Format, deshalb gemeinsamer Termin mit einer Auswahl an Datenjournalisten und Fr. Degen, Fr. Diercke und Hr. an der Heiden, moderiert von Hr. Stollorz. 	
17	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 01.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	03.07.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! Abt. 2
 - Katja Kajikhina
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - Luisa Denkel
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Maria an der Heiden
 - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Ruth Offergeld
 - Navina Sarma
 - Uwe Koppe
- ! FG35
 - Christian Frank

- Raskit Lachmann
- ! FG36
 - Walter Haas

- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss



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 INIG</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) 10,6 Mio Fälle und 515.973 Verstorbene (4,8%) Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: Insgesamt gleichbleibend mit USA weiterhin führend mit hoher Verdopplungszahl; Russische Föderation Zunahme ist verlangsamt; Südafrika zeigt vergleichsweise schnelle Verdopplung der Fallzahlen; neu dazugekommen ist Kolumbien, Peru ist nicht mehr auf der Liste 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (Karte) In rot (neu): Afrika: Westsahara 74,86/100.000 Asien: Kasachstan 40.000 Fälle insgesamt; Meldung von 20.000 in vergangenen 7 Tagen; Bündelung von Meldungen USA meldete gestern die meisten neuen Fälle jemals; starker Anstieg in 36 Staaten, kommendes Wochenende nationaler Feiertag (Independence Day) Länder mit > 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage Indien und USA ein steiler Anstieg; Texas hat neu die Maskenpflicht eingeführt Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage Bangladesch Fallzahlen gehen hoch Weiterhin ansteigender Trend in Kolumbien In Russland geht Trend weiterhin zurück Länder mit 700 - 7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage Anstieg in Bosnien Herzegowina, Kirgisistan und Kasachstan Rapid Risk Assessment ECDC</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wiederauftreten neuer Fälle in der EU, UK und EU-Beitrittskandidatenländern und potentiellen Kandidatenländern. Vergleich von vergangenen 14 Tage zu vorgehenden 14 Tagen zeigt ein Anstieg von Meldungen ○ Seit dem 16.06. ein Anstieg in allen EU-Ländern auf Grund von Lockerungen der nicht-pharmazeutischen Interventionen ○ Durchschnitt der 14-Tagesinzidenz liegt bei 14 neuen Fälle pro 100.000 ○ Montenegro, Kosovo, Luxemburg, Serbien, Türkei überschreiten den Durchschnitt Anstieg der Fallzahlen kann auf das Hochfahren der Testkapazitäten in Luxemburg, Serbien und Türkei zurückgeführt werden. 	ZIG/INIG

	<p>Tatsächlicher Anstieg ist in Montenegro, Kosovo, Bosnien, Bulgarien, Rumänien und Tschechien zu sehen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Neue Risikobewertung: <u>Moderat</u> für Allgemeinbevölkerung in Ländern in denen community transmission stattfindet oder zeitnah stattfindet könnte und/oder keine angemessenen Maßnahmen vorhanden sind (Wahrscheinlichkeit einer Infektion sehr hoch; Auswirkung der Krankheit gering) Bevölkerung mit Risikofaktoren: sehr hohe Wahrscheinlichkeit der Infektion und große Auswirkung der Krankheit ○ Risiko für Länder mit weiterer Zunahme der Fallzahlen, wenn keine geeignete Maßnahmen und Kapazitäten vorhanden sind: Hoch, wenn keine Monitoringsysteme vorhanden sind und keine Testungen und Kontaktpersonennachverfolgung durchgeführt werden sowie nicht-pharmakologische Maßnahmen gelockert werden, obwohl community transmission stattfinden Wahrscheinlichkeit eines weiteren Anstiegs hoch; Auswirkung eines weiteren Anstiegs moderat ○ Details zur Indikatoren der Einteilung von community transmission oder in Kürze stattfindendes community transmission sind nicht bekannt. <p>! Zusammenfassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Etwa 50% der neuen Fälle und mehr als 50% der Todesfälle stammen aus Amerika (Basilien und USA) ○ Asien: Anstieg und hohe Fallzahlen in Indien, Bangladesch und Indonesien ○ Afrika: etwa 6% der neuen globalen Fälle mit 70% davon Südafrika ○ Europa: Russland hohes Niveau mit Rückgang ○ RRA ECDC im Vergleich zu April insgesamt ein Rückgang der Fälle, jedoch aktuell wieder eine Zunahme. Empfehlung keine Reisebeschränkung innerhalb der EU/Schengen-Raum, da im Juni nur ein kleiner Anteil der Fälle einen anderen möglichen Infektionsort als den Wohn/Aufenthaltsort angab. ○ Ozeanien: Großer Ausbruch in Melbourne mit 300 000 Personen im Lockdown ○ Studien: JAMA Neurology: COVID-Patienten haben ein 7-fach höheres Schlaganfallrisiko im Vergleich zu 	
--	---	--

	<p>Viele Geschehen können auf einen Kontakt zu einem bestätigten Fall zurückgeführt oder einem Ausbruch zugeordnet werden Montag trägt M. Diercke detailliert dazu Daten vor.</p> <p>Dingolfing-Landau: Reihentestung im Asylbewerberheim. Die positiven Fälle werden in einer separaten Unterkunft untergebracht, die KP sind in der Einrichtung unter Quarantäne.</p> <p>! Labortestungen (Datenstand 30.06.2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ KW 26 deutlich mehr getestet als in der Vorwoche ○ Positivenrate unter 1% <p>Kapazitäten sind auf gleichhohem Niveau, jedoch nicht voll ausgenutzt</p> <p>! Expositionsort Ausland: Von 157 Fälle mit Expositionsort außerhalb Deutschlands, kamen 71 (57%) aus Serbien</p> <p><i>TODO: Frau Hanefeld bringt das (Anzahl Anstieg Fallzahlen Serbien) heute in die TK zu Risikogebieten mit BMG, AA und BMI ein; Liste der Risikogebiete wird zwischen 18 und 19 Uhr online gehen.</i></p> <p><i>FG 32: BL werden über den AGI-Verteiler zum Anstieg der Fallzahlen aus Serbien informiert, damit diese Info unter der Quarantänemusterverfügung und -Verordnung berücksichtigt werden kann.</i></p> <p><i>LZ: Diese Information (Anzahl Anstieg Fallzahlen Serbien) wird nächste Woche Dienstag in den Lagebericht aufgenommen (nach Rücksprache mit M. Diercke)</i></p> <p>! Treffen im BMG mit der türkischen Vizeministerin (Teilnahme Osamah)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktivitäten in der Türkei sind sehr positiv einzustufen, das Geschehen beschränkt sich auf Osten und Südosten der Türkei ○ Es gibt 6.000 Teams mit jeweils 3 Personen die Kontaktpersonennachverfolgung durchführen; 99% der Kontakte können in 24 h erreicht werden ○ Die Unterlagen (in Papierform) werden mit Frau Hanefeld geteilt <p>! Bericht des Ausbruchsteams aus Gütersloh (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Team ist seit 01.07.2020 wieder da; Einsatzdauer: 12 Tage ○ Folie 2: Erste Welle (blau) eher symptomatische Fälle; Übrige Bevölkerung (grün); Ausbruch Tönnies (rot gestrichelt) 	<p>Abt. 3</p> <p>FG35/34</p>
--	--	------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anfänge des Ausbruchs Mitte Mai im Rahmen des Screening von fleischverarbeitenden Betrieben: 7 von 7.000 getestet MA positiv ○ Nachbarn LK Osnabrück großer Ausbruch in Westcrown, Dissen; Über einen Gottesdienst evt. Verbindungen zwischen den beiden Unternehmen. ○ Ende Mai durften MA in die Heimatländer reisen, Exposition in den Heimatländern ist zeitlich retrospektiv nicht plausibel <u>für den Eintrag des Virus von dort</u> ○ Fälle in der übrigen Bevölkerung (grün): Ein Cluster im Zusammenhang mit einer Hochzeitgesellschaft mit Gottesdienst mit Gesang, Veranstaltungsort unklar und 10 positive HCW im KH Gütersloh ○ Aktuell werden viele asymptomatische Fälle identifiziert durch die Reisefreitestung ○ Heatmap: Wohnorte von Tönnies Angestellten; v.a. nähere Umgebung geht über Kreisgrenzen hinaus (<u>im Kreis GT: ca. 1.000 Fälle mit tausenden KP1</u>) ○ <u>Durch die massive Ausweitung des Testens von asymptomatischen Bewohnern half nur wenige Infektionen zu identifizieren bei steigenden Fallzahlen stiegen dann die Fallzahlen in der „übrigen Bevölkerung“, aber vermutlich wurden dabei auch spät-positive Personen nach unbemerkter Infektion in der ersten Welle entdeckt.</u> ○ Alle Angestellte Tönnies mit Familien/Mitbewohnern müssen in Quarantäne <u>sowie tausende als KP1</u> ○ In den ersten 14-Tage Quarantäne <u>wurden konnten nur wenige positive MA aus den Haushalten ausziehen, dies resultiert in Haushalten mit positiven Mitarbeitern aus dem Screening Mitte Juni und später während der Quarantäne positiv getesteten Personen in den Haushalten in eine neue Runde von 14 Tagen Quarantäne, alle Mitbewohner waren KP1 und Quarantäneverlängerung bei zusätzlichen positiven Fällen</u> ○ Heute sind die ersten 14-Tage vorbei, neue Fälle werden <u>zukünftig</u> aus den Haushalten ausgesiedelt, damit die Infektionsketten zeitnah unterbrochen werden. ○ Aufgaben der RKI-Ausbruchsteams ○ Bewertung der Arbeitsquarantäne (bereits erfolgt) Ursachenforschung (ausstehend): Studie mit Sequenzierung, Vorortuntersuchung und Einbindung der Hypothese von Hr Exner (In den Zerlegebetrieben innerhalb von Tönnies erhöhtes Risiko für Aerosoltransmission durch die Lüftungsanlage; klingt plausibel, ist aber noch nicht epidemiologisch bestätigt) ○ Beschreibung von Risikofaktoren, Hauptübertragungswegen, 	
--	---	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Eintragung ins Werk, Rolle der Unterkünfte und Transport Diese Aufgaben können jetzt erst bearbeitet werden Viele zusätzliche Aufgaben vor Ort: Beratung zur Ausbruchsbekämpfung (Quarantänenmanagement) und Fokus auf übrige Bevölkerung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informationsflow/management: ○ Manuelle Doppeleingabe in ISGA (Übermittlungssoftware) und separate COVID-19-Access-Datenbank; kein Excel-Upload möglich ○ Es musste eine zusätzliche Datenbank für den Tönnies-Ausbruch COVID-19 angelegt werden um Daten zu Befunden, Testungen, Befragungen zusammenzuführen. Mitarbeiterlisten von Tönnies nur schwer kamen langsam und waren und unvollständig geteilt, Tönnies <u>gab mit Verweis auf Datenschutz an hat keine vollständige Liste der MA zu haben</u>, da viele MA bei Subunternehmer beschäftigt sind und rechtlich keine Listen an Tönnies geteilt werden kann. ○ Sequenzierung spielt eine große Rolle, <u>aktuell Auswahl der Proben.-</u> ○ Weitere Probleme: Befragung der MA auf Grund der Sprache nicht möglich, massive Clusterung nach Subunternehmen, Wohnungen, Schichten, Einsatzorten und Wohnorten ○ Zeitliche Einordnung nicht möglich, viele Fälle sind asymptomatisch, keine Angabe zu Symptomen, Zeitpunkt der Infektion unklar ○ Für Sequenzierung sind nur wenige Proben aus der frühen Phase des Ausbruchs verfügbar. ○ NRW wünscht sich eine „gerichts-feste“ Studie, da Tönnies sicher klagen wird ○ Studie und Hochfahren von Tönnies sind zeitlich entkoppelt <p>Probleme Ausbruchsmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Politik konnte GA nicht umfassend unterstützen ○ Risikobasierte Testung läuft jetzt erst an, massive Asymptomatischen-Testung der Allgemeinbevölkerung in diesem Umfang nicht hilfreich ○ Bundeswehr hat 4 Teams vor Ort; ○ IT des GA ist unzureichend ○ GA-Leiterin Frau Bunte, war früher am GA Köln, ist sehr erfahren ist jedoch auch am Limit ihre Kräfte. ○ Nächste Woche kommt Hr. Gottschalk (GA Frankfurt) für eine 	
--	---	--

	<p>Woche zur Hilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Viele junge motivierte Mitarbeiter aus anderen Bereich, jedoch fehlt es an Führungskräften und Ärzten ○ Labor Krone führt den Großteil der Testung durch und macht gute Auswertungen anstelle des GAs ○ Ablösung kam zu spät und es wird um bessere Ersatzmechanismen für Ausbruchteams gebeten ○ Aktuell sind drei MA des RKI vor Ort und unterstützen mit der Ausbruchberatung, Logistik wie man Quarantäne auflöst und weiterführt ○ Täglich neue Fragen auch ärztlicher Art; es werden Ärzte vor Ort benötigt. ○ RKI bemüht sich um zusätzliche Unterstützung für Ausbrüche, jedoch ist die Belastung im LZ extrem hoch. Unterstützung kann punktuell und zeitlich befristet erfolgen, größere Fachexpertise für GA notwendig ○ Diese Situation bietet Lernmöglichkeiten für die Stärkung des ÖGDs (Pakt für den ÖGD). ○ Berlin hat gestern eine Änderung der CoronaVO zu Inlandsquarantäne aus Gebieten mit erhöhtem Risiko erlassen (https://www.berlin.de/sen/gpg/service/presse/2020/pressmitteilung.954490.php). Es besteht die Möglichkeit die Quarantäne zu verkürzen durch eine Negativtestung mit ärztlicher Beurteilung. Kollegen müssen sich beim GA melden. Testung kann am Institut (Mo-Sa) organisiert werden. 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Auf Bitte des AA soll der Kosovo bei steigenden Fallzahlen beim Aufbau von Laborkapazitäten durch Lieferung von Material unterstützt werden</p> <p>Hr. Maas besucht demnächst den Kosovo</p> <p>! Armenien hat eine hohe 7-Tagesinzidenz. Ein EMT soll unterstützen Laborkapazitäten und ITS für 2-4 Wochen</p> <p>! Im Rahmen einer WHO sollte Hr. Baumann aktuell in Tadschikistan um ein dezentrales Laborsystem aufzubauen. Die Mission fiel zusammen mit dem Austausch der Regierung. Die Koordination war sehr schwierig. Hr. Baumann soll weiter 3 Wochen hin, dazu laufen jedoch noch Gespräche.</p> <p>! Fr. Abu Sin reist Montag nach Turkmenistan im Rahmen einer WHO Mission. Diese ist politisch wichtig, da Turkmenistan offiziell</p>	ZIG

	<p>weiterhin keine COVID-19-Fälle meldet.</p> <p>! Namibia ist ein GHPP-Partnerland und hat um Unterstützung des Aufbaus von Go.Data zu Kontaktpersonennachverfolgung gebeten. Das soll in 3 Wochen beginnen.</p> <p>! Diese Woche Besuch der Kulturreferentin der ägyptischen Botschaft. Es besteht ein Interesse am längerfristigen wissenschaftlichen Austausch im Rahmen zu COVID-19 v.a. zu Reisebeschränkungen und Unterstützung zu PPE und Labor/Testungen Sollte Interesse dazu im Krisenstab bestehen, kann der Kontakt vermittelt werden</p> <p>! ZIG 4 steht im weiteren Austausch BMZ und KFW zu weiteren Unterstützung von Äthiopien</p> <p>! Intern gab es mehrfach Diskussion, dass interessant wäre sich mit Schweden auszutauschen. ZIG würde es bei Bedarf organisieren, wenn es Interesse seitens des Krisenstabes gäbe.</p> <p>! WHO EURO veranstaltet ein Webinar zu Ausbrüchen in longterm facilities am Mittwoch 11-12:30. Es wird ein Panelist für die Teilnahme gesucht. Bei Interesse/Verfügbarkeit bei Frau Hanefeld kontaktieren</p> <p>! Zwei Mitarbeiter der ZIG 4 sind im Rahmen einer SEEG-Mission in Togo. Sie sind über Äthiopien nach Togo eingereist. Im gleichen Flug reisten togolische Studenten aus Saudi Arabien 22 wurden anschließend positiv getestet. Die Studenten saßen in der Economy und MA des RKI in der Business Class. Das Training wurde abgebrochen und die MA befinden im GIZ-Haus in Lomé. Aktuell ist noch nicht klar, ob sie die Quarantäne in Togo ableisten oder am Montag zurückreisen. Alle sind symptomfrei. Es besteht ein Austausch mit GIZ und BMG und das ist die erste komplexe Situation im Rahmen einer SEEG-Mission.</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Nicht besprochen</p>	

5	<p>Kommunikation</p> <p>Presse</p> <p>Es bedarf Konkretisierung zu Teststrategie aus dem BMG In der telefonischen Beratung viele Anfragen/Berichte der Bevölkerung zu psychischen Belastung und Erkrankungen</p> <p>Kurzbericht zur Blutspende-Studie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es wurde ein Kurzbericht für das BMG erstellt. Insgesamt ein adjustierte Prävalenz (adjustiert für Testperformance) für die Gesamtgruppe ist 1,3%; es gibt örtliche Unterschiede, Spitzenreiter sind in München (3,5%) und Freiburg (4,5%). Mehr Männer als Frauen sind betroffen. Die zeitliche Entwicklung ist schwer abzuschätzen. Ein 1/3 der (positiven) Proben wurde im Neutralisationstest untersucht und in einem 1/3 davon wurden AK nachgewiesen. Die Bedeutung dieses Ergebnisses ist noch nicht abschließend geklärt und noch in Diskussion mit dem Referenzlabor. Es ist die Untersuchung aller Proben geplant. Aktuell ist keine Schlussfolgerung auf Immunität möglich. Die Durchseuchung ist in der Erwachsenenbevölkerung gering. ○ Es besteht ein hohes mediales Interesse an den Ergebnissen. ○ Die Formulierung zu Neutralisationstesten sollte vorsichtig formuliert werden. Ausgewerteter Zeitraum 20.04.-23.06., die Studie läuft bis Oktober. ○ Bei Übermittlung an das BMG wird auf die Veröffentlichung hingewiesen werden und die Rückmeldung abgewartet. Es wird geplant es im EpiBull zu veröffentlichen (Mitte nächste Woche möglich) und anschließend auf die Homepage zu verlinken. 	<p>BZgA</p> <p>FG34/VPräs</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>Nicht besprochen</p>	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Aktueller Stand: Konzept zur Kontaktaufnahme und</p>	<p>FG34/Abt. 2 Navina Sarma/Katja Kajikhina</p>



	<p>Zusammenarbeit bei Randgruppen wie Sinti und Roma stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sinti*zze und Rom*nja sind die größte Minderheit Europas <ul style="list-style-type: none"> ○ Alltägliche und institutionelle (rassistische) Diskriminierung ○ Teilhabechancen hinsichtlich Bildung, Wohnraum und Arbeitsmarkt sind eingeschränkt und es herrscht Misstrauen gegenüber Behörden und angeordneten Maßnahmen ○ heterogene Population (Herkunft, Staatsangehörigkeit, Sprache, Beruf, Bildung, Wohnsituation, Religion, Krankenversicherungsstatus, Aufenthaltsstatus und Aufenthaltsdauer in Deutschland usw.) ○ Nicht Ethnizität sondern genannte Aspekte sollten bei Planung und Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen berücksichtigt werden ○ Erste Kontaktaufnahme: Zentralrat der Sinti und Roma; Amaro Foro (Berlin) ○ Ergebnisse der Gespräche: <p>Antidiskriminierende Vorgehensweise: Vermeidung der Nennung von vermeintlichen Ethnizitäten bei öffentlichen Äußerungen; Vermeidung der Reproduktion von Verallgemeinerungen, Stereotypen und Vorurteilen in der Berichterstattung und in der Planung und Umsetzung von Maßnahmen</p> <p>Berücksichtigung der Sprachen, bei Bedarf Hinzuziehung von Sprachmittlung, Nutzung übersetzter Materialien (z.B. RKI, BZgA, Integrationsbeauftragte)</p> <p>Berücksichtigung der Literarität der Menschen, bei Bedarf auch mündliche oder audio-visuelle Formate für Information und Aufklärung anbieten</p> <p>Einbezug verschiedener Akteure: Integrationsbeauftragte des Bundes und der Bezirke, sind vernetzt mit lokalen Akteuren (Adressen liegen Bezirksämtern vor) und Vertretungsorganisationen wie Selbstorganisationen, Beratungsstellen, andere zivilgesellschaftliche Organisationen, können mit ihrer Expertise unterstützen (Liste der Adressen lokal und bundesweit erstellt) sowie</p> 	
--	---	--

	<p>Beteiligung bei Information zu und Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen, Einsatz als Multiplikator*innen, Einbezug von Schlüsselpersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Papier mit Hinweisen für RKI und GA um Hilfestellung für Situation als Unterstützung und Handreichungen für verschiedene Situationen und Institutionen <p><i>TODO: Fr. Sarma/Fr. Kajikhina teilen einen Entwurf am 07.07.2020</i></p> <p>! Zwischenbericht der Serostudie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bereits besprochen 	
9	<p>Dokumente</p> <p>! Anpassung Flussschema</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es besteht der Wunsch seitens des BMGs das Flussschema zu modifizieren. ○ Es bestehe des Bedarf seitens der Ärzte die Übersicht, die die Corona-App, Rechtsverordnung sowie die Abrechnung um zu erweitern. Ärzte seien verunsichert wann ein Test angeordnet und wann dieser erstattet wird. Der Bedarf wurde nicht systematisch erhoben. ○ Diese Informationen finden sich in der nationalen Teststrategie wieder, das Flussschema soll das Vorgehen im Verdachtsfall leisten. Übersicht zur Abrechnung und Anordnung der PCR-Testung gibt die nationale Strategie. Das Flussschema richtet sich an den Arzt soll das Vorgehen im Verdachtsfall unterstützen. <p><i>TODO: Hr. Herzog klärt mit der KBV den Bedarf ab. FG 37 unterstützt die Kontaktaufnahme zu Hr. Hauch (KBV).</i></p> <p>! Konzeptpapier Flugverkehr</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Papier wurde in frühen Stadien bereits zirkuliert und ist in der jetzigen Form aus Sicht der AG Flughäfen/AGI 	<p>VPräs/alle</p> <p>FG 32/alle</p>

	<p>publizierbar. Eine Veröffentlichung auf der Homepage wurde von Fr. Glasmacher als kritisch gesehen, da aus der Überschrift nicht klar hervorgeht, dass es keine RKI-Empfehlung ist. Das ist wichtig um Nachfragen und Forderungen nach Empfehlungen für andere Settings zu vermeiden. AG Flughafen ist auf Eigeninitiative gegründete AG, nicht formal durch AOLG eingesetzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Papier spiegelt ein gemeinsames Interesse der Länder und des RKI als Hilfestellung für wiederkehrende Fragen/Situationen wieder und ist eher eine Haltung der Gruppe. Deshalb soll es als Expertenpapier im EpiBull veröffentlicht werden. <p><i>TODO: Fr. an der Heiden arbeitet das Papier für einen EpiBull-Beitrag als Expertenpapier auf und stimmt es mit den Akteuren ab.</i></p>	
<p>10</p>	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Virologischen Surveillance 201 Einsendungen im Juni Davon: <ul style="list-style-type: none"> - 50 positiv für Rhinovirus - 1 positiv für RSV - 1 positiv für Parainfluenza - 1 positiv für porcines Influenzavirus (keine Reassortante), darüber wurde in der letzten Konferenz ausführlicher berichtet, das Isolat wird weiter untersucht ○ 825 Einsendungen, davon 37 positiv auf SARS-CoV-2 ○ COMA: 2. Hotspot Untersuchung ○ Ca. 1.600 Proben, davon 1 grenzwertig positiv, bei weitere Untersuchung schließlich negativ. ○ Studie läuft bis Sonntag und dann erst wieder im September 	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p>11</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Neue Schema zur Entlassungskriterien aus der Isolierung ist veröffentlicht ○ Experten der KRINKO wurden in die Erstellung des Dokuments eingebunden und die Rückmeldung sollte berücksichtigt werden. ○ Es gab gute Vorschläge, die bei der nächsten Version 	<p>FG14 /alle</p>

	<p>berücksichtigt werden sollten. Die Sputumprobe sei bei der PCR-Testung vor der Entisolierung besonders wichtig. Aktuell werden nur 2 Proben aus dem oberen Respirationstrakt gefordert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Für genesene Patienten, die kein Sputum produzieren, ist Sputumdiagnostik eingeschränkt möglich. ○ Besserungen der Symptome kann unterschiedliche Bedeutung haben. Wording sollte genauer sein, das wurde bereits diskutiert und ist mit STAKOB abgestimmt. <p><i>TODO: Fr. Ruehe (IBBS) ruft Fr. Arvand an und bespricht mögliches Einbringen von Änderungen in Bezug auf tiefe Atemwege.</i></p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Nicht besprochen</p>	FG32
13	<p>Surveillance</p> <p>S. Lagebericht</p>	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>S. Dokumente</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Schichtzeiten (derzeit 9-17 Uhr): ggf. wieder Verlängerung nötig, Arbeit bis 17 Uhr nicht zu schaffen und die MA sind massig länger beschäftigt mit zahlreichen Anfragen und Erlassen aus dem BMG. Die Fristen der Abgeordnetenfragen sind vorgegeben und können nicht verändern. Es besteht die Hoffnung, dass mit der Sommerpause die Anzahl deutlich heruntergeht. MA sind wieder in die Abteilungen zurückberufen worden und MA, die viel sich im LZ tätig waren. ○ Die Situation und Arbeitslast wird noch nächste Woche beobachtet und ggf. werden die Dienstzeiten wieder angepasst. <p><i>TODO: Vorschlag Erlasse über den offiziellen Weg über die Leitung einbringen zu lassen um Anfragen weniger niedrigschwellig zu machen wird von der Institutsleitung geprüft.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Presse-Liaison fehlt – Lagezentrum kann fehlende Position nicht abfedern. Viele der qualifizierten Presse-MA sind jetzt bei der Corona-App eingesetzt, daher wurde die Position eingestellt. Die Anfragen können nicht von der Presse beantwortet werden, da es sich um sehr knifflige Arztanfragen handelt und es fachl. Hintergrund bedarf. 	LZ/FG32



	<p><i>TODO: Rücksprache mit Hr. Schmich, ob es eine Umverteilung der MA mit fachl. Expertise zurück ins LZ geben kann. Dazu ist die Unterstützung der Leitung nötig.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Internationale Kommunikation: weiter steigender Bedarf, derzeit 6 Personen pro Tag anvisiert. Es finden nächste Woche Schulungen für neue MA statt. ! Bericht Impfen <ul style="list-style-type: none"> ○ Es kann regelmäßig über wöchentlichen Treffen des PEI, BMG im Krisenstab berichtet werden. ○ Influenza: Nationale Reserven wurden um 6 Mio. zusätzliche Impfstoffe (Lagerung Bundeswehr) für die kommende Saison aufgestockt. RKI und PAI haben ein Konzept für das Roll-Out erstellt. 500.000 Dosen sind aus den USA (anderer Impfstoff) und werden zunächst zurückgehalten. ○ Ziel für die kommende Saison ist die Steigerung der Impfquoten und es wird eine Intensivierung der Grippen-Kampagnen mit BZGA geben. ○ COVID-19 Es besteht ein dringender Diskussionsbedarf zwischen dem Bund und den Ländern für das Vorgehen. Bund präferiert Impfzentren. Es ist noch unklar wie die Impfungsraten und geimpften Gruppe erfasst/überwacht werden sollen. Länder haben bereits eigenständig ein Konzept erstellt, dass online gehen soll. RKI hat FAQ mitentwickelt, die aktuell seit 3 Wochen beim BMG zur Abstimmung sind. Es wird über eine Impfpflicht für medizinisches Personal nachgedacht. ○ Bilateraler Erwerb des Covid-19-Impfstoff AZD1222 (Oxford/ AstraZeneca) Deutschland hat sich mit weiteren drei EU-Ländern bereits den Impfstoff gekauft (300 Mio Dosen) Die Zulassung ist für September 2020 geplant, sollten die Ergebnisse Sicherheit und Effektivität zeigen. Deutschland würde 8-10 Mio Dosen erhalten. STIKO überlegt wie man die Verteilung priorisieren könnte. 	FG33
16	Wichtige Termine	

17	Andere Themen Nächste Sitzung: Montag 06.07.2020, 13:00-15:00 Herr Schaade verabschiedet sich für die nächsten 3 Wochen in den Urlaub (Wiederkehr: 27.07.2020)	
----	---	--

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	06.07.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - o Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - o Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - o Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - o Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - o Annette Mankertz
- ! FG14
 - o Mardjan Arvand
- ! FG17
 - o Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - o Ute Rexroth
 - o Michaela Diercke
 - o Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG36
 - o Walter Haas
- ! FG37
 - o Tim Eckmanns
- ! INIG
 - o Luisa Denkel
- ! IBBS
 - o Bettina Rühle
- ! Presse
 - o Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - o Janine Michel
- ! BMG
 - o Irina Czogiel

- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss

VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Diese Studie wurde vom Gesundheitsministerium in Brasilien vorgestellt und umfasst die Testung (Schnellantikörpertestung mit 85% Sensitivität, 99,9% Spezifität) von mehr als 89.000 zufällig ausgewählten Personen in 133 Städten in 3 Phasen im Juni 2020. Die Prävalenz ist in den 3 Phasen von 1,9 auf 3,8% angestiegen. Der Anteil asymptomatischer Personen ist vergleichsweise gering bei 9%. Die Fall-Sterblichkeit lag bei 1,15%. Es gab mehr Fälle im tropischen Norden als im Süden. Kinder waren genauso infiziert wie Erwachsene. Zusammenfassend liegen die meisten neue Fälle auf dem amerikanischen Kontinent, in Asien (v.a. Indien, Indonesien, Israel) werden steigende Fallzahlen beobachtet, 6% der Fallzahlen global entfallen auf Afrika (davon 70% auf Südafrika). In Osteuropa steigen die Fallzahlen. In Melbourne, Australien, wurde ein Anstieg der Fallzahlen bekannt. Die WHO beendet Hydroxychloroquine und Lopinavir/Ritonavir-Arme im Solidarity Trial, weil keine oder sehr kleine Reduktion der Mortalität beobachtet wurden. Der NY Times liegt vorab ein offener Brief von 239 Wissenschaftlern zur Rolle von Aerosolen vor, in dem die WHO aufgefordert, ihre Empfehlungen anzupassen. Der Brief soll diese Woche in einer Fachzeitschrift veröffentlicht werden und behandelt v.a. die zurückhaltende Kommunikation der WHO bzw. die langsame Anpassung der Empfehlungen. Hinsichtlich der steigenden Fallzahlen in Israel wird bemerkt, dass Ausbrüche in Schulen eine größere Rolle zu spielen scheinen. Die Situation sollte eng beobachtet bzw. ein Austausch mit israelischen Kollegen gesucht werden, dessen Ergebnis ans BMG weitergegeben werden sollte. In der AGI wurde bekannt, dass 13 von 45 Spätaussiedlern aus Kasachstan in Braunschweig positiv getestet wurden. Relevanten Kontakt mit der Bevölkerung gab es nicht.</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wochenendeffekt: geringe Zahl an übermittelten Neuinfektionen (219) 2. 196.554 Fälle, davon 9.016 verstorben; Anteil Verstorbenen 4,6% 3. R sowie 7-Tage-R <1 4. DIVI: aktuell 298 auf ITS, davon 149 beatmet <p>Fälle und Todesfälle pro Bundesland: BW und SN übermitteln</p>	<p>FG32</p>
--	---	-------------

nicht am WE, SN hält es für unnötig, SL hält es auch nicht für notwendig, hat aber 1 Fall übermittelt. In der AGI wurde großer Unmut der Länder nach Aufforderung, auch am WE zu übermitteln, geäußert. Einige BL (HH, MV) haben 0 Fälle. Die 7-Tage-Inzidenz ist seit letzter Woche deutlich zurückgegangen.

7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer: verglichen mit den übrigen BL haben BE und NW eine deutlich höhere 7-Tage-Inzidenz zwischen 6-8/100.000 Einwohner, wobei die 7-Tage-Inzidenz in NW rückläufig ist.

Geographische Verteilung in DEU: 7-Tage-Inzidenz

126 LK haben keine neuen Fälle in den letzten 7 Tagen übermittelt, weitere 236 Kreise weniger als 5 neue Fälle.

Höchste Inzidenz: ein einziger LK, nämlich LK Gütersloh, liegt über dem nationalen Schwellenwert von >50 Fällen/100.000 Einwohner. Weitere Kreise mit höheren Inzidenzen sind (am ehesten) ausbruchsbedingt: LK Dingolfing-Landau (27/100.000,), SK Düsseldorf (24,5/100.000), SK Duisburg (22,1/100.000), LK Germersheim (20,9/100.000).

Als häufigste Expositionsorte im Ausland wurden in KW27 Serbien, Mexiko, Türkei, Österreich genannt.

Die Angaben zu den Fällen mit Kontakt zu einem bestätigten Fall oder mit Ausbruchs-ID sind regelmäßig unvollständig. Für 830 von 2.422 (nur ca. 30% Vollständigkeit) liegen Angaben zum Kontakt mit einem bestätigten Fall vor, von denen >90% auf einen Kontakt mit einem bestätigten Fall zurückzuführen sind. Ausbruchsinformationen werden nachermittelt bzw. nachgetragen, auch hier liegt eine geringe Vollständigkeit vor. Insgesamt 44% der Fälle der KW27 können auf Kontakt mit einem bestätigten Fall oder auf einen Ausbruch zurückgeführt werden. Für KW25 liegt dieser Anteil bei 73%. Technische Probleme bei großen Übermittlungsdateien (z.B. bei großen Ausbrüchen wie in Gütersloh) erschweren die Problematik. Ca. 50% der GÄ verwenden SurvNet und müssten die entsprechenden Angaben zu den Fällen eintragen. In vielen GÄ werden trotz geringer Fallzahlen die Angaben nicht gemacht.

Ein Benchmarking für die einzelnen GÄ mit Angabe der Vollständigkeit der Daten (z.B. im Vergleich zum Bundesdurchschnitt) ist in Vorbereitung. Jedoch muss die Kommunikation darüber vorsichtig erfolgen, weil der offizielle Kommunikationskanal über die BL läuft. Zwar könnten auch die Containment Scouts diesbezüglich sensibilisiert werden, jedoch sollten

	<p>prinzipiell die vorhandenen Kommunikationswege eingehalten werden.</p> <p>Eine einheitliche Meldesoftware wird angestrebt, jedoch fehlt dafür aktuell die gesetzliche Grundlage. In der 1. Ausbaustufe von DEMIS wurde die Kommunikation zwischen Labor und GA geebnet, der Weg von GA über Landesstelle ans RKI ist noch nicht angetastet. Langfristig soll die Software (v.a. SurvNet) zentral verortet sein, so dass Updates sofort im GA verfügbar wären.</p> <p>In der Kommunikation müssten positive Anreize aus Sicht der einzelnen GÄ abgebildet werden. Ggf. kann die Validierung der TBc-Daten als Vorlage dienen und eine Auswertung im Seminar der Akademie des ÖGD vorgestellt werden. Manche BL reagieren verärgert bei direkter Kontaktaufnahme mit GÄ. Die Akzeptanz für die Eingabe aller Daten sollte über die Betonung des Mehrwerts für die BL als auch die einzelnen GÄ erhöht werden. Eine bundesweit einheitliche Software sollte auch mit GBE-Daten kompatibel sein.</p> <p><i>ToDo:</i> FG32 erstellt eine nach Software differenzierte Auswertung der Fälle mit Kontakt zu einem bestätigten Fall oder mit Ausbruchs-ID.</p> <p>Aktuelle Ausbrüche:</p> <p>Mit Stand vom 06.07.2020 liegt die Fallzahl im LK Gütersloh bei 2.431. Zwischen dem 28.06. und 04.07.2020 gab es knapp 90 Fälle in der Allgemeinbevölkerung. Die Zahl der positiven Tests bei Personen ohne direkten Tönnies-Bezug ist auf niedrigem Niveau. Team vor Ort. Insgesamt wird es ruhiger, die ersten Personen werden inzwischen aus der Isolation entlassen. Nur noch die Personen mit Symptomen oder KP zu bestätigtem Fall noch Haushaltskontakte mit bestätigtem Fall sind weiterhin in Quarantäne. Am Nachmittag soll im Gespräch mit Frau Bunte (Gütersloh) geklärt werden, welche Unterstützungsbedarfe weiterhin bestehen und ob diese ggf. aus der Ferne bedient werden können.</p> <p>Dingolfing-Landau: erstmalig erhöhte 7-Tage-Inzidenz.</p> <p>Kita-Studie (Folien hier): Die aus Grippe-Web berechnete ARE-Inzidenz nach Altersgruppe zeigt bei jungen Kindern seit KW 23 einen Anstieg; jedoch liegen die Fallzahlen für akute</p>	<p>FG36</p>
--	--	-------------

	<p>Atemwegserkrankungen immer noch unter dem Vorjahresniveau (im Sommer). Der relative Anteil der COVID-19-Fälle steigt an, jedoch ist die Inzidenz der COVID-19-Fälle bei Kindern und Jugendlichen deutlich geringer als bei den Erwachsenen. Unverändertes Geschehen in den BL. §33 Meldungen sollen im Verlauf stärker aufgearbeitet werden. Der Anstieg in KW24 wird am ehesten auf Ausbruchsgeschehen im LK Gütersloh (Familienmitglieder von Tönnies-Mitarbeitenden betroffen) sowie in Neukölln und Göttingen (jeweils viele Großfamilien betroffen) zurückgeführt.</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>Entfällt krankheitsbedingt.</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Hinsichtlich der Implementierung der Risikobewertung steht weiterhin die Stellungnahme des BMG aus. Herr Wieler wird dies erneut mit dem BMG thematisieren.</p>	
5	<p>Kommunikation</p> <p>Es gibt viele Rückmeldungen zur Maskenpflicht und zu regionalen Lockerungen. Aktuell wird ein Piktogramm für die Maskenpflicht erstellt.</p> <p>Für die Lage in Gütersloh wurden v.a. Materialien in Rumänisch, Bulgarisch und Polnisch als hilfreich empfunden. Frau Bunte (Gütersloh) habe auf ein zusammen mit dem RKI erarbeitetes Flusschema hingewiesen, um dessen Zusendung die BZgA für weiteren Austausch bittet. Im Gespräch mit Frau Bunte sei außerdem deutlich geworden, dass soziale Kanäle noch stärker kultursensibel zu bedienen seien, was die BZgA derzeit umsetze.</p> <p>Es wird darauf hingewiesen, dass das korrekte Maskentragen (inklusive Nasenbedeckung) nicht von allen Personen konsequent durchgeführt werde; dies sollte stärker betont werden. Zudem sollte noch stärker kommuniziert werden, dass die Abstandsregeln auch im Freien gelten. Seitens der BZgA wird erläutert, dass bei den Abstandsregeln nicht zwischen drinnen und draußen differenziert wird.</p>	BZgA/alle
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>Hinsichtlich des Pakts für den ÖGD findet am 08.07.2020 eine Konferenz zwischen dem Bundesminister und den Bundesländern statt.</p>	BMG

	<p>Es wird angeregt, dass Kollegen mit Fachexpertise aus Abt. 3, die aktuell im Corona-Warn-App-Team tätig sind, durch andere MA ersetzt werden.</p> <p>! Während der parlamentarischen Sommerpause ist von geringerer Arbeitslast auszugehen, auch BM Spahn verabschiedet sich in den Urlaub. Präs wird die Problematik mit dem BMG ansprechen und am 08.07.2020 Rückmeldung geben.</p>	
9	<p>Dokumente</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Bei ZBS1 sind 1.088 Proben eingegangen, davon sind 65 positiv (Positivenanteil von 6%). Die Anzahl der Proben ist zurückgegangen. Im Rahmen der Corona-Monitoring-Studie sind in den 2 Hotspots 2 Proben grenzwertig gewesen, die jedoch in der Nachtestung negativ waren. Es liegen keine positiven Nachweise aus den Hotspots vor.</p> <p>! Bei FG17 sind 57 Einsendungen eingegangen, darunter 19 Rhinoviren-positiv.</p> <p>! Bericht der AG Laborkapazität: Das konsolidierte Abschlusspapier soll am 07.07.2020 mit dem BMG und externen Mitgliedern abschließend abgestimmt werden und nach Rücksprache mit BMG auf neuen Seiten zur Teststrategie veröffentlicht werden.</p> <p>! In der AG Diagnostik wird am 07.07.2020 die Kommunikation der Teststrategie diskutiert werden, dafür stellt der vorhandene Bericht eine gute Grundlage dar.</p> <p>! Es wird angeregt, hinsichtlich des Themas Testen, Testen, Testen proaktiv eine kritische Stellungnahme zu Freitestung und Massentestungen vorzubereiten. Insbesondere die in der Muster-VO Quarantäne vorgesehenen „Freitestung“ ist hinsichtlich des derzeitigen Kontaktpersonenmanagements kritisch zu beurteilen; zudem ist unklar, inwiefern die Herkunft eines Tests (qualitätsgesicherte Diagnostik?) verifiziert werden kann. Auch die BL haben sich gegen „Testen, Testen, Testen“ ausgesprochen.</p>	<p>ZBS1</p> <p>FG17</p> <p>AL1/alle</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Am Freitag erfolgte die bedingte Zulassung für Remdesivir. Eine Aktualisierung der Therapiehinweise ist bis Ende der Woche geplant (für die frühe Phase Remdesivir, für die späte Phase Dexamethason vorgesehen).</p>	<p>IBBS</p>
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Nicht besprochen</p>	

<p>13</p>	<p>Surveillance</p> <p>Es gehen regelmäßig Presseanfragen zur Gegenüberstellung der Daten der an und mit COVID-19 Verstorbenen ein. Diese Daten liegen in geringer Qualität vor (etwa 90% an COVID-19 verstorben, 10% mit COVID-19). Es wird diskutiert, ob und wenn ja, wie diese Daten kommuniziert werden sollten. Während in DEU eher eine Überschätzung der an COVID-19-Verstorbenen diskutiert wird, wird international eher eine Unterschätzung angenommen bzw. die deutsche Datenlage aus dieser Sicht kritisch hinterfragt. Die Datenqualität lässt keine Einzelfalldiskussion zu, ggf. kann eine Angabe zur Verteilung (90/10%) mit entsprechender Diskussion der Unsicherheit der Daten gemacht werden, z.B. im Rahmen der Auswertung der Surveillance-Gruppe, in der die Krankheitsschwere inklusive Todesfälle diskutiert wird. Es sollte überprüft werden, ob das ECDC ggf. bereits eine Übersicht über die Berechnung der COVID-19-Todesfälle erstellt hat.</p> <p>Es wird angeregt, mit ausländischen Kollegen einen Übersichtsartikel zur Berechnung der COVID-19-Todeszahlen zu erstellen. Kontakt mit spanischen Wissenschaftlern in Hinsicht auf diese Problematik kann durch ZIG hergestellt werden.</p>	<p>FG32/alle</p>
<p>14</p>	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	
<p>15</p>	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>16</p>	<p>Wichtige Termine</p> <p>Der Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr möchte die ÖGD-Kontaktstelle besuchen; eine Vorstellung soll am Donnerstag ggf. über eine Videokonferenz ermöglicht werden.</p>	
<p>17</p>	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch 08.07.2020, 11:00-13:00</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	08.07.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - Basel Karo
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Marjan Arvand
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
 - Stefan Kröger
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! ZBS1
 - Bettina Rühle
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! BMG
 - Irina Czogiel
- ! Bundeswehr

- Katalyn Roßmann
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>In NRW stärkster Rückgang der Fälle In Bayern Zunahme Nowcasting – Schätzung des R R unter 1 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum BL Fälle gehen kontinuierlich zurück, aber Bayern steigt Geografische Verteilung in Dtl.: 7-Tage-Inzidenz 123 LK keine Fälle; kein LK war über der 35 Inzidenz; sehen hohe Aktivität Düsseldorf, Duisburg, Bayern; dies wird beobachtet. Wochenvergleich Aktuelle/Vorwoche Vgl. aktuelle mit Vorwoche: Um Oldenburg geht die Aktivität nach unten Aber im südlichen Brandenburg etwas mehr: Einige Fälle in einem Schlachtbetrieb. Altersverteilung nach Meldewoche: Ges.-Fälle Anteil Fälle bei Jüngeren mittlerweile stabil; Grund: relativen Fallzahl waren zunächst angestiegen. Frage zu Sterberate nach Altersgruppe: Risikogruppe hohes Alter nicht mehr im Fokus, Immunität? Eher nicht Immunität, sondern verbesserte Hygieneprotokolle in Heimen. Übermittelte Fälle nach Tätigkeit od. Betreuung in Einrichtungen Fälle bei Einrichtungen nach §36 deutlich zurückgegangen, während in Woche 17/18 größere Anteile hatten. Übermittelte Fälle nach Expositionsort Exposition im Ausland wieder vermehrt angegeben: Nach fast Null, jetzt fast 10% der Fälle; muss beobachtet werden Häufigste Expositionsländer im Ausland Serbien mit Abstand am häufigsten genannt Ob die tatsächlich in den genannten Länder bzw. Serbien angesteckt, kann aus den Meldedaten nicht abgelesen werden. Dennoch gibt es aus der Epi-Lag berichte der GÄ, dass viele Fälle eine Serbien angeben, z.B. in BW Aktuelle Ausbrüche Gütersloh: Aktivität der Infektionen relativ niedrig; gerade zweite Testung bei vorher Positiven; zunehmend Entlassungen aus Quarantäne. Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 in ARS (Folien hier) Anzahl der positiven und negative Testungen pro Tag - bundesweit 68 Labore haben ihre Daten ans RKI geben Stabil geringe Anzahl der positiven bei zunehmender Testanzahl Anzahl der positiven und negative Testungen pro Woche -</p>	<p>BZgA</p> <p>BW/FG32</p> <p>FG37</p>
--	---	--

	<p>bundesweit</p> <p>Stabil geringe Anzahl der positiven bei zunehmender Testanzahl</p> <p>Anteil der positiven Testungen an allen Testungen über die Zeit pro Tag</p> <p>Entsprechend Anteil der pos. Testungen stabil gering seit Ende Mai</p> <p>Verzögerung von Entnahmedatum zu Testdatum in ARS</p> <p>Verzögerung Entnahme bis Testung im Labor zeigt einen Anstieg; Erklärung dafür wird noch gesucht</p> <p>Zeitverzug DateExplant - TestDate</p> <p>Vergleich der Verzögerungen in KW24-25 mit KW26-27</p> <p>Zeigt sehr unterschiedliche Testauslastung der Labore</p> <p>Anzahl Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und KW</p> <p>Im Vergleich viel mehr Testungen bei über 80-jährigen</p> <p>Testung haben seit KW23 im Kita- und Schulalter deutlich zugenommen</p> <p>Anteil positiv getesteter Personen nach Altersgruppe und KW</p> <p>Anteil Positive seit KW24 Altersgruppen auf vergleichsweise niedrigem Niveau</p> <p>Zusammenfassend: Testen so viel wie nie und finden sehr wenige Fälle</p> <p><i>ToDo: Keine festgelegt</i></p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Hr. Wieler hat am Montag mit BM Spahn die letzte Pressekonferenz vor der Sommerpause. Hier könnte eine Anpassung der Risikobewertung kommuniziert werden.</p> <p>Dabei ist zu bedenken: 1. Weltweit viel Infektionsgeschehen;</p> <p>2. Anpassung sehr gut erklären wie wir zur neuen Risikoeinschätzung kommen; belegen was eine Höherstufung auslösen kann. Chance in der letzten PK vor Sommerpause, daher gesondert überlegen was in PK hinein soll.</p> <p>Eine Runterstufung wird aus der Runde unterstützt, aber mit Beibehalten der Maßnahmen</p>	<p>Inst.-leitung/ FG32/Abt.3/ FG37/FG14</p>

	<p>Vorschläge für eine jetzige Runterstufung: Wollten erst Effekt der ersten Lockerungen abwarten. Jetzt kann Herabgestuft werden. Tönnies zeigte wie volatil die Situation ist, daher wurde vorher nicht zurückgestuft.</p> <p><i>ToDo: Abt.3 und Presse bereiten inhaltlichen Entwurf vor, der von der neuen Gruppe Risikokommunikation ggf. im wording angepasst wird.</i></p> <p><i>Am Freitag wird Entwurf zur Risikobewertung diskutiert.</i></p>	
<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>Presse</p> <p>Top-Themen der BZgA-Hotline: Psychische Problematik; Unsicherheit bei Reisen durch wechselnde Bestimmungen, dazu Anfragen aus Bevölkerung und Presse. BW bedankt sich abschließend für Aktion in Sonneberg. Dortigen Behörden waren auch sehr dankbar für Unterstützung. Wieler: wünscht sich eine externe Kommunikation der Zus.-Arbeit mit RKI und BW Leitung regt bei BZgA zur erneuten Kommunikation für das korrekte Tragen des MNS an (v.a. im ÖPNV); Beim BZgA sind Solidarität der Bürger miteinander sowie das Schutzverhalten wichtige Themen. Presse hat viele Fragen zu Reisen, v.a. Schweden; Bitte des Internet-Teams: Veränderte Dokumente bitte im Änderungsmodus, damit gezielter ausgetauscht werden kann und die Änderungen nachvollzogen werden können.</p> <p><i>ToDo: An alle: Veränderte Dokumente bitte im Änderungsmodus an webmaster</i></p>	<p>BZgA</p> <p>BW</p> <p>Inst.-leitung/Abt.3</p> <p>Presse</p>
<p>6</p>	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>Wenig Neues: Update zu Raum-Technischen Anlagen BMG wurden mit BMS, BAUA wird dies organisieren unter Teilnahme des RKI, PEI, BfArM; wahrscheinlich in letzter Juliwoche; Im BMG viele Fragen zu Klimaanlage und Ventilatoren, Vorschlag dazu Link auf RKI Website zu den FAQ der BAUA Am Freitag nimmt wg. Urlaub das BMG nicht teil</p>	<p>BMG/Presse</p>

7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Nicht mehr ausdrücklich auf Juni Geschehen hinweisen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>Nicht besprochen</p>	Abt.3
9	<p>Dokumente</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>Die Einsendungen sind weiterhin auf niedrigem Niveau (10 Proben/Tag)</p> <p>keine Corona Nachweise</p> <p>Einsendungen und Nachfragen zu Abstrichmaterial höher als in den Vorjahren, aber niedriger als im letzten Quartal</p>	FG17
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Aktualisierte Entlassungskriterien sind online: Achtet darauf alle Dokumente daraufhin anzupassen. V.a. dem Ct-Wert (FG36 Erregersteckbrief; widerspricht sich mit Entlasskriterien; F37 zum Kontaktmanagement bei Medizinischem Personal nur aktuelle verwenden)</p> <p>Stefan gibt dies an das Steckbrief Team weiter</p> <p>Die Verschärfung in den Entlassungskriterien sind bewusst vorgenommen, da die ruhigere Lage dafür Raum gebe.</p> <p><i>ToDo: An alle: Anpassung aller Dokumente, die sich auf aktualisierte Entlassungskriterien beziehen.</i></p>	ZBS1 (Fr. Ruehe)/ FG36/Abt.3/ Inst.-leitung
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>Update DEMIS Roll-out:</p> <p>2 Schritte des Roll-out bei GÄ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zunächst ein Software-Update durchführen (148 GÄ ein Drittel der GÄ könnte auf DEMIS zugreifen), 2. GÄ benötigen ein Zertifikat (108 GÄ) <p>57 GÄ haben alles</p> <p>Labore in SH, Bremen sind DEMIS Nutzer, bundesweit fragen weitere Labore an</p>	FG32 (Fr. Diercke)

	<p>AGI gab es viele Nachfragen aus den BL zum Stand: vieles geklärt und Seuchenreferenten eingebunden Geht gut voran</p>	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>Im LZ nach wie vor viel zu tun. Schwierigkeiten die Schichtleitung zu besetzen. Hoffen, dass durch ParlamentsSommerpause weniger wird. Wieler hat mit Hr. Holtherm gesprochen; BMG auch viel zu tun Erlasse werden nun wieder über die Leitung nicht direkt LZ Hr. Wieler fragt in seiner Abt. nach Bereitschaft zur personellen Unterstützung des LZ Es fehlt Schichtleitung und Int. Komm. Beide Position benötigen Erfahrung; Aufgabe und Lageprotokoll kann ohne Erfahrung ausgeführt werden; Presseliasion Unterstützung mit med. Hintergrund kann dies auch durchführen; Lageprotokoll viel Arbeit auch dafür Unterstützung wichtig; Hr. Wieler teilt mit, dass die 40 Stellen für ÖGD-Kontaktstellen besetzt werden können. LZ wird durch BMG am Wochenende noch gewünscht. Aber Lagebericht Sa und So kürzer. Klärung durch Herrn Wieler mit BMG, ob am Wochenende keine Lageberichte mehr nötig ist.</p>	<p>Abt.3/Inst.- leitung/FG32</p>
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>Videokonferenz des Deutschen Pathologen-Vereins; Wer möchte teilnehmen? (E-Mail 6.7.20, 16:08) Wöchentlicher Bericht zum Arbeitsschutz, wird vertagt, weil Frau Sasse nicht anwesend ist. Bleibt auf TO!</p>	
17	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Freitag, 10.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	10.07.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Udo Buchholz
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Julia Sasse
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! P1
 - Mirjam Jenny
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Luisa Denkel

- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: Top 3 sind USA, Brasilien und Indien, alle drei mit R-Werten (knapp) über 1, Brasilien abnehmende, USA und Indien steigende Tendenz ○ 7-Tages-Inzidenz/100.000 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 22 Länder mit Inzidenz >50/100.000 heute, leichte Abnahme (vorher 24), es sind keine neuen Länder hinzugekommen ▪ In Europa sind es Armenien und Montenegro mit knapp 127 bzw. 62/100.000 ▪ Schwedens Inzidenz liegt jetzt bei 40/100.000 ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ o.g. top 3 Brasilien, Indien und USA ▪ USA jetzt täglich neue Rekord-Fallzahlen, in Florida sind 84% der IST ausgelastet, es gibt viele neue Fälle auch in Gefängnissen ○ Europa – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vor allem in Osteuropa und Balkanstaaten starker Anstieg der Fallzahlen: Bosnien & Herzegowina, Bulgarien, Kosovo, Serbien ○ Asien – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin steigende Falzzahlen in Indien, Indonesien, Israel, palästinensischen Gebieten, Philippinen, VAE ○ Afrika – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin viele neue Fälle in Südafrika, auch in Kenia, Madagaskar und Algerien ▪ Kenia: anerkannte „community transmission“ ▪ Madagaskar: steiler Anstieg mit 1.270 Fällen/letzte 7 Tage, wird noch als „cluster of cases“ und nicht community transmission gehandelt ○ Ozeanien/Australien – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Australien überschreitet Schwelle von 700 Fällen ▪ Am Mittwoch wurde für gewisse Gebiet, für den Großraum Melbourne und Shire of Mitchell wurde ein vollständiger Lockdown seit für die nächsten 6 Wochen etabliert <p>! Israel Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ >33.000 Fälle, 344 Todesfälle, 7-Tages-Inzidenz jetzt 82/100.000 und ansteigend 	ZIG1

- >1 Mio. Tests, Positivanteil 3,2%
- Entwicklung der Fallzahlen (s. Folien): blaue Kurve kumulative Fallzahlen, grau Genesene, grüne Balken Fallübermittlung
- 19. März Ausnahmezustand, Anfang Mai erste Öffnung von Geschäften, ab 09.05. Kitas und Schulklassen
- 27.05. gab es Feiertage zu denen die Öffnung von Hotels, Pools, Restaurants trotz erneut steigender Fallzahlen veranlasst wurde, im Juni weitere Öffnung von Veranstaltungsorten bzw. Events (Bars, Nachtclubs, Hochzeiten, mit bis zu 250 Gästen)
- Schulausbrüche
 - Nach der erneuten Öffnung wurden die Klassen zunächst klein gehalten, es ging aber schnell wieder in den Normalbetrieb über
 - Kindertransport in Schulbussen, diese sind oft überfüllt, Abstandshaltung unmöglich
 - Schulcluster Ende Mai: asymptomatischer Super-spreader an einem Gymnasium in Jerusalem, 160 Fälle wurden mit diesem Cluster assoziiert, Abstandsregeln und Maskenpflicht wurden nicht eingehalten
 - Auch kleinere Ausbrüche in weiteren Schulen, >100 Schulen und Kitas wurden wieder geschlossen (1 positiver Fall! Schließung), Schüler, Schulbusfahrer und Lehrer wurden positiv getestet
- In Israel machen 10-19-jährige Fälle 18% aller aus, allerdings ist die Altersverteilung in der Bevölkerung auch sehr anders als bei uns (Altersmedian in Israel 29, in Schweden und Deutschland >40/45 Jahre)
- Die erneut steigenden Fallzahlen sind vor allem den Lockerungen zuzuordnen, im Rahmen derer Abstandsregeln und Maskenpflicht nicht eingehalten wurden
- Public Health Direktorin ist am 07.07. zurückgetreten
- Information von Julia Sasse (IBBS), die in Kontakt mit Partnern vor Ort ist: Gesundheitsministerium hat die Einschätzung, dass Lockerungen zu früh waren, außerdem gibt es zu geringe Testkapazitäten, zu wenig Personal für KoNa, das Vertrauen der Bevölkerung in die Behörden ist gering
- Erneute TK mit israelischen Kollegen ist nächste Woche geplant, auch speziell zum Thema Schule, Julia Sasse, Walter Haas nehmen daran teil
- Keine Information zur Verteilung der Fälle nach orthodoxer vs. nicht-orthodoxer Gemeinschaft
- Israel hatte eine Hitzewelle während der die

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>MNB-Empfehlungen zeitweise zurückgezogen wurden, dies hat zu Verwirrung in der Bevölkerung geführt</p> <p>! Zusammenfassung Gesamtsituation International</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ USA größter Anteil neuer Fälle (52%) ○ Asien weiter Anstieg und hohe Fallzahlen ○ Afrika 5% neuer globaler Fälle ○ Anstieg Osteuropa und Balkanländer ○ Ozeanien Anstieg und Melbourne-Lockdown <p>! WHO hat eine Kommission für die Evaluierung der COVID-19 Reaktion (Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response IPPR) kreiert, geleitet wird diese durch Neuseelands ehemalige Premierministerin Helen Clark und die ehemalige Präsidentin von Liberia Ellen Johnson Sirleaf, erste Zwischenergebnisse werden im November erwartet</p> <p>! UK-Studie in Nature zu Risikofaktoren für COVID-19 Todesfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Neben bekannten Faktoren (Grunderkrankungen, männliches Geschlecht) wurden auch sozio-ökonomische und ethnische Faktoren identifiziert ○ Wichtiger Artikel, arbeitet soziale Faktoren heraus ○ Public Health England hat einen interessanten Bericht hierzu geteilt (Link hier) ○ In vielen Ländern wird deutlich, dass prekäre Gruppen besonders betroffen sind, das RKI sollte dies auch in Deutschland untersuchen ○ Abt. 2 Auswertung zu sozioökonomischem Index <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallzahlen diverser, nach diesem Index klassifizierter Regionen werden gegenüber gestellt ▪ Anfangs erschien dies durch die Skiurlaubrückkehrer in BY und BW umgekehrt ▪ Im Verlauf der Pandemie treten in Regionen, in denen der sozioökonomische Index eher niedrig ist, vermehrt Fälle auf ▪ Soll im Journal of Health Monitoring veröffentlicht werden ○ ZIG arbeitet mit WHO EURO und LSHTM an einem Projekt zu „health equity consequences“, es handelt sich um eine Politikanalyse, Deutschland ist eines von 8 Ländern in der europäischen Union, das in der vergleichenden Studie angeschaut wird, RKI-intern Zusammenarbeit mit FG28 	<p>FG32</p>
--	--	-------------

- ! Fragen zur internationalen Situation an ZIG
 - Situation Algerien: Fallanstieg und Nähe zu Frankreich
 - Situation Türkei

ToDo: Zig soll für nächste Woche bitte näheren Blick auf beide o.g. Länder werfen

National

- ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](#))
 - Lage generell ruhig, freitags meist größter Anstieg im Vergleich zum Vortag, aktuell Lage relativ stabil
 - SurvNet übermittelt: 198.178 (+395), davon 9.056 (4,6%) Todesfälle (+8), Inzidenz 238/100.000 Einw., ca. 184.000 Genesene, Reff=0,80, 7T-Reff= 0,90
 - !
 - R-Werte im Rückgang
 - BL: MV in letzten 7 Tagen kein Fall, die meisten Fälle aus NW, verteilt über diverse LK
 - Fallzahlen in „Problemkreisen“ im Rückgang, 1/3 aller Kreise ohne Fälle letzte Woche, 235 Kreise mit sehr wenigen Fällen, nur 1 LK (Gütersloh) >25/100.000
 - Minusfälle in der Falltabelle
 - Kommen leider regelmäßig vor, Grund sind nach-tägliche Datenabgleiche und -Korrekturen
 - Fallzahlen werden tagesaktuell ohne Qualitätskontrolle (z.B. auf Erfüllung der Falldefinition oder nicht) veröffentlicht, teilweise werden auch alte Fälle wieder herausgenommen
 - Gründe sind z.B. Ausbrüche in Asylstätten oder Unternehmen (Tönnies), manchmal werden Personen mit unterschiedlicher Schreibweise doppelt geführt und im Nachhinein korrigiert
 - Dies wurde mittlerweile auch von den Medien aufgrund der RKI-Erklärungen akzeptiert

- ! Ausbrüche
 - Gütersloh
 - Fallzahlen und Inzidenz rückläufig, umfangreiche zweite Personentestung derer, die negativ waren, hat nicht vermehrt positive Fälle aufgezeigt
 - Kaum/keine zusätzlichen Fälle in der Allgemeinbevölkerung
 - RKI-Unterstützung wurde hochgelobt und sehr geschätzt, große Anzahl von RKI-MA war über mehrere Wochen hierzu tätig
 - Erfahrung hat aufgewiesen, wo Schwierigkeiten liegen: selbst wenn erfahrene Personen mitarbeiten, sind komplizierte

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>politische Verhältnisse zusätzlich erschwerend</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Moers Dönerfleischproduzent: erneute Positivtestung von MA, Anzahl infizierter angewachsen, Versuch der frühzeitigen Erkennung neuer Fälle <p>! Labortestungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Haben in KW27 neues Hoch erreicht (fast eine halbe Million), dabei historisches Tief der Positivergebnisse (<3.000, 0,6%) ○ Anzahl der übermittelnden Labore war kleiner als in den Vorwochen ○ Testkapazitäten sind erneut angestiegen, es können >1 Mio. Tests durchgeführt werden ○ Erneut haben einige Labore Rückstau und Lieferschwierigkeiten gemeldet <p>! Mortalitätssurveillance destatis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rote Kurve stellt vom RKI gelieferte Daten zu COVID-19 dar ○ Generelle Sterbefallzahlen befinden sich auf ähnlichem Niveau wie die der Vorjahre ○ Es wurden nur Daten bis KW23 ausgewertet da die Daten dem statistischem Bundesamt nur verzögert vorliegen (wenn auch aktuell schneller als normalerweise) 	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>SEEG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Kollegen des SEEG Einsatzes nach Togo, der abgebrochen wurde sind heile wieder in Deutschland zurück, nicht mehr in Quarantäne und negativ getestet ! Relativ viele Aktivitäten im Bereich der SEEG diese Woche, BMZ Minister Müller hat sich auf SEEG fokussiert, Treffen mit parlamentarischen StaatssekretärInnen, BMZ will SEEG ausbauen als zentraler Punkt im globalen Gesundheitsschutz, auch besonders fokussiert auf Corona in naher Zukunft <p>WHO</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Muna Abu Sin ist auf einem WHO Einsatz in Turkmenistan ! Jan Baumann ist vor 1 Woche aus Tadschikistan zurückgekehrt und soll erneut für ein Labortraining in 10 Tagen hinreisen ! Armenien: sehr aktives COVID-19-Geschehen, Montag fährt ein Emergency Medical Team (EMT) dank RKI-Unterstützung nach Armenien, armenische Botschaft hat den Einsatz ebenfalls stark unterstützt <p>AA & Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ! AA plant im EU-Ratspräsidentschaft-Rahmen 	<p>ZIG</p>

	<p>Pandemiedialoge</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ COVID-19-Epidemie soll als Chance für einen größeren Dialog mit Partnern benutzt werden ○ Unterschiedliche Länderreferate des AA haben sich mit RKI in Verbindung gesetzt ○ z.B. letzte Woche Lateinamerika und Karibik, dort gibt es bisher keine GHPP Projekte und weniger Erfahrung ○ RKI strebt eine Aufteilung mit der Charité, die dort in Diagnostik sehr aktiv sind, an ○ AA hat große Pläne diese Chance zu nutzen um sich einzubringen ○ Weiterführende Gespräche mit BMG und AA geplant, RKI wird dazu eingeladen <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ AA, BMG und BMI haben beschlossen Risikogebiete nur noch alle 2 Wochen zu aktualisieren, heute gibt es keine neue Liste, jedoch Überlegungen ob morgen die Schweden-Reisewarnung aufgehoben wird, RKI wird hierüber noch informiert ○ Die Liste der Risikogebiete (bisher wöchentlich, entschieden durch BMI, AA, BMG) und die Europakarte (täglich, basierend auf übermittelten Daten, wenn auch evtl. nicht vollständig) auf RKI-Webseite sorgen für Verwirrung, z.B. zu Schweden ○ BMG und AA wünschen Erweiterung auf Weltkarte ○ Herr Sangs hat gefragt ob RKI eine Tabelle mit Inzidenzen veröffentlichen kann, da die Inzidenz in der Quarantäne-Muster-VO explizit genannt wird und die Bevölkerung gerne eine verlässliche deutsche Informationsquelle hätte ○ Karte wäre übersichtlicher und mit Verweis auf ECDC der Liste vorzuziehen (verlässliche(re) Daten) ○ Dies wird nächste Woche weiter geklärt <p>Ergänzungen Präs</p> <p>! WHO plant einen Einsatz nach China, Ziel ist die Aufklärung des tierischen Reservoirs, ggf. nimmt Präs teil, Zeitpunkt steht noch nicht fest (Flugverkehr und Akzeptanz von Expertenbesuch aktuell schwierig)</p> <p>! Die STAG-IH bereitet einen Comment für den Lancet vor über die Beschreibung und Bedeutung der COVID-19-Übertragung, Gedanken für die Zukunft, wie kommen wir über den Winter usw., soll nächste Woche verschickt werden</p>	Präs
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! RKI darf Risikobewertung nach BMG nun herunterstufen</p> <p>! Präs hat gestern hierzu Gespräche geführt und tendiert zum Erhalt der aktuellen Bewertung aus folgenden Gründen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zunehmende Kritik und Nachlässigkeit, z.B. bezüglich der Masken-Benutzung (mehr als anfangs erwartet), Ärzte stellen freigiebig Atteste zu MNB-Freiheit aus, usw. ○ Reiseverkehr stark zunehmend, Wahrscheinlichkeit des Imports wächst ○ Mehr Evidenz, dass Virus eine Reihe von Folgeschäden hervorruft, auch mild-symptomatische Fälle mit teilweise schweren Konsequenzen <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufmerksamkeit auf Risikobewertung ist aktuell nicht so groß, Änderung würde Nachfragen provozieren ○ In der Bevölkerung herrscht ein breites Spektrum der Risikowahrnehmung, schwierig, den richtigen Weg zu finden ○ Nur noch Möglichkeit einer Stufenerhöhung bzw. Eskalierung (zu allerhöchstem Niveau) ○ Wir sollten zufrieden sein wie gut es eigentlich läuft ○ Bevölkerung bleibt aufmerksam, Pressebriefings werden wieder stattfinden und erhalten viel Aufmerksamkeit, diese mündlichen Aussagen haben größeren Impact als die Anpassung der Risikobewertung <p>! Der Text zur Risikobewertung und wie diese erlangt bzw. abgestimmt wird sollte verschärft werden</p> <p><i>ToDo: LZ/FG36/Abt. 3 Anpassung des Textes, bessere Erklärung, wie die Risikobewertung erlangt wird</i></p>	Präs/alle
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Bemerkung zu Kommunikation Risikobewertung: es gibt eine Diskrepanz im Text, einerseits ist die Anzahl der Fälle rückläufig, andererseits das Risiko weiter insgesamt hoch (generalisierter Wert für gesamte Bevölkerung), sollte ggf. differenzierter dargestellt werden, weiterhin vor allem lokale Geschehen mit regional deutlich unterschiedlichen Risiken</p> <p>! Update BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zuschriften bezüglich der steigenden Anzahl von fake News Publikationen, die die Risiken und Existenz des Virus leugnen, seriöse Institutionen müssen dem entgegen treten ○ Zunehmend Anfragen (auch von Fachkollegen 	BZgA

	<p>und Personen aus spezifischen Fachbereichen) zur Effektivität von Bedeckungen aller Art, BZgA verweist auf Publikationen oder zuständige Institutionen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anfrage zu Immunität und Infektiosität: aktuell wird davon ausgegangen, dass neutralisierende Antikörper (AK) einen Schutz geben, aber es ist nicht klar, inwie-weit Immunität besteht, die anders als über AK vermittelt ist, außerdem besteht das Risiko falsch positiver Testergebnisse, diese Fragen sind alle noch nicht abschließend beantwortet <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gestern Veröffentlichung zu COVID-10 im Flugzeug im EpiBull ! Montag Veröffentlichung des SeBluCo-Zwischenberichts ! Letzterer wird auch Thema in der Bundespressekonferenz am Montag von Präs mit Herrn Spahn sein, daneben Themen epidemiologische Situation, Appell an AHA-Regeln, Zwischenbilanz der Corona-Warn-App ! Gemeinschaftsunterkünfte-Papier <ul style="list-style-type: none"> ○ Wurde endlich veröffentlicht, herzlichen Dank an alle, die bei dieser sehr schweren Geburt geholfen haben ○ Integrationsbeauftragte Widmann-Mauz hatte das RKI kontaktiert, wurde dann aber (wenn überhaupt) nur durch/über BMG beteiligt ○ Abstimmung lief insgesamt auf kuriose Weise <p>COVID-19 unter prekären Lebens-/Arbeitsumständen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bei bestimmten prekären Arbeits- und Lebensverhältnissen gibt es vermehrt Ausbrüche (z.B. Erntehelfer), ähnliche Umstände gibt es auch im Baugewerbe, gibt es Hinweise, dass es hier auch vermehrt zu Fällen kommt? dem RKI ist diesbezüglich aktuell nichts bekannt ! Gibt es eine Zusammenstellung der bisher bekannten Ausbrüche in diesem Kontext? (Ernte, Betriebe, usw.) <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt eine Liste aber keine wissenschaftliche Auswertung der Ausbrüche ○ Abt. 3 nimmt dies als Anregung auf ○ Christina Frank hat Daten zu fleischverarbeitenden Betrieben angeguckt, auch Daten zu Musikveranstaltungen/Chören werden untersucht ○ Die Daten aus dem Meldesystem dienen begrenzt hierzu und eine quantitative Auswertung ist möglicherweise nicht sehr belastbar ○ In der Hochphase wurden Ausbrüche nicht systematisch (bzw. mehrfach) angelegt ○ Die Auswertungsgruppe hat dies bereits besprochen, Herr an der Heiden und Herr Schuhmacher haben Daten exploriert um zu gucken, welche Informationen herausgeholt und bewertet 	<p>Presse</p> <p>Präs/alle</p> <p>IBBS</p>
--	--	--

	<p>werden könnten</p> <p>Bericht aus dem Arbeitsministerium (Julia Sasse)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Freitags soll nun immer von BAUA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin)/ABAS (Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe) berichtet werden ! Arbeitsschutz diskutiert mit großer Gruppe inkl. Länder, Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Unternehmen, usw., Abstimmung dauert deswegen lange und ist mit technischen Regeln unterlegt ! ABAS Beschluss 609 zu nicht impfpräventabler Influenza wird nun angepasst zu „nicht-präventablen respiratorischen Erregern“, dies wird auch ans LZ geschickt damit RKI-Input einfließen kann ! BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) ist auch immer sehr an proaktiver Einbindung interessiert (Berufsgenossenschaften), hilfreich wenn Erkenntnisse ausgetauscht werden können <p><i>ToDo: LZ bitte diesen Punkt immer freitags auf die Krisenstab Agenda (ggf. unter einer anderen Rubrik?)</i></p> <p>Intersektorale AG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mardjan Arvand war gestern bei einem BMAS Treffen mit verschiedenen Institutionen inklusive BMG dabei, es ging um Aerosole und den nächsten Winter ! Die Gründung einer AG verschiedener Ministerien und untergeordneter Institutionen (BMAS, RKI, Verkehrsministerium, Landwirtschaftsministerium) wurde beschlossen, weitere Berichte folgen 	
<p>6</p>	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMG Liaison heute entschuldigt 	
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>RKI externe Beratergruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Informelle Experten-Berater-Gruppe (14-15 Personen) die Präs berät wurde etabliert ! Alle 2-3 Wochen findet eine Videokonferenz statt um deren Input mit aufzunehmen ! Das ZIG Strategie Papier wurde mit diesen geteilt und ist aktuell in Überarbeitung, hoffentlich Ende nächster Woche fertig ! Papier wird danach auch noch einmal dem Krisenstab vorgelegt <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	

<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <p>Austausch FG37 mit KBV (Herr Hauch)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Veränderungen zu Testungen (wer wie testet): niedergelassene Ärzte sind verwirrt, Herr Hauch hat gebeten, jetzt aufgrund der Verwirrung nichts mehr zu ändern, die KBV erstellt Papiere, die die Ärzte informieren ! Frage von Herrn Hauch: Ist Impferfassung über DEMIS machbar? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ole Wichmann ist hierzu mit BMG in engem Austausch ○ COVIMO Projekt wird ggf. beantragt ○ Fragestellung: wie können in Deutschland Daten ohne ein Impfregister erfasst werden? ○ Anbindung an DEMIS ist möglich, abhängig davon wie/wo geimpft wird ○ Wenn Impfung in Impfzentren stattfindet ist es relativ wenig Aufwand diese einzubinden und eine zentrale Erfassung zu ermöglichen ○ Wenn Impfung durch Hausärzte erfolgt wie das BMG wünscht, dann ist es schwierig diese einzubinden, dies braucht viel Zeit ○ Wöchentliche TK mit BMG um Projekt vorzubereiten <p>Entlasskriterien in Alten und Pflegeheime</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Diskussion über Verkürzung auf 10d, FG37 kann versuchen, Studie hierzu durchzuführen, dies ist aber nicht einfach und ressourcenintensiv, zunächst entwickelt FG37 ein Papier, in interner Diskussion Einigung dass 10d + 2d Symptomfreiheit ! Bei Altenheimen immer negative PCR notwendig wegen des Risikoseettings ! Präs berichtet von Minister TK diese Woche auch mit ECDC: die 14d wurden nicht angezweifelt, sollte nicht verkürzt werden <p>Überarbeitung von RKI-Empfehlungen und Dokumenten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FG37 überarbeitet Empfehlungen zu KoNa Management, daran sind auch andere Papiere gekoppelt ! Wenn Sachen geändert werden, sollen federführende OEs/MA bitte immer mit bedenken, welche Dinge damit verbunden sind ! Aktuell gibt es etwas mehr Ruhe um die RKI-Dokumente vor dem Herbst gut zu überarbeiten! Sicherstellung der Kongruenz und Stimmigkeit der Dokumente untereinander <p><i>ToDo: Überprüfung von Dokumenten in der ruhigen Sommerzeit, betrifft die, die FF für die diversen Dokumente haben</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Projektgruppe Wissenschaftskommunikation, im Krisenstab vertreten durch Mirjam Jenny, kann auch über Dokumente gucken (z.B. zur Sprachvereinfachung) 	<p>FG37</p>
<p>9</p>	<p>Labordiagnostik</p>	

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 721 Proben erhalten, davon 27 (<4%) positiv, rückläufig <p>Diagnostik Papier</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Viele Anfragen, die sich um die Entlasskriterien und Ct-Werte drehen, diese können nicht einfach ad-hoc beantwortet werden, da es von den Methoden abhängig ist ! RKI-Dokumente sind aktuell nicht konsistent, Anpassung des Diagnostik Papiers wurde verzögert, Steckbrief ist in aktualisierter Version online ! Ct-Wert Interpretation sollte im Diagnostikpapier (und nicht im Entlasspapier) erklärt/geklärt werden ! In EuroSurveillance Auswertung des neuen Ringversuches scheint es als ob Viruslast (an der wir vermuten Infektiosität hängt) nicht so viel Einfluss auf Ct-Wert hat, sollte RKI überhaupt Ct-Wert nennen? ! ZBS 1 & Abt. 1 stimmen Diagnostikpapier Text ab, Widerspruch zwischen RKI-Dokumenten muss behoben werden ! Nach der Anpassung ggf. auch FAQ Erstellung/Anpassung <p><i>ToDo: Anpassung und Fertigstellung des Diagnostik Papiers durch ZBS1 und FG17</i></p>	<p>FG17/ZBS1/ IBBS</p>
<p>10</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	<p>IBBS</p>
<p>11</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen ! 	
<p>12</p>	<p>Surveillance</p> <p>ICD-10 Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! RKI wurde von DIMDI/BfArM hinsichtlich der ICD-10 Kodierung zu COVID-19-Fällen kontaktiert (Testung, Fall, Verdachtsfall) ! Die Kodierungsempfehlungen werden aktuell mit den betroffenen Instanzen abgestimmt (KBV u.a.) ! Die RKI Empfehlungen beziehen sich meist auf bestimmte Anlässe und nutzen ggf. andere Kriterien ! Ein BfArM-Papier ist in Arbeit, es soll aktuell kein gemeinsames, abgestimmtes Unterfangen werden ! Montag gibt es erneut ein Gespräch hierzu: sollte es Änderungen geben, wird der Krisenstab informiert, da dies potentielle Auswirkung auf Diagnostik, Meldeweg, usw. hat 	<p>FG32</p>
<p>13</p>	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p>	

	<p>BMG Erlass: Empfehlung zu Kreuzfahrten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMG wünscht Stellungnahme zu Empfehlung des AA bzgl. Kreuzfahrten, Anlass email 18:50 9.7.2020 von Kreuzfahrtgesellschaft CLIA ! Kurzfristiger Erlass, BMG wünscht RKI-Äußerung zu CLIA Empfehlungen ! CLIA hat ein 3-Schritte-Konzept entwickelt, um ab Spätsommer den Kreuzfahrt-Verkehr wieder aufzunehmen, es sollen nur bestimmte Länder angefahren und ausgewählte Staatsangehörige transportiert werden ! BMG soll diesem zustimmen und will nun RKI Stellungnahme ! RKI-Antwort wird relativ nichtssagend <p>Anfragen spezifischer Branchen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Alle Erlasse dieser Art (DFB, Handball, Kreuzfahrten, usw.) sollen so unspezifisch wie möglich beantwortet werden ! RKI wird sich nicht instrumentalisieren lassen, sondern auf unsere Empfehlungen verweisen, keine Bewertung oder Empfehlungen für bestimmte Veranstaltungen oder Branchen ! FG14 hatte bereits eine gute Einleitung hierfür erstellt, in der auf die Prinzipien der RKI-Empfehlungen verwiesen wird 	<p>FG32</p> <p>Präs/alle</p>
<p>14</p>	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Diese Woche wird die Belastung unter den neuen Schichtzeiten beobachtet: es ist etwas ruhiger, und abends sind nicht mehr so viele Überstunden notwendig, ggf. noch leichte Anpassungen ! Es bleibt die Frage des Vorgehens am Wochenende <ul style="list-style-type: none"> ○ Ziel ist, die Wochenendberichterstattung einzustellen! Ute Rexroth schreibt Herrn Rottmann, Präs spricht mit Herrn Holtherm ○ Dieses Wochenende noch wie gehabt, dann hoffentlich in kommenden Wochen reduzieren um MA Erholung zu ermöglichen ! Wegen u.a. Urlaub ist die Personaldecke aktuell dünn und die Arbeitsbelastung für die verbleibenden MA hoch 	<p>FG32</p>
<p>15</p>	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	<p>alle</p>
<p>16</p>	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Montag, 13.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	13.07.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Nadine Zeitlmann
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - Nadine Muller
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Mirjam Jenny
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Eva Krause

- ! ZIG1
 - Luisa Denkel
 - Sandra Beermann
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier), weltweit >12 Mio. Fälle, >500.000 Todesfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: Top 3 weiterhin USA, Brasilien und Indien ○ Bis auf Russland und Saudi Arabien verzeichnen alle eine steigende Tendenz ○ Neu in der Liste Argentinien, Ende Juni wurden dort erneut Restriktionen eingeführt, vor allem in Buenos Aires ○ 7-Tages-Inzidenz/100.000 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 27 Länder mit Inzidenz >50/100.00 (Fr waren es 22) ▪ Amerika: 6 neue Länder, Virgin Islands, Puerto Rico, Argentinien, Turks and Caicos, Costa Rica ▪ Asien: Kirgisistan neu ▪ Europa: Luxemburg neu, auch Anstieg der Testkapazitäten ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiter Brasilien, Indien, USA ▪ Südafrikaneu ist hinzugekommen, seit Sonntag landesweite Ausgangssperre, Alkohol Verkauf wurde untersagt ○ Europa – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallzahlanstieg weiterhin vor allem in Osteuropa und Balkanländern ▪ Schweden ist nach Fallzahlabnahme nun unter der Schwelle von 50/100.000, am 13.06. Beginn der landesweiten Sommerferien bis Ende August ○ Asien – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg in Indien, Indonesien, Philippinen, Israel, Irak und auch in Kirgisistan und Usbekistan steigender Trend ○ Afrika – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) ○ Anstieg in zahlreichen Ländern, z.B. Algerien, Madagaskar, Südafrika u.a. ○ Australien – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seit 08.07. Lockdown im Raum um Melbourne, langsamer Fall-Rückgang <p>! Algerien Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 18.712 Fälle, 1.004 Todesfälle (5,4%), 7T- 	ZIG1

	<p>Inzidenz 7/100.000 Einw.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenig Info zu den verfügbaren Testkapazitäten ○ Nach WHO community transmission, Fallanstieg steht mit Maßnahmenlockerung im Zusammenhang ○ Grenzen sollen bis zum Ende der Pandemie geschlossen bleiben, es gibt eine schrittweise Lockerung der nationalen Maßnahmen (Verkehr, Geschäftsöffnungen) aber eine Sperrzeit und Lockdown in 20 Gemeinden ist aktuell etabliert, seit Ende Mai besteht eine allgemeine Maskenpflicht <p>! Türkei Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 211.981 Fälle, 5.344 Todesfälle (2,5%), 7T-Inzidenz 9/100.000 Einw. ○ Auch hier keine Info zu den verfügbaren Testkapazitäten, offiziellen Daten zufolge gibt es täglich 50.000 Tests, Positivrate 2-3% ○ Inzidenz in den Provinzen variieren zwischen 1-19/100.000 also insgesamt recht niedrig, die höchsten Inzidenzen gibt es in Istanbul gefolgt von Südost Anatolien und dann West Anatolien <p>! Zusammenfassung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Amerika: noch stets der Großteil (60%) neuer Fälle ○ Asien: steigende Fallzahlen, v.a. Indien, Indonesien, Philippinen, Israel ○ Afrika: >100.000 neue Fälle (8% der weltweiten), Tendenz steigend, >65% davon aus Südafrika ○ Europa: weiter Anstieg in Osteuropa und Balkan ○ Ozeanien: Australien ~1.000 Fälle/letzte 7 Tage <p>! Studien/Artikel/News</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ WHO warnt vor COVID-19-Entwicklungen in Afrika, >500.000 Fälle ○ WHO Einsatz in China <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 Experten (Epidemiologe und Tierarzt) sind vor Ort, zunächst politische Mission ▪ Tierreservoir soll untersucht werden ▪ Präs ist einer der vorgeschlagenen Experten für die Teamerweiterung <p>! Reiseverkehr Europa</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Heute Abend gibt es eine TK mit BMG zu Schweden, Luxemburg, usw. ○ Letzten Freitag gab es bereits einen Austausch mit BMG hierzu mit den besonders betroffenen BL wie SL und RP, die an Luxemburg angrenzen! erhebliche Folgen wenn Luxemburg als Risikogebiet ausgewiesen wird, BMG steht deswegen im Austausch mit den 	<p>FG32</p>
--	--	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p style="text-align: center;">Seuchenreferenten hierzu</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 198.963 (+159), davon 9.064 (4,6%) Todesfälle (+1), Inzidenz 239/100.000 Einw., ca. 185.100 Genesene, Reff=1,00, 7T Reff= 0,83 ○ Am Wochenende gibt es generell weniger Diagnostik, Identifizierung und Übermittlung von Fällen, manche BL übermitteln gar nicht, auch gibt es dann häufiger technische Probleme ○ Die Lage scheint insgesamt stabil ○ MV weiter Null Fälle, auch ST seit mehreren Tagen keine Fälle (in Magdeburg ist die Lage ruhig) ○ 7T-Inzidenzen: gemittelter Wert für alle BL (orange-farbene Linie) nimmt ab, leicht ansteigende Tendenz z.B. in BY durch kleinere Ausbruchsgeschehen ○ 122 Kreise haben keine Fälle, 239 sehr niedrige Fall-zahlen, nur 51 Kreise haben eine 7T Inzidenz >5, ein Kreis hat mit 7T Inzidenz >25/100.000 (Gütersloh) ○ In Bad Tölz gibt es einen Ausbruch in einem Asylbewerberheim, es fanden Reihenuntersuchungen statt und das gesamte Haus wurde gescreent ○ Generell diverse kleinere Geschehen, teilweise familiäre Ausbrüche ohne eindeutigen Infektionsherd ○ Keine Neuigkeiten zu bereits bekannten Ausbruchs-geschehen <p>! Es gibt Signale aus einigen Großstädten, sind dies Ausbrüche oder Einzelfälle die keinem Ausbruchsgeschehen zugeordnet werden können?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Städte werden im Blick behalten, es ist nicht immer deutlich warum es hier teilweise viele Fälle gibt da diese nicht immer gut zugeordnet werden können, es ist unsicher, ob sich Geschehen dahinter verbergen ○ Nachfrage zu Städten (z.B. Düsseldorf, FG37 weiß zufällig von KKH Ausbruch dort) ist nicht immer ergiebig, Fälle sind keinem Ausbruch zugeordnet ○ Darstellung der Fallzahlen sollte wieder in die Lage-Präsentation aufgenommen werden ○ Großstädte mit ≥ 500.000 Einwohnern sollten genauer angeschaut und bei Bedarf untersucht werden ○ ÖGD Kontaktstelle wird Aufklärung schaffen, diese soll beim Ausbruchsmontoring unterstützen ○ Das Signale Projekt in Abt. 3 wird basierend auf dem Meldedatensystem kontinuierlich in enger 	Präs/alle
--	---	-----------

	<p>Zusammenarbeit weiterentwickelt/erweitert und verfeinert und kann bereits genutzt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dies sollte an die Städte zurückgespiegelt werden, um zu sehen, ob Fälle aus bekannten Geschehen kommen oder nicht zugeordnet werden können ○ Ziel wäre, dass GA selbst das Dashboard nutzen, die Visualisierung von Daten würde mehr Aufmerksamkeit erhalten ○ Die Rate der Aufklärung von Infektionsketten ist aktuell unbefriedigend ○ Aktuelle Ressourcen in den GA sind nicht ausreichend, geplante technische Ausstattung durch BMG ist ein Tropfen auf den heißen Stein ○ ÖGD bekommt außerdem Unterstützung vom Bund für Personal, dieses muss ausgebildet werden, hier kann RKI stärkere Rolle übernehmen <p>Ergebnisse Trompete-Cluster (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Präsentation einer Ausbruchsuntersuchung in einem Nachtclub in Berlin Mitte am Anfang der Epidemie in Deutschland (März) ! Kollaboration zwischen RKI, GA Mitte und Charité ! Es wurden mehrere Fälle in Zusammenhang mit dem Nachtclub identifiziert, die Ermittlungen waren durch die ÖGD-Belastung verzögert ! Es gab ein Amtshilfeersuchen und 3 RKI-MA (Nadine Muller, Neil Saad, Nadine Zeitlmann) waren involviert ! >500 Personen, die im Nachtclub waren haben sich gemeldet ! Zielsetzung, Aktivitäten, Ergebnisse siehe Folien ! 75 Fälle wurden dem Ausbruch zugeordnet, 58 von diesen waren dem LAGESO unter der angelegten Clusterherdkennung übermittelt, durch die Befragung wurden 17 weitere Fälle identifiziert, 54 Fälle direkt den Events im Nachtclub zugeordnet, 9 Fälle der 2. Generation, höchste AR beim 1. Event (knapp 13%), 60% der Nachtclub-MA betroffen ! Wahrscheinlicher Indexfall wurde identifiziert und Hinweis auf Superspreading durch diesen und 1 Nachtclub-MA ! Kein Indiz für mehrere Ursprünge aus der Sequenzierung ! Bewertung und Schlussfolgerung <ul style="list-style-type: none"> ○ Cluster-Zuordnung in SurvNet ist nicht lückenlos ○ Sehr gute Kollaboration mit dem GA Mitte ○ Kollaboration mit anderen GA teilweise problematisch ○ Detaillierte Beschreibung des Superspreading Events ○ Evidenz für hohes Übertragungsrisiko in diesem Setting ! Fragen/Diskussion <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontaktpersoneninformationen lagen dem RKI im Rahmen der Untersuchung nicht vor (auch nicht 	<p>FG37/PÄE/ FG32</p>
--	---	---------------------------

	die Anzahl der KP)	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>CWA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Downloadzahl liegt bei knapp 15 Mio. ! In den letzten 2 Wochen wurde primär an der Laboranbindung und GA-Mitarbeit gearbeitet, diese sind aktuell priorisiert ! Dazu läuft Abstimmung mit einigen GA ! Laboranbindung wird durch BMG vorangetrieben ! QR-Codes zur Verifizierung positiver Tests <ul style="list-style-type: none"> ○ Nur über Verifizierungs-Hotline erhältlich ○ ÖGD muss selber den Druck der QR-Codes beauftragen, das Muster hierzu wird geliefert ○ Aktuell haben Praxen und GA dieses Muster noch nicht vorliegen ○ Für Hausärzte soll es Ende der Woche verfügbar werden, für GA dauert dies noch länger ○ BMG eruiert Wege, dies sicherzustellen ! Bürgerrückfragen vor allem zum Vorgehen bei Risikoanzeige, weniger technische Fragen und Fragen zum Datenschutz ! Ca. 500 Nutzer haben eine TAN beantragt, diese hatten wahrscheinlich positiven Test und wollten andere Nutzer informieren! relativ hohe Zahl, Frage ist wie diese in der Bevölkerung verteilt sind ! CWA MA arbeiten mit Herrn Lekschas zu möglichen Missbrauchsfällen <p>IMIS (siehe Dokument)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Präs wurde hiervon berichtet, IMIS ist aus dem Hackathon #WirVsVirus der Bundesregierung entstanden und konzentriert sich in enger Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern auf die Digitalisierung der dortigen IfSG-bezogenen Aufgaben ! Projekt, das durch Bundesregierung und BMBF gefördert wird ! Zunächst muss geprüft werden, was das Produkt ist, Zielsetzung, Motivation und Inhalte, was ist tatsächlich beabsichtigt ! Eine eigene Software für GA wäre eher schwierig, da nach RKI Ansicht SurvNet und DEMIS einheitlich genutzt werden sollten ! Kontaktaufnahme zu Evaluierung ist geplant, ob eine Einbindung möglich bzw. sinnvoll und mit DEMIS zu koppeln wäre ! Sandra Beermann sucht Kontaktdaten raus 	<p>ZIG1</p> <p>Präs/FG32/ Abt. 3</p>

4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt einen neuen Entwurf zur Abstimmung: Risikobewertung bleibt im Wesentlichen bestehen ! Hinzugefügt wurde eine Schilderung der Methodik bzw. Erklärung, wie das RKI die Bewertung vornimmt ! Mitte März waren die Grundlagen für die RKI-Risikoeinschätzung versteckter, diese werden nun auch angepasst und aktualisiert ! Änderung der Terminologie von „Gesundheitsversorgung“ zu „Gesundheitswesen“, dies ist inklusiver ! Krisenstab liest den neuen Text morgen erneut durch und er wird Mittwoch verabschiedet <p><i>ToDo: Krisenstab Mitglieder lesen sich Bewertung erneut durch, Mittwoch Verabschiedung und Veröffentlichung</i></p>	FG32/alle
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hauptthemen der Anfragen an BZgA: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reisen, innerdeutsch, europäisch und generell ○ Eltern: Planungssicherheit nach den Ferien, Kinderbetreuung nach den Schulferien ○ Veranstaltungsplanung: viele Rückfragen hierzu ! AGI TK: Papier zu Veranstaltungen steht auf der Tagesordnung, ob es verabschiedet wird ist nicht vorhersehbar, es gab bisher lediglich kleine Änderungen <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Viele Nachfragen zu der Diskrepanz der Europakarte und Risikogebiete auf der RKI-Webseite ! Bundespressekonferenz heute <ul style="list-style-type: none"> ○ Nichts auffälliges, lief insgesamt gut ○ Präs ist mäßig zufrieden, Journalisten werden zunehmend politischer und weniger inhaltlich, Fragen stets kritischer, Klima wird rauer 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Iris Andernach ist zurück, aktuell gibt es keine großen Themen oder Baustellen, bei Fragen wird sie gerne kontaktiert <p>CWA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMG hat gefragt, ob RKI wegen der CWA Dokumente anpasst <ul style="list-style-type: none"> ○ KBV wünscht sich keine Änderungen ○ Handout für CWA wird von KV als genügend gesehen ○ RKI nimmt deswegen keine Anpassungen vor ! Ist symptomatischer CWA-User mit Risikoexpositionsmeldung ein meldepflichtiger Verdachtsfall (analog KP-Einstufung durch das GA)? 	<p>BMG</p> <p>Alle</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verdachtsfallübermittlung wurde am Anfang der Epidemie zur frühzeitigen Fallidentifizierung etabliert ○ CWA gibt Anzahl der Risikobegegnungen und deren Datum an (Anzahl der Kontakte, Datum für jeden) ○ Inhaltlich ist dies nicht mit der KoNa Evaluierung zu KP Kat I und II durch die GA gleichzusetzen, diese beinhaltet Dauer der Exposition, Details zum Kontakt ○ Müssen RKI-Dokumente und Schemata diesbezüglich angepasst werden? ○ Nein, zur Einführung der CWA wurde entschieden, dass CWA-Risikobegegnungen Verdachtsfälle sind, RKI-Papiere für niedergelassene Ärzte sind hierzu eindeutig, darin ist vermerkt, dass diese Personen Verdachtsfälle sind ○ Die Dokumente und das Vorgehen wurden der AGI vorgestellt und von dieser akzeptiert, dies steht nicht in großem fachlichen Widerspruch zu aktuellen RKI Dokumenten, es besteht kein Änderungsbedarf ○ GA sollten ruhig über diese Fälle informiert werden, so viele werden es nicht sein 	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Ausschluss von Kindern aus Gemeinschaftseinrichtungen bei milden ARE-Symptomen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Verordnung des Bildungsministeriums, dass Kinder mit Symptomen einer ARE die Gemeinschaftseinrichtung für 10 Tage nicht besuchen dürfen, es sei denn es liegt ein ärztliches oder amtliches Attest vor, dass das Vorliegen einer COVID-19-Erkrankung ausschließt ! Dies führt zur völligen Überlastung der Kinderarztpraxen bei gleichzeitiger zunehmender Schließung der Testzentren und zu Unzufriedenheit bei den Eltern ! Es ist unklar, ob es eine Rechtsgrundlage dafür gibt? ! Zwei Fragen <ol style="list-style-type: none"> 1. Wann muss Kind getestet werden? 2. Wann soll es von der Kita ausgeschlossen werden? ! Diskussion s. unten <p>Corona Kita Studie (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aktivität in verschiedenen Kinder-Altersgruppen aus GrippeWeb ! Stärkste Wiederzunahme der Inzidenz akuter respiratorischer Erreger in der jüngsten Altersgruppe im Vergleich zu den letzten Jahren, vor allem Kleinkinder sind betroffen 	<p>AL3/FG36</p> <p>FG36</p>

- ! Gemeldete COVID-19-Fallzahlen der 0-5 jährigen sind rückläufig, es gab einen Peak vor 3-4 Wochen durch Ausbruchsgeschehen
- ! Fallanteil in den 3 Altersgruppen < 18 ist gleich der Vorwoche
- ! COVID-19-Symptome bei Kindern
 - Für $\frac{3}{4}$ der übermittelten Fällen sind Informationen verfügbar, bei älteren Kindern ca. 80%
 - Bei 1/3 ist nur ein Symptom angegeben, häufig genannte Einzelsymptome: Fieber, Husten, allg. Symptome, Schnupfen
 - Schnupfen als Einzelsymptom bei 3% (selten)
 - Bei 68% wurde mindestens 1 Symptom angegeben
 - Bei Mehrfachangaben sind Fieber und Husten mit 30-40% am häufigsten, Schnupfen 19% (weniger selten auch als Mehrfachsymptom)
 - Geringer Anteil Geruchs und Geschmacksverlust (0,5-5%) als zusätzliches Symptom
 - Schnupfen sollte in Testindikation mit aufgenommen werden (eines der 4 häufigsten Symptome), da Schnupfen + allg. Symptome nicht so selten sind

- ! Diskussion (auch zu o.g. Thema Wiederzulassung)
 - Tests werden aktuell häufig im Sinne eines Screenings ohne akuten Anlass durchgeführt, so dass der prädiktiver Wert noch niedriger ist! dies wird noch komplizierter wenn mehr respiratorische Erreger zirkulieren und muss gut beobachtet werden
 - Hierzu gibt es auch einen Austausch mit ausländischen Kollegen (UK, Israel)
 - Testindikation sollte klar/gegeben sein, Testen bei Schnupfen kann sinnvoll sein, Ausschluss nicht in jedem Fall
 - Schnupfen alleine als Kita-/Schul-Ausschlusskriterium sollte erst bei Ergebnis des Tests getroffen werden, eigentlich sollten Testergebnisse schnell vorliegen, damit Kinder sobald es besser geht mit negativem Test auch wieder in die Schule gehen können
 - COVID-19 ist im Gesetz (§34) nicht gelistet bezüglich der Wiederzulassungskriterien
 - Bisher gibt es keinen Anhalt dafür, dass es bei Kindern eine kürzere Ausscheidungsdauer gibt, deswegen sollten aktuell dieselben Kriterien wie für Erwachsene gelten bis mehr Daten verfügbar sind

b) RKI-intern

- ! Nicht besprochen

8	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FG17: Sommersurveillance, respiratorische Viren zirkulieren, letzte Woche 60 Einsendungen, Detektion von lediglich Rhinoviren, wie für diese Jahreszeit erwartet ! Überarbeitetes Diagnostikpapier zum Ct-Wert soll diesen Mittwoch diskutiert werden <p><i>ToDo: Vorbereitung Diagnostikpapier in Bezug auf Ct-Wert zur Diskussion im Krisenstab am Mittwoch 15.07.2020 (s. Krisenstab 10.07.)</i></p>	FG17 ZBS1
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
12	<p>Surveillance</p> <p>KoNa Software Bayern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BY hat eigene KoNa-Software in Auftrag gegeben, aktuell ist deren Nutzung wohl auf freiwilliger Basis, es ist unklar, wie viele GA es nutzen wollen/werden ! Dem RKI ist noch nichts Näheres bekannt, interessant ist die Frage der Anbindung ans Meldesystem ohne Datenverlust ! Im Grunde ist die KoNa getrennt von Meldesystem, aber aus Kontakten werden teilweise Fälle und somit ist wünschenswert, dass diese einfach integriert werden können ! Dies wird weiter verfolgt, es bleibt eine Herausforderung, die verschiedenen Initiativen zu koordinieren und einzubinden 	AL3/FG32
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
15	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Expertenbeirat Influenza tagt morgen, Präs und Walter Haas klären bilateral inwiefern darin über den Herbst und infektionsepidemiologische Maßnahmen gesprochen werden soll 	
16	<p>Andere Themen</p>	

	! Nächste Sitzung: Mittwoch, 15.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	
--	--	--

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	15.07.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Mirjam Jenny
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1

- Luisa Denkel
- ! BMG
 - Iris Andernach
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Weltweit >13 Mio. Fälle, >570.000 Todesfälle ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: Top 3 weiterhin USA, Brasilien und Indien (keine Änderung zu Montag) ! 7-Tage-Inzidenz/100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ! In Asien sind Palästina und die Malediven neu hinzugekommen, in Europa zusätzlich Nordmazedonien (Nordmazedonien schwankt seit Wochen um den Schwellenwert herum). ! 28 Länder mit 7-Tages-Inzidenz >50/100.000 Einwohner (am Montag 27 Länder, Seychellen und Puerto Rico seither weggefallen). ! Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: in Brasilien leicht abnehmender Trend, in Indien, USA und Südafrika weiterhin ansteigend. ! Länder Europas mit >700 Fällen in den letzten 7 Tagen: Osteuropa/Balkan-Länder weisen einen ansteigenden Trend auf, darunter Rumänien, der Kosovo und Bosnien-Herzegowina. Zusätzlich auch Portugal und Spanien (in Spanien derzeit 170 aktive Cluster, in Katalonien neuer Lockdown) mit leicht steigendem Trend. ! Länder Asiens mit >700 Fällen in den letzten 7 Tagen: Südost-Asien ist stark betroffen, darunter vor allem Indien mit dem nationalen Hauptstadttterritorium Delhi und den Bundesstaaten Tamil Nadu und Maharashtra, was z.T. auf enge Wohnverhältnisse zurückgeführt wird. Zusätzlich weisen auch Länder Zentralasiens wie Usbekistan und Kirgisistan ansteigende Trends aus. In Tokio/Japan gilt aktuell die höchste Alarmstufe (bei der Geschäfte allerdings geöffnet sind); es sind primär junge Leute betroffen. Auch Hong Kong meldet vermehrt Fälle; ab heute gelten dort neue Maßnahmen, u.a. sind Versammlungen auf 4 Personen beschränkt und die Öffnungszeiten von Restaurants sind stark begrenzt. ! Länder Afrikas mit >700 Fällen in den letzten 7 Tagen: v.a. Südafrika zeigt einen stark ansteigenden Trend. ! Australien: Im Großraum Melbourne und Shire of Mitchell sind seit einer Woche Lockdown-Maßnahmen in Kraft, es werden weiterhin steigende Fallzahlen beobachtet. ! Zusammenfassung <ul style="list-style-type: none"> ! Auf den amerikanischen Kontinent entfallen weiterhin 60% der neuen Fälle und 60% der Todesfälle in den letzten 7 Tagen 	ZIG1

	<p>! Asien: Anstieg und hohe Fallzahlen in Indien, Indonesien, Philippinen und Ländern Zentralasiens</p> <p>! Afrika: mehr als 100.000 neue Fälle in den letzten 7 Tagen, davon entfallen fast 70% auf Südafrika</p> <p>! Europa: Osteuropa/Balkanländer primär betroffen</p> <p>! Ozeanien: weiterer Anstieg der Fälle in Melbourne, Australien</p> <p>! Studien/Artikel/News</p> <p>! Amnesty International Report vom 13.07.2020: es werden >3.000 COVID-19-Todesfälle unter HCW in 79 Ländern berichtet. Es wird von einer starken Unterschätzung ausgegangen. Die Todesfälle entfallen v.a. auf Russland, Großbritannien und USA. Als mögliche Ursachen werden der Mangel an Schutzausrüstung sowie auch Repressalien benannt.</p> <p>! Pediatrics: Basierend auf einer Auswertung nationaler Surveillance Daten aus Italien (mit knapp 4.000 pädiatrischen Fällen aus mehr als 216.000 Surveillance-Daten) wird bei Vorliegen von Vorerkrankungen ein Odds Ratio von fast 3 für ein höheres Risiko für schwere Erkrankungen genannt. Ein Odds Ratio deutlich unter 1 wird für Altersgruppen über 1 Jahr berichtet.</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <p>! SurvNet übermittelt: 199.726 (+351), davon 9.071 (4,5%) Todesfälle (+3), Inzidenz 351/100.000 Einw., ca. 186.000 Genesene, Reff= 1,02, 7T Reff=0,91</p> <p>! Aktuell auf ITS 266 (+2), davon beatmet 125 (-5) – weiterhin konstant</p> <p>! MV hat weiterhin keine Fälle, HB und HH haben aktuell auch keine Fälle übermittelt. NW hat als einziges BL einen Anstieg von mehr als 100 Fällen zum Vortag (aber der Trend ist dort rückläufig).</p> <p>! Im Vergleich der KW26 mit KW25 zeigen 9 von 16 BL einen Rückgang der Fallzahlen. Der Anstieg im Saarland ist ggf. auch die Nähe zu Luxemburg zurückzuführen.</p> <p>! Der R-Wert schwankt um 1.</p> <p>! 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum der BL: Der über alle BL gemittelte Wert (orange-farbene Linie) ist konstant. Eine leicht ansteigende Tendenz wird z.B. in BY durch kleinere Ausbruchsgeschehen beobachtet, während NW und HB einen Abwärtstrend ausweisen.</p> <p>! 112 Kreise haben in den letzten 7 Tagen keine Fälle übermittelt, in weiteren 238 Kreisen werden sehr niedrige Inzidenzen beobachtet. 61 Kreise haben eine 7T- Inzidenz >5 und <25/100.000, 1 Kreis hat mit 7T-Inzidenz >25/100.000 (LK Bad Tölz-Wolfratshausen). Die 7T-Inzidenz im LK Gütersloh ist unter >25/100.000 Einwohner gefallen.</p>	FG32
--	--	------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Wochenvergleich: nur Bad Tölz auffällig. ! LK mit den höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen: SK Duisburg und SK München haben die höchsten Fallzahlen, die 7T-Inzidenzen sind aber im LK Bad Tölz-Wolfratshausen, im LK Gütersloh und im LK Hochsauerlandkreis höher. ! Altersverteilung nach Meldewoche: Der Anteil der hohen Altersgruppen an der Gesamtzahl der Fälle mit diesbezüglichen Angaben ist im Verlauf der Pandemie stark gesunken und weiterhin eher niedrig. ! Übermittelte Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen: Auf die nach §36 betreuten Fälle (in rosa dargestellt) entfiel zwischen der 14. und 24. KW ein größerer Anteil, der sich seither verringert hat. Der Anteil der gemäß §42 tätigen Personen (in orange) geht zurück. Weiterhin ist der Anteil der Fälle, bei denen diesbezügliche Angaben fehlen, hoch; im Rahmen der EpiLag wurde erneut auf die Wichtigkeit der Vollständigkeit der Daten hingewiesen. ! Übermittelte Fälle nach Expositionsort: Es ist ein leichter Anstieg des Anteils der importierten Fälle zu beobachten, wobei der Anteil aber weiterhin relativ gering ist. ! Häufigste Expositionsländer: Serbien, Kosovo, Bosnien und Herzegowina. ! Im LK Bad Tölz-Wolfratshausen gibt es einen Ausbruch in 2 Gemeinschaftsunterkünften, ein weiterer Ausbruch wird im Hochsauerlandkreis beschrieben. 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Risikobewertung soll im Wesentlichen bestehen bleiben, jedoch wurde der Erklärtext angepasst. ! Es wird angeregt, die Formulierungen zu den AHA-Regeln (Atemschutz vs. MNB, Reihenfolge der Aspekte) zu überprüfen. ! Es wird diskutiert, inwiefern der Einschub auf der ersten Seite „trotz intensiver gesamtgesellschaftlicher Gegenmaßnahmen“ sinnvoll erscheint. Einerseits enthält er den Aspekt der Solidarität und unterstreicht die Besonderheit des Erregers, andererseits werden Empfehlungen eben nicht von allen Seiten befolgt. Eine andere Platzierung des Hinweises erscheint sinnvoll. ! Grundsätzlich gibt es (bis auf den genannten Einschub) große Zustimmung für das Papier. <p><i>ToDo: FG32 überarbeitet die Version und teilt sie nochmals im Krisenstab-Verteiler</i></p>	FG32/alle

<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Hauptthemen der Anfragen sind neben Masken, Reisen und psychischer Belastung v.a. der Umgang mit Kindern und Jugendlichen hinsichtlich Beschulung und Home Schooling. Bisher wurde bereits in Abhängigkeit von Grunderkrankungen seitens der behandelnden Ärzte hinsichtlich des Schulbesuchs beraten. Es ist eine Bestandsaufnahme, auch hinsichtlich der regional unterschiedlichen Bedingungen (Home Schooling, Unterricht in Blöcken etc.), erforderlich.</p> <p>Presse</p> <p>! Es wird angeregt, das auf der Webseite veröffentlichte Dokument mit allgemeinen Maßnahmen zur Kontaktreduktion zu aktualisieren. Darin wird u.a. ein Abstand von 1 bis 2 Metern empfohlen.</p> <p>! Das Dokument entstammt aus dem nationalen Pandemieplan Teil I Bund und Ländern, unabhängig von jeder Phase. Ein allgemeines Dokument zur Maßnahmenbatterie sollte weiterhin verfügbar sein, ggf. mit Verweisen auf AHA-Regeln und andere Dokumente.</p> <p><i>ToDo:</i> Das Papier soll aktualisiert werden.</p> <p>! Natürliche Häufigkeitsbäume werden anhand des Beispiels von Qualität und Güte medizinischer Tests in Abhängigkeit von der Prävalenz als Kommunikationstools vorgestellt. Eine Metaanalyse hat gezeigt, dass diese natürlichen Häufigkeitsbäume das Verständnis von nicht-statistisch vorgeschulten Personen stark erhöhen und damit ein potentiell wertvolles Tool in der Risikokommunikation darstellen.</p> <p>! Eine detaillierte Darstellung möglicher Risikokommunikationstools könnte entweder im Rahmen des Krisenstabs oder in den ab August geplanten Mittwochsseminaren erfolgen.</p>	<p>BZgA/alle</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<p>6</p>	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Aktuelle Themen umfassen den Schul- und Kitastart nach den Sommerferien (u.a. mit Fragen zu Testungen, Screening, Schnupfen als alleinigem Symptom für Testung, Umgang mit Attesten, Ermöglichung telefonischer Atteste). Diesbezüglich steht ein Telefonat mit dem Verband der Kinder- und Jugendärzte an.</p> <p>! Der interministerielle Krisenstab tagte gestern, u.a. zu Reisen im internationalen Kontext, zum Umgang mit Einreisenden, zu Einschränkungen des Flugverkehrs aus bestimmten Gebieten und zur Wiederaufnahme des Kreuzfahrtverkehrs. Für letzteres wurden im Rahmen einer ersten Phase Schnupperkreuzfahrten ohne Landgang unter Berücksichtigung von Hygienekonzepten diskutiert. Zusätzlich wurde die Umsetzung der Quarantäne-Pflichten und Kontrolle an Flughäfen thematisiert, was auf Ministerebene weiter entschieden werden soll.</p> <p>! Ein weiteres Thema betraf die Forderung seitens der Türkei</p>	<p>BMG</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	nach einer regionalisierten Betrachtung der Risikogebiete, um Gebiete mit starker Tourismusbranche und geringem Infektionsgeschehen aus der Liste der Risikogebiete zu streichen. Eine Sonderbehandlung wird seitens des BMG abgelehnt, eine weitere Beurteilung ist im Bundeskanzleramt vorgesehen.	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein ! Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern Strategiepapier ! Das Papier wurde seitens des BMG umstrukturiert und hinsichtlich einiger Formulierungen angepasst. ZIG hat das Papier erneut überarbeitet, insbesondere auch wurde die Darstellung der Muster-VO Quarantäne etwas zurückhaltender formuliert. Das Papier soll als Vorlage an BM Spahn gehen, für den weiteren Kommunikationsprozess wäre eine neue Feedback-Schleife sinnvoll. Kommentierungen sind bis heute möglich und erwünscht. ! Es wird angeregt, das Dokument auch in Hinblick auf das aktuelle Sommer-Medienloch zu prüfen. Auch fällt auf, dass die verschiedenen Aspekte sich in ihrem Umfang und Detailtiefe stark unterscheiden (u.a. wird die Rolle der Bundeswehr detailliert berichtet, während die Strategie in wenigen Zeilen dargestellt wird). Eine Angleichung wäre sinnvoll.</p>	ZIG/alle
8	<p>Dokumente</p> <p>! Die AG Infektionsschutz erarbeitet basierend auf einem RKI-Dokument von Anfang März ein Dokument zu Veranstaltungen. Es wird gefragt, ob dieses Dokument auf der RKI-Webseite platziert werden kann oder stattdessen als Epid. Bull. Artikel veröffentlicht werden soll. ! Vor einer Entscheidung bezüglich der Platzierung sollte das Papier finalisiert und im Krisenstab zirkuliert werden. Bei Veröffentlichung auf der Webseite müsste die Autorenschaft klar kommuniziert werden.</p>	FG32
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Das Diagnostikdokument ist um eine Erklärung zum Ct-Wert erweitert worden. Damit ist der Widerspruch zu den Entlasskriterien aufgelöst. ! In der Diagnostik ist es aktuell relativ ruhig, jedoch sind bereits für den 16.07.2020 160 Proben aus einem einzigen GA angekündigt.</p>	ZBS1
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	

11	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen	
12	Surveillance Syndromische Surveillance (Folien hier) ! In GrippeWeb ist eine Zunahme der ARE-Rate vor allem bei den Kindern zu beobachten. Die ARE-Rate erreicht damit den für die Vorjahreszeiträume typischen Bereich, das Allzeittief ist damit überwunden. ! Die ARE-Konsultationen steigen besonders seit der 24. KW primär bei den 0- bis 4-jährigen Kindern und, weniger ausgeprägt, bei den 5- bis 14-jährigen Kindern an. Die Gesamt-ARE-Konsultationsinzidenz ähnelt jetzt derjenigen des Vorjahreszeitraums. ! In der virologischen Surveillance wurden zuletzt wenige Proben eingesandt. Die Sentinelproben enthalten primär Rhinoviren. Die aktuellen Maßnahmen bzw. deren Compliance scheinen die ARE nicht zu unterdrücken. Dies ist hinsichtlich eher zunehmender COVID-19-Fatigue für den kommenden Herbst zu berücksichtigen. ! Im Rahmen der Krankenhaus-Surveillance von schweren akuten respiratorischen Infektionen (SARI) ist die Gesamtzahl der SARI-Fälle zuletzt leicht angestiegen. ! Der Anteil der SARI-Fälle mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose ist gleichbleibend niedrig (3 bis 4%). ! Es wird diskutiert, inwiefern aktuelle Maßnahmen stärker beworben bzw. durch weitere Maßnahmen flankiert werden sollten. Die aktuellen Maßnahmen scheinen keinen sichtbaren Effekt auf das Auftreten der akuten respiratorischen Erkrankungen zu haben. Generell sollte der Effekt aller Maßnahmen (im regionalen Vergleich) sowie deren Compliance systematisch untersucht und mit den Ausbruchsgeschehen und infektionsepidemiologischen Parametern in den jeweiligen Gebietseinheiten verglichen werden. Welchen Effekt die Aussetzung von Veranstaltungen oder die Schließung von Restaurants/Bars/Kneipen hatte, ist nicht abschließend geklärt. Die Universität Bielefeld erstellt eine Übersicht über Maßnahmen in den verschiedenen BL sowie in den LK in NW, dazu hat das RKI eine Studie beantragt, deren Bewilligung noch aussteht. ! Die AHA-Regeln werden aktuell nicht ausreichend umgesetzt. Z.T. wird mit Verweis auf niedrige Fallzahlen das Abstandsgebot als hinfällig betrachtet – hier sollte die wissenschaftliche Erklärung zur Ausbreitung von Tröpfchen besser kommuniziert werden –; z.T. wird die MNB nicht adäquat getragen. Klar ist, dass die AHA-Regeln nicht verhandelbar sind, sondern unabhängig von der aktuellen Fallzahl konsequent weiter durchgehalten werden müssen. ! Es wird angeregt, Idole aus der Öffentlichkeit zur Werbung für die AHA-Regeln heranzuziehen. Aus Sicht der BZgA gibt es viele Überlegungen zu unterschiedlichsten Kampagnen, wofür zunächst eine Bestandsaufnahme notwendig ist, insbesondere zur Frage, ob die Laissez-Faire-Haltung generell oder anlass-	FG36 FG37



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>bezogen oder auf bestimmte Zielgruppen beschränkt ist.</p> <p>SARS-CoV-Surveillance in ARS (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Der Testumfang nimmt weiter zu und erreicht den höchsten bisher verzeichneten Stand. ! Der Anteil der positiven Testungen an allen Testungen über die Zeit pro Tag ist weiterhin gering. ! Der Testverzug, d.h. die Dauer in Tagen von Probenentnahme bis Testergebnis, nimmt zu, was auf Anstiege in NI und RP (RP mit 4 Tagen Testverzug im Schnitt) zurückzuführen ist. ! Hinsichtlich der Anzahl der Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppen zeigt sich ein starker Anstieg in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen, was ggf. damit zusammen hängt, dass Kinder mit Symptomen bis zur Vorlage eines ärztlichen Attests vom Kita-Besuch ausgeschlossen werden. ! Die Positivenrate ist in allen Altersgruppen ähnlich gering. ! Die SARS-CoV-Surveillance in ARS ist so eingerichtet, dass auch Antikörper-Ergebnisse übermittelt werden können. Es werden Daten von ca. 11.000 Personen mit positiver PCR-Testung und anschließender AK-Bestimmung erfasst. Beim wöchentlichen Anteil der Patienten mit AK-Test nach positiver PCR zeigt sich innerhalb der ersten Woche nach PCR-Testung bereits ein positiver AK-Test bei rund 50% der Patienten; dieser Anteil steigt in der Folgewoche auf ca. 70%; in den weiteren Wochen wird kein weiterer Anstieg beobachtet. ! In der weiteren Stratifizierung der Ergebnisse zeigt sich, dass die AK-Response bei den Patienten mit positiver PCR-Testung in Arztpraxen geringer als in Krankenhäusern ausfällt. Dies könnte ggf. darauf zurückzuführen sein, dass Patienten in Krankenhäusern schwerer erkrankt sind und demnach eher AK entwickeln. Auch zeigt sich, dass in höheren Altersgruppen der Anteil der Patienten mit positivem AK-Test höher ausfällt als in jüngeren Altersgruppen. ! Die Daten wurden zusätzlich bezüglich Intensivstationen stratifiziert (nicht aufgeführt in Präsentation), wobei der Anteil der Personen mit positivem AK-Test noch höher als im Krankenhaus im Allgemeinen ausfällt. Dies nährt die Hypothese, dass die Schwere der Erkrankung eine Rolle spielen könnte. Dadurch, dass die Anteile der Personen mit positivem AK-Test mit jeder Altersgruppe ansteigen, ist von einer systematischen Erklärung auszugehen. ! Die Labordaten können nicht mit klinischen Daten korreliert werden. Es stehen nur Alter, Geschlecht und Angaben über Entnahme in Praxis oder Krankenhaus zur Verfügung. ! Inzwischen stehen auch Daten über die berichteten 6 Wochen nach PCR-Testung hinaus zur Verfügung, allerdings handelt es sich um eine geringe Anzahl, aus der noch keine weiteren Schlussfolgerungen bezüglich des Verlaufs der AK-Titer gezogen werden können. 	
--	---	--

	<p>! Es wird diskutiert, dass unter der Rufnummer 116 117 und z.T. bei niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen die Bereitschaft zu testen und/oder die Kenntnisse darüber gering sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ggf. kritische Informationen nicht bei der Ärzteschaft ankommen (z. B. über Abrechnung, Teststrategie etc.) bzw. nicht ausreichend priorisiert werden. Die KV könnte diesbezüglich nochmals sensibilisiert werden.</p> <p>Dashboard-Anbieter</p> <p>! Gestern traten Probleme mit dem Dashboard bei ESRI auf, die heute behoben sind. Es stellt sich die Frage, ob eine langfristige Bindung an ESRI geplant ist und wenn ja, welche Parameter diese zu erfüllen habe (Reaktionszeiten, Disclaimer etc.). Ggf. könnte überlegt werden, ob das Dashboard über aktuelle oder beantragte Drittmittelprojekte oder über einen anderen externen Anbieter betrieben werden könnte.</p> <p>! Es wird betont, dass ein externer Dienstleister für das Dashboard notwendig ist und Insellösungen vermieden werden sollten. ESRI wird aktuell favorisiert.</p>	FG32
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
14	<p>Bericht von BAUA und ABAS (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>Personalplanung</p> <p>! In Abt. 3 wurde diskutiert, dass aufgrund der aktuellen Urlaubszeit und der Rückkehr verschiedener Mitarbeiter in ihre eigenen Abteilungen, die eigentlich bis zum Ende des Jahres zum Lagezentrum abgeordnet waren, die Besetzung des Lagezentrums schwierig ist. In Hinblick auf den Herbst ist eine stärkere und kontinuierliche Unterstützung aus anderen Abteilungen notwendig.</p> <p>! Auch ZBS1 ist hinsichtlich des aktuellen Probenaufkommens auf die Zuarbeit von Mitarbeitenden aus anderen FG angewiesen.</p> <p>! Hr. Rottmann wurde letzte Woche über die geplante Einstellung der Lageberichte am Wochenende informiert. Diese Information wurde von seiner Seite als Wunsch interpretiert, der seiner Meinung nach auf höherer Ebene diskutiert werden sollte. Präs ist diesbezüglich im Gespräch mit Herrn Holtherm und BM Spahn. Bis zur weiteren Klärung soll die Berichterstattung am Wochenende fortgeführt werden.</p> <p>! Es wird diskutiert, inwiefern die 40 zusätzlichen Stellen für die ÖGD-Kontaktstelle die Kapazitätsengpässe lösen können. Allerdings ist für die Anwerbung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter ausreichend Zeit einzuplanen, die Raumfrage ist zudem nicht geklärt. Das zusätzliche Personal ist perspektivisch sicherlich eine Entlastung, jedoch muss das Lagezentrum während einer Pandemie auf Arbeitskräfte im gesamten Haus</p>	AL3/ZBS1/ alle



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>zurückgreifen. Ca. 150 Mitarbeitende sind aktuell für das Lagezentrum geschult, zusätzlich sind von den FG inhaltliche Aufgaben zu stemmen.</p> <p>Freigabe der Lageberichte durch AL3</p> <p>! Hinsichtlich der Lageberichte wird beschlossen, dass der Lagebericht zunächst durch die Abteilungsleitung und im Anschluss durch Präs freizugeben ist.</p>	
16	Wichtige Termine !	
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Freitag, 17.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	17.07.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1/INIG
 - Sarah McFarland
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Marjan Arvand
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
 - Stefan Kröger
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Julia Sasse
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! P1
 - Mirjam Jenny

- Ines Lein



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 INIG</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: Im Vergleich zum 15.07.20: Die Länder sind im Rang relativ gleich geblieben. neu ist: Bangladesch, das statt Saudi Arabien auf Platz 10 liegt.</p> <p>7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner Im Vergleich zur Präsentation am 15.07.20 sind die Länder relativ gleich geblieben. Neu sind: In Afrika: Capo Verde und in Südamerika: Puerto Rico</p> <p>Länder mit > 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage Fast gleich wie am 15.07.20 Brasilien weiter absteigend, aber nicht mehr so stark.</p> <p>Afrika – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) Fast 70% der Fälle in Südafrika Steiler Anstieg in Äthiopien</p> <p>Amerika – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) mehrere Länder zeigen Anstieg Kolumbien: Bogota stark betroffen, hohe Todesrate USA: in letzten 40 Tagen Anstieg in vielen Bundesländer Krankenhaus-Daten werden seit 15.07.20 nicht mehr direkt an CDC, sondern an Datenzentrum in Washington gemeldet. Die Daten enthalten u.a. folgende Angaben: Bettenkapazität, Beatmung, HCW-Kapazität. Offizieller Grund: Größere Datenkapazität und schneller verarbeitet.</p> <p>Asien – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) Anstieg in mehreren Regionen China: Stadt an Grenze zu Kasachstan ist „under lockdown“ Indien: nach wie vor starker Anstieg</p> <p>Europa – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) steiler Anstieg in Bosnien-Herzegowina Spanien: Region westlich von Barcelona „underlockdown“, sowie einige Bezirke von Barcelona. Mallorca: Einführung der Maskenpflicht</p> <p>Ozeanien: Australien – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) Großraum Melbourne befindet sich „underlockdown“ „unknown pneumonia“/ Kasachstan Häufung der unknown Pneumonia seit Anfang des Jahres</p>	ZIG1/INIG



	<p>Zusammenfassung von WHO vorgestellt COVID-19/ Kasachstan Folie zeigt die Zusammenfassung der WHO TK (GOARN) Zusammenfassung Amerika: 60% der neuen Fälle und mehr als 60 % der neuen Todesfälle in den vergangenen 7 Tagen (die meisten Fälle / Todesfälle in Brasilien, USA) Asien: Anstieg in den vergangenen 7 Tagen vor allem in Indien, Indonesien, Israel, Oman aber auch in Zentralasien (Kasachstan, Usbekistan) Afrika: > neue 121.000 Fälle (8%) in den vergangenen 7 Tagen, fast 70% davon in Südafrika Europa: weiterhin Anstieg der Fallzahlen in Osteuropa und Balkanländern Ozeanien: Anstieg der Fälle in Melbourne, Australien, seit 1 Woche: vollständiger Lockdown vom Großraum Melbourne und Shire of Mitchell zuerst bis 19.08. Kasachstan: Anstieg an „undiagnosed“ Pneumonie-Fällen unter Ermittlung Hypothese: Anstieg der Fälle in Verbindung mit COVID-19 steht; Probenannahme, Labormethodik sowie Lockerung der Maßnahmen mögliche Ursachen Bitte um weitere Quellen zum Verifizieren der Situation in Kasachstan. Erweist sich zurzeit als schwierig. Vielleicht erhält ZIG am Nachmittag mehr Informationen. Etwa 4,5 Mill. Menschen mit deutschem Pass leben im Ausland. Viele in Osteuropa. Dies sollte man bedenken, da ein erheblicher Eintrag von Infektion durch möglich wäre.</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) Lage National, 17.07.20 Beide R-Werte schwanken um eins Fälle und Todesfälle pro Bundesland Heute ist die Gesamt-Fallzahl mit 583 höher als sonst. Die größte Differenz zum Vortag mit 322 Fällen ist in NRW Nowcasting – Schätzung der Reproduktionszahl (R) Beide R-Werte sind ansteigend. 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer Gesamt sieht man einen Anstieg NRW zeigt den größten Anstieg; mit einem deutlichen Abstand folgt Bayern</p>	<p>Inst.-leitung/ ZIG</p> <p>Inst.-leitung</p> <p>FG32</p> <p>FG32</p>
--	--	--

	<p>Geographische Verteilung in Dtl.: 7-Tage-Inzidenz Nur ein LK (Bad Tölz) über 25 Fälle/100.000 Einw. Kein LK über 50 Fälle/100.000 Einw. Gütersloh ist weiter gesunken Landkreise mit den höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen LK Mettmann (NRW) hat die meisten Fälle Aktuelle Ausbrüche/Landkreise mit hohen Fallzahlen Ausbruch im LK Mettmann sowohl in einer Familie als auch Fälle in drei Kitas Köln/Auweiler sind Fälle in einer Flüchtlingsunterkunft In Trier werden Einträge über Luxemburg vermutet. Bei Labortestungen über 500 000 glatt geschafft.</p> <p>Es wird sich darauf verständigt GÄ bzw. Kreisen deutlicher, um alle Details zu Ausbrüchen zu bitten, v.a. Infektionsorte und Infektionsgeschehen. Die Angabe der 8-stelligen PLZ sollte immer dabei sein. So kann Infektionsgeschehen eingeschätzt werden. Wann das nächste Pressebriefing sein wird, wird mit Präs und Presse nach Rücksprache mit dem Presseteam besprochen, v.a. zur Rolle der Kinder, die durch neue Studien besser beschrieben ist.</p> <p><i>ToDo: Nächstes Pressebriefing planen</i></p>	<p>FG37/FG32/ Inst.-leitung</p>
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>Reisen:</p> <p>Muna Abu Sin seit kurzem aus Turkmenistan zurück. Bericht zum Einsatz dort demnächst. Land gibt weiterhin an, dass keine Covid-19 Infektionen vorhanden sind. Es seien Häufungen von Pneumonien.</p> <p>Emergency Medical Team in Armenien Emergency Medical Team mit Jonathan Baum aus dem Kamerun morgen zurück.</p> <p>In Tadschikistan startet demnächst ein zweimonatiges Labor-Training mit Jan Baumann Mission nach Mexiko wird gerade geprüft</p> <p>Internationale Serostudien</p> <p>Im Iran (am weitesten fortgeschritten) und Malawi Zur Koordinierung der internationalen Serostudien wird demnächst ein Mitarbeiter benannt, bis dahin bitte Herrn Ellerbrok kontaktieren. Es wird sich darauf verständigt GÄ bzw. Kreisen deutlicher, um alle Details zu Ausbrüchen zu bitten, v.a. Infektionsorte und Infektionsgeschehen)en</p> <p>Projekte im Maßnahmenpakt 2 zu Covid-19 kommen in Fahrt:</p>	<p>ZIG (Fr. Hanefeld)</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Ein Vergleich von Guinea und Singapur mit Deutschland. Dies geschieht in Absprache mit Abt.2</p> <p>Ein Handbuch für Mitarbeitende in Emergency Medical Einsätzen im Ausland schreiben Fr. Lauffer und Kolleginnen.</p> <p>Herzlichen Dank an alle Kolleginnen und Kollegen für die Zuarbeit.</p> <p>Austausch mit weiteren Ländern mit Unterstützungsbedarf:</p> <p style="padding-left: 40px;">U.a. im AA Pandemie Dialog im Rahmen der EU-Präsidentschaft wurde mit dem Irak gesprochen. Starke Unterstützung im Land auch durch die BW, es wird überlegt, ob GoData Unterstützung möglich ist. Basil Karo unterstützt hier. Es werden weitere Kolleginnen und Kollegen mit Arabisch Kenntnissen zur Unterstützung eingeladen.</p> <p style="padding-left: 40px;">Ägypten benötigt Unterstützung: Osamah Hamouda und Basil Karo sind bereits involviert. Auch hier können Kolleginnen und Kollegen mit Arabisch Kenntnissen gerne teilhaben.</p> <p>Herr Ellerbrok hat Gespräche mit Äthiopien ausgeweitet, um im Rahmen mit Africa CDC im Laborbereich zu unterstützen.</p> <p>Dank an Ole Wichmann seine Unterstützung im Rahmen des GHPP Projekts, in dem Nationale Impfkommisionen. In diesem ist die Ukraine ein Kooperationspartner. Die Ukraine hat Interesse an dem deutschen Containment Scouts System, da die SARS-CoV-2 Surveillance stark überfordert ist. Tim Eckmanns hat Interesse und wird dazu Kontakt aufnehmen.</p> <p>Problem bei den Risikogebieten für die BL, dass die Weltkarte häufiger aktualisiert wird als die EU-Karte. Dies ist verwirrend. Stand heute 870 Fragen zu Risikogebieten im RKI-Info Postfach. Kontrolle der Quarantäne VO in den BL erfolgt kaum. Daher will BMG die Aussteigekarte wieder einführen. Dies wird Papierberge verursachen, die kaum bearbeitbar sind. Lösungen sind inhaltlich und technisch nicht kurzfristig vorhanden. Dennoch besteht Einigkeit in der Notwendigkeit der Quarantäne Kontrolle.</p> <p><i>ToDo:</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Zur Koordinierung der internationalen Serostudien an noch zu benennenden neuen ZIG-Mitarbeiter, bis dahin Herrn Ellerbrok kontaktieren.</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Zur Koordinierung nationaler Serologischer Studien mit Hr. Lampert sprechen.</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>ZIG bietet an, das Problem der fehlenden Quarantäne-Kontrolle mit den möglichen Folgen der Eintragung von Fällen bei politischen Entscheidungsträgern vorzutragen.</i></p>	<p>ZBS1/ Inst.-leitung/ ZIG/ Presse/ FG32</p>
--	---	---

3	Update digitale Projekte (nur montags) Nicht besprochen	
4	Aktuelle Risikobewertung Noch nicht aktualisiert; warten auf Bestätigung durch Präs	Inst.-leitung/ FG32
5	Kommunikation Presse Keine weiteren Punkte.	Presse
6	Neues aus dem BMG Keine aktuellen Anliegen laut BMG	FG32 berichtet für BMG
7	RKI-Strategie Fragen a) Allgemein Das Strategiepapier von Fr. Hanefeld wurde diskutiert und erhielt konstruktive Rückmeldungen. Nach Überarbeitung wird das Papier an Hr. Holtherm geschickt. Möglichst bald auf die RKI Website. Wichtigsten Anpassungen des Papiers: Mit der Sprache keine bestimmten Gruppen stigmatisieren; alles ist ein gesamtgesellschaftlicher Lernprozess; Schulen und Kitas haben wichtige Rolle; Mehr Eigenverantwortung der Mitbürger betonen; Fazit: Wir müssen mit dem Virus leben lernen. b) RKI-intern Nicht besprochen	Inst.-leitung
8	Dokumente Positionspapier Partizipation (Dokumente hier) Es ist bisher eine kleine Gruppe zur Umsetzung der Partizipation im RKI zu GHPP-Covid Gruppe (Fr. Fehr) In Abt.3 schon Partizipatives Papier zu Gemeinschaftsunterkünften (Fr. Vygen, Fr. Sarma). Gerne nehmen diese an der Partizipativen Gruppe teil.	ZIG/ FG34



	<i>ToDo: Es besteht Interesse. Jemanden aus dieser Gruppe wird in den Krisenstab zum Vortragen einladen.</i>	
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>Bis heute 400 Proben analysiert: positiven Rate schwankt; GA Pankow schickt donnerstags und freitags Proben. Es läuft alles, aber sie sind auf Unterstützung durch andere FGs angewiesen. Virologische Surveillance: 1 Parainfluenza, 0 SARS-CoV-2 seit April Viele Einsendung von Proben von Kindern, Rhinovirus mehr als sonst <i>ToDo: FG17 berichtet nächste Woche einen Vergleich der Virennachweise zu den Vorjahren</i></p>	ZBS1/ FG17
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Begleitpapier zu Entlassungskriterien wurde angepasst und jetzt online Anpassungen erfolgten in folgenden Themen: der hohe Ct-Wert adressiert auch Langzeit Positive Dexamethason vs. Remdesivir für klinischen Outcome entscheidend die zwei Medis zu vergleichen viel mehr Covid-19 Patienten müssen im Krankenhaus weiterverlegt werden und nicht entlassen, bald Paper dazu 200 Therapeutika gelistet, aber empfohlen nur diese zwei Medis oben; fehlt gut wirksame Therapie <i>ToDo: keine</i></p>	IBBS
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Keine Bedarf</p>	
12	<p>Surveillance</p> <p>Update DEMIS Roll-out: Karte zum Roll-out erstellt Das Erstellen der Zertifikate klappt gut Weiterentwicklung der zusätzlichen Inhalte läuft</p>	FG32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>Schon erwähnt, Aussteigerkarte, KoNa im LZ sehr stark zugenommen, großes Problem an Passagierdaten zu kommen,</p>	FG32

	<p>arbeitsaufwändig, Amtshilfeersuche für alle KoNas ist aufwändig BAUA ABAS Update (Sasse): SARS-CoV-2 Arbeitsschutzstandard wird gerade überarbeitet: Rundumschlag für alle; Danke für RKI Zuarbeit; Schulen beschäftigt sehr, aber nicht zuständig, weil Arbeitsministerium zuständig; BMAS Pathologen wollen ihre Ergebnisse aus Obduktionen vorstellen nä. Mo 15 Uhr bei Interesse bei ihr melden;</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>Dienste wieder verlängert, weil stark ausgelastet; Aufgaben & Int. Komm. Stark ausgelastet; Presse Liaison muss wieder aufgenommen werden nä. Woche; bisher kein go den Lagebericht am WE wegzulassen Wieler: Was ist Presse Liaison? Fragen können zurzeit inhaltlich nicht bearbeitet werden. Werden zu Aufgaben und gehen dann zulasten anderer Mitarbeiter. Ute: Statistik des LZ zu den Diensten 595 FG32, Wieler, bitte zusammenfassen, er schickt es an Holtherm</p>	FG32
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>Julia Sasse Pathologen Termin Israelischen Kollegen Austausch, Sasse: In Terminabstimmung; Haben Fehler gelistet: Begann über die Schulen die zweite Welle, dann Eltern, dann in Klubs Wieler dies Interesse, weil Öffentliche Wahrnehmung: Schulen spielen keine Rolle; Können Israelis mal zur Aufklärung in Dtl. berichten? Schweden Situation (Hanefeld) Was kann man von Schweden lernen? Anders Tegnell (Schwed. Epidemiologe) gute Kontakte zum RKI, wird treffen dazu geben. Wieler: Finnland gutes Schulmodell: Haben wir Kontakte nach Finnland: Mika Salminen; Ute stellt Kontakt her</p>	
17	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Montag, 20.07.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	22.07.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG 33
 - Ole Wichmanns
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Rühle
- ! P1
 - Mirjam Jenny
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin
 - Basel Karo

- ! BMG
 - Iris Andernach
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>! Weltweit >14,6 Mio. Fälle, >610.000 Todesfälle (Fall-Verstorbenen-Rate weiterhin bei ca. 4%)</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: Top 4 USA, Indien (neu auf Position 2), Brasilien (leicht absinkender Trend) und Südafrika. Insgesamt entfallen ca. 58% der neuen Fälle auf Nord- und Südamerika (davon USA etwa 50%) sowie 8% auf Afrika und 7% auf Europa.</p> <p>! 7-Tage-Inzidenz/100.000 Einwohner</p> <p>! 30 Länder haben eine 7-Tage-Inzidenz über 50 Fälle/100.000 Einwohner, neu dabei sind Argentinien und Guatemala. Malediven und Kosovo sind herausgefallen. Ein Schwerpunkt liegt auf den südamerikanischen Ländern.</p> <p>! Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: Brasilien zeigt einen absteigenden und Indien einen stark ansteigenden Trend, während sich die Fallzahlen in den USA und Südafrika zu stabilisieren scheinen.</p> <p>! Für Indien hat das WHO Country Office aktive Fälle in den Top 10 Städten/Distrikten dargestellt, wobei sich Mumbai zu stabilisieren scheint und Delhi einen abnehmenden Trend aufweist. Dagegen steigen die Fallzahlen in Thane (Maharashtra), Bengaluru (Bangalore) und Kamrup Metropolitan (Assam) weiter an.</p> <p>! Länder mit 7.000 bis 70.000 neuen Fällen in den letzten 7 Tagen: Die Liste ist v.a. durch asiatische und amerikanische Länder geprägt, dabei verzeichnen viele Länder einen abnehmenden Trend oder eine Stabilisierung der Fallzahlen, während südamerikanische Länder eher ansteigende Fallzahlen ausweisen. Seit dieser Woche fällt auch Spanien wegen des Clusters in Katalonien und Aragon (wahrscheinlich auf vermehrte Familienzusammenkünfte und geöffnete Bars/Kneipen nach Maßnahmen-Lockerung zurückzuführen) in diese Kategorie.</p> <p>! Länder mit 700 bis 7.000 neuen Fällen in den letzten 7 Tagen: Neu sind u.a. Republik Kongo und Kosovo. In der DRC wurde der Notstand heute für beendet erklärt, Schulen und</p>	ZIG1

	<p>Geschäfte sind wieder geöffnet. In Europa sind v.a. Rumänien und Serbien betroffen, zusätzlich wird ein leicht steigender Trend in den Niederlanden, Österreich (heute wieder Maskenpflicht in diversen Geschäften) sowie Frankreich beobachtet.</p> <p>! Situation in Uruguay: Uruguay gilt hinsichtlich der Krisenbewältigung als Erfolgsbeispiel in Südamerika mit insgesamt ca. 1100 Fällen und 33 Todesfällen. Dies wird auf die schnelle Reaktion der Regierung nach den ersten Fällen Mitte März 2020 zurückgeführt, die direkt zur Ausrufung eines nationalen Notstands und Schulschließungen sowie freiwilliger Quarantäne führten.</p> <p>! Uruguay setzt stark auf die Eigenverantwortung der Mitbürger (ähnlich zu Schweden), u.a. waren Geschäfte freiwillig geschlossen und auch eine mit DEU vergleichbare Maskenpflicht wurde erst spät eingeführt, eine Ausgangssperre nie. Es wurden gesonderte Einkaufszeiten für ältere Personen empfohlen.</p> <p>! In Uruguay wurde ein eigener PCR-Test entwickelt.</p> <p>! Das relativ kleine (3,5 Mio. Einwohner) und dünn besiedelte Land hat im Vergleich mit den Nachbarstaaten ein robustes Gesundheitssystem, bei dem die Notaufnahme dezentral organisiert ist. Dadurch finden Testungen vorwiegend zu Hause und in dezentralen Notaufnahmeeinrichtungen statt; Einweisungen ins Krankenhaus erfolgen erst bei schwerem Erkrankungsverlauf.</p> <p>! Insgesamt gibt es relativ wenig informell Beschäftigte, was ggf. Home Office eher ermöglichte.</p> <p>! Seit Ende April/Mai werden Maßnahmen gelockert. Schulen wurden schrittweise seit Anfang Juni geöffnet, zuerst in den ländlichen Gebieten, später in den Städten.</p> <p>! Tägliche Fallzahlen nehmen aktuell wieder zu, a.e. durch Krankenhaus-Cluster bedingt.</p> <p>! Es wird angeregt, anstelle der Verdopplungszeit die 7-Tage-Inzidenz auf der ersten Folie auszuweisen.</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <p>! SurvNet übermittelt: 202.799 (+454), davon 9.095 (4,5%)</p>	<p>FG32</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Todesfälle (+5), Inzidenz 244/100.000 Einw., ca. 188.600 Genesene, Reff= 0,89, 7T Reff=1,01</p> <p>! Aktuell auf ITS 254 (+8), davon beatmet 122 (+2) – weiterhin konstant</p> <p>! NW hat als einziges BL einen Anstieg von mehr als 100 Fällen zum Vortag. Alle BL haben neue Fälle übermittelt. Die 7-Tage-Inzidenz liegt im Schnitt bei 3,4 mit starken Schwankungen (0,4-6,1).</p> <p>! Im Vergleich der KW29 mit KW28 zeigen fast alle BL (mit Ausnahme von BE und SN) einen Zuwachs, auch auf niedrigem Niveau. Der höchste Zuwachs wird in HB und NI (LK Vechta) beobachtet.</p> <p>! 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum der BL: die 7-Tage-Inzidenz in HB steigt an (kleines BL, niedrige Fallzahlen, wobei unklar ist, was den Anstieg der Fallzahlen erklären könnte), während die Fallzahlen in NW zurückgehen, aber weiterhin ein höheres Niveau als in allen anderen BL ausweisen.</p> <p>! Es wurde eine neue Karte zur geographischen Verteilung erstellt, in der die Kreise ohne Fälle in den letzten 7 Tagen grün und die Kreise mit 5 bis 25 Fällen/100.000 Einwohner in gelb dargestellt werden. Insgesamt ist die Abgrenzung durch die neue Farbzueweisung so einfacher. Ein Kreis (LK Vechta) sticht mit einer 7-Tage-Inzidenz von knapp 35/100.000 Einwohner hervor.</p> <p>! Im Wochenvergleich sticht LK Vechta in der aktuellen Woche heraus, während in der Vorwoche der LK Bad Tölz auffällig war.</p> <p>! LK mit höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen (absteigende Reihenfolge): SK München, LK Mettmann, SK Duisburg, SK Köln.</p> <p>! LK mit der höchsten 7-Tage-Inzidenz (absteigende Reihenfolge): LK Vechta, LK Bitburg-Prüm, LK Diepholz, LK Mettmann.</p> <p>! Ausbrüche:</p> <p style="padding-left: 40px;">! Auf dem Schlachthof Wiesenhof im LK Vechta gibt es einen Ausbruch, der auch weitere Kreise betrifft.</p> <p style="padding-left: 40px;">! Die steigenden Fallzahlen in Bitburg-Prüm sind auf einen Ausbruch in einer Reha-Klinik in Trier zurückzuführen, damit stehen weitere Ausbrüche in Verbindung, die über private Kontakte entstanden sein sollen. Durch die Grenznahe zu Luxemburg wurden im BMG erneut Grenzkontrollen diskutiert.</p>	
--	--	--

	<p>! Im LK Rhein-Sieg-Kreis gibt es einen Ausbruch auf einem Obsthof, bei dem deutsche und rumänische Arbeiter betroffen sind. Der Betrieb ist vorerst eingestellt.</p> <p>! Die Zusammensetzung der Altersverteilung nach Meldewoche zeigt einen konstanten Verlauf.</p> <p>! Übermittelte Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen: In den letzten 2 bis 3 Wochen zeigt sich eine relativ konstante Zusammensetzung nach Tätigkeit oder Betreuung. Zeitweise gab es deutlich mehr Fälle bei §36 betreuten und bei den nach §42 Tätigen. Ermittlungen für die letzte KW sind noch nicht abgeschlossen. Der Anteil der nach §33 betreuten Fälle ist seit KW23 recht stabil.</p> <p>! Übermittelte Fälle nach Expositionsort: leichter Anstieg des Anteils der im Ausland erworbenen Infektionen.</p> <p>! Häufigste Expositionsländer: Balkan (Serbien, Kosovo), deutlich weniger aus Türkei, Bosnien und Rumänien. Kasachstan steht auch auf dieser Liste, Luxemburg hingegen nicht.</p>	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
4	Aktuelle Risikobewertung ! Nicht besprochen.	FG32/alle
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Exemplarisch werden folgende Anfragen genannt: Hygienemaßnahmen im Urlaub (z.B. Desinfektion der Ferienwohnung), Besuch von Veranstaltungen durch symptomatische Kontaktpersonen, Ablehnung der Durchführung einer SARS-CoV-2-Testung durch GA bei symptomatischen Personen.</p> <p>! Das Kampagnenkonzept wird aktuell überarbeitet, die Rückmeldung aus dem BMG steht noch aus.</p> <p>! Berichte über Personen, die sich über die Ablehnung einer Testung durch ein GA beschwerten, gab es bereits mehrfach und sollten mit Vorsicht betrachtet werden. Viele GÄ haben nicht die Kapazität für die regelmäßige Testdurchführung und verweisen dann auf Hausärzte, was im Einzelfall als Ablehnung interpretiert wird. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass eine größere Anzahl Personen, die getestet werden sollte, aus Kapazitätsgründen nicht getestet wird.</p> <p>Presse</p> <p>! Nicht besprochen.</p>	<p>BZgA/alle</p> <p>Presse</p>
6	Neues aus dem BMG	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Der gestrige interministerielle Krisenstab fokussierte sich auf bekannte Themen wie Risikogebiete, das Einreisemanagement und Testungen bei Einreise sowie auf die Frage der Entschädigungsleistungen nach §56 IfSG. Hinsichtlich der Kontrolle der Quarantäne nach Einreise werden Aussteigekarten diskutiert, auch unter dem Aspekt, inwiefern die Papierflut möglichst gering gehalten werden könne. Eine elektronische Lösung der Aussteigekarten ist vor 2021 nicht realistisch.</p> <p>! BY bietet bei Einreise eine kostenlose Testung an, was heute in der MPK-Schleife und erneut nächste Woche in der CdS-Schleife diskutiert werden soll.</p> <p>! Eine Konkretisierung hinsichtlich der Testregionen steht noch aus. Anlassloses Testen bei Einreise sei laut Herrn Holtherm nicht sinnvoll.</p>	BMG Liaison
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>Tätigkeitsverbot für medizinische Einrichtungen nach Einreise</p> <p>! HH erwägt die Einführung eines Tätigkeitsverbots in medizinischen Einrichtungen für Ein- und Rückreisende. Dies basiert auf der im März 2020 gemachten Erfahrung mit rückkehrenden Ski-Fahrern, die im Gesundheitssystem tätig waren. HH bittet das RKI um Stellungnahme. In der AGI waren nicht alle Seuchenreferenten überzeugt, dass sich das RKI diesbezüglich äußern sollte.</p> <p>! Die Problematik steht auch im Zusammenhang damit, dass die Quarantäne-VO eine Umgehung der Quarantäne-Regeln durch ein negatives Testergebnis (u.a. aus dem Ausland) ermöglicht. Großen Arbeitgebern geht die Quarantäne-VO damit nicht weit genug, so dass sie ihren MA vorschreiben, das Betriebsgelände frühestens 1 Woche nach Einreise und nach Vorlage eines negativen Testergebnisses aus DEU betreten zu dürfen. Es besteht Unsicherheit hinsichtlich der Qualität ausländischer Testergebnisse (technische Durchführung, Qualität des Labors). In RP werden Kündigungen angedroht, wenn MA nach Einreise aus Risikogebieten die Quarantäne einhalten und nicht im Betrieb erscheinen, während in BW z.T. gekündigt wird, wenn</p>	

	<p>MA nach Einreise im Betrieb erscheinen.</p> <p>! Der Anspruch auf Entschädigung nach § 56 IfSG ist strittig, der Verdienstausfall wird nicht unbedingt bezahlt.</p> <p>! Grundsätzlich sind die Krankenhäuser selbst in der Pflicht Sicherheitsvorkehrungen zu treffen. Einzelentscheidungen sollten möglich sein. Ggf. könnte die AG Diagnostik bei zunehmendem Druck hinsichtlich der Personalressourcen in den Krankenhäusern eine Verkürzung der Quarantänezeit diskutieren.</p> <p>! Rückkehrende haben ggf. ein erhöhtes Risiko, gleichzeitig werden Urlauber im Inland nicht erfasst. Das Risiko, sich im Ausland mit SARS-CoV-2 anzustecken, hängt primär mit den dortigen sozialen Kontakten und Verhaltensmaßnahmen ab, weniger vom Land und Urlaubsort. Viele Urlauber interagieren wahrscheinlich wenig mit der Bevölkerung vor Ort; bei Reisen ins Ausland im Rahmen von Familienbesuchen gilt ähnlich wie im Inland ein erhöhtes Risiko aufgrund des Zusammentreffens von vielen Personen auf engem Raum. Ggf. besteht auch durch In-Door-Meetings bei Geschäftsreisen ein höheres Risiko. Grundsätzlich sollte an die persönliche Verantwortung des Einzelnen appelliert werden; mit Ischgl vergleichbare Situationen sind aufgrund der zunehmenden Sensibilisierung nicht wahrscheinlich.</p> <p>! Die AG Diagnostik könnte privaten Anbietern von Tests die Teilnahme an Ringversuchen empfehlen. Eine allgemeine Empfehlung seitens des RKI zu Tätigkeitsverboten auszusprechen ist schwierig; das Vorgehen von HH, die Eindämmungs-VO an die lokalen Erfahrungen anzupassen, ist begrüßenswert.</p> <p>! Gleichzeitig ist zu erwarten, dass das BMG im Verlauf vom RKI ein Gesamtkonzept fordert, welches die unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen BL zusammenführt.</p> <p><i>ToDo:</i> INIG soll eine Übersicht über die Quarantäne-Regeln (Dauer, Testungen etc.) in anderen Ländern führen.</p>	
8	Dokumente	FG32
	! Nicht besprochen	
9	Informationen zu Arbeitsschutz (freitags)	IBBS
	! Nicht besprochen	
10	Labordiagnostik	FG17
	! In den letzten Wochen gab es viele Rhinovirus-Nachweise, weitere Viren wurden nicht nachgewiesen.	FG34

	<p>! Hinsichtlich der Unterstützung durch das Konsiliarlabor wurde eine Studie <u>CORONA-MONITORING lokal Studie</u> aus Abt. 2 bisher <u>gegenüber der SeBluCo-Studie</u> priorisiert. Das Konsiliarlabor hat aber inzwischen freie Kapazitäten zurückgemeldet. Diese können für Proben aus weiteren Studien genutzt werden.</p> <p>! In KW 29 wurden nach Auswertung der RKI-Testlaborabfrage über 530.000 Testungen in DEU durchgeführt, davon waren ca. 3.400 positiv (die Positivenrate liegt seit ein paar Wochen konstant bei 0,6). Es gaben 145 Labore in KW29 prognostisch an, in der folgenden Woche (KW30) Kapazitäten für insgesamt 177,687 Tests pro Tag zu haben. Alle 145 übermittelnden Labore machten Angaben zu ihren Arbeitstagen pro Woche, die zwischen 4 bis 7 Arbeitstagen lagen, daraus resultiert eine Testkapazität von ca. 1.200.000 durchführbaren PCR-Tests zum Nachweis von SARS-CoV-2.</p> <p>! Aus einem Labor kam die Anfrage an FG37, ob die CWA-Codes ggf. an das RKI übermittelt werden sollen. Dazu müsste eine Klärung mit dem Datenschutzteam erfolgen.</p>	<p>FG32</p> <p>FG37</p>
<p>11</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Ein zentrales Dokument stellen die Therapiehinweise des STAKOB dar, die erstmalig eine Positivempfehlung für Remdesivir und Dexamethason enthalten. Pre-Print-Dokumente sollen regelmäßig eingeordnet werden. Zusätzlich werden regelmäßig sogenannte Praxis-Berichte der AG COVRIIN veröffentlicht, z.B. befassen sich diese mit dem besten Zeitpunkt für Therapiebeginn oder -wechsel. Außerdem wird eine Datenbank mit einer Übersicht zu experimentellen Therapeutika weitergeführt.</p> <p>! Das Telemedizin-Projekt soll adhoc-Unterstützung für Intensivstationen anbieten. Aktuell läuft eine Pilotierungsphase mit 3 bis 4 Häusern in ganz DEU, was eine breitere infektiologische Beratung (da es momentan wenige COVID-19-Patienten gibt) ermöglicht.</p> <p>! Eine Fachgruppe beschäftigt sich mit strategischer Patientenverteilung zur Vermeidung regionaler Überlastung der Intensivkapazität; das Verlegungskonzept ist in Abstimmung mit Ländern.</p> <p>! Als Stärkung der infektiologischen Beratungskapazität sollen</p>	<p>IBBS</p>

	<p>Mitglieder des STAKOB beim ÖGD und in Krankenhäusern stärker unterstützen können.</p> <p>! Eine stärkere Vernetzung mit der Dt. Gesellschaft für Infektiologie ist geplant. Auch der Austausch mit dem Apotheker-Netzwerk, u.a. zur Bevorratung von Remdesivir (welches auf dem freien Markt nicht verfügbar ist), wird gepflegt.</p> <p>! In 2 Studienvorhaben wird eine Urin-Proteom-Analyse zur Schwerevorhersage der COVID-19-Erkrankung und eine serielle Beprobung von Intensivpatienten thematisiert werden.</p> <p>! Medizinische Evakuierungen von international tätigen UN-Mitarbeitern häufen sich aktuell.</p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>Virologische Surveillance am Nationalen Referenzzentrum für Influenzaviren (Folien hier)</p> <p>! Die Influenza-Saison war eher moderat, die Einsenderate scheint mit der Schwere der Saison zusammen zu hängen. Seit Anfang März 2020 gibt es eine hohe Zahl an Einsendungen. Nach Ende des Shutdowns wurden auch mehr Einsendungen registriert als in den Vorjahren. Auffällig ist insbesondere die große Anzahl an Einsendungen in den letzten KW, was ggf. auf den Anstieg der ARE, v.a. bei Kindern, zurückzuführen ist.</p> <p>! Die Untersuchungen auf SARS-CoV-2 wurden in der 9. KW aufgenommen, SARS-CoV-2 wurde in der 11.-17. Kalenderwoche nachgewiesen.</p> <p>! Seit Anfang/Mitte Juni 2020 wird ein hoher Anteil bei Kindern <10 Jahren (in rot) beobachtet (Tendenz steigend). Das ist auf viele Einsendungen aus Kinderarztpraxen zurückzuführen.</p> <p>! Ab ~12. Kalenderwoche Rückgang aller viralen Erreger und frühzeitiges Ende der Grippezeit, zeitlich verknüpft mit COVID-19-Gegenmaßnahmen.</p> <p>! Seit ~24. Kalenderwoche Rebound respiratorischer Viren. Geringe Diversität: ausschließlich Rhinoviren. Initial in Kindern <10 Jahre, mittlerweile auch in Erwachsenen zu sehen. Die Prävalenz ist deutlich höher als die Vorjahresprävalenz. Mögliche Erklärungen könnten eine fehlende Boosterung oder auch eine niedrigere Testschwelle bei einsendenden Ärzten sein. Der Rebound könnte ein Hinweis auf geringere Effektivität der Maßnahmen ab ~22-23. Kalenderwoche sein.</p> <p>! Es wird angeregt, die Bedeutung der Maßnahmen hinsichtlich der frühzeitigen Beendigung der Influenzawelle sowie dem Auftreten von weiteren Atemwegserkrankungen beim nächsten Pressebriefing sowie im Rahmen eines Epid. Bull. Artikels darzustellen. Dies könnte die Akzeptanz der Maßnahmen erhöhen. Eine klare Abgrenzung des Effekts einzelner Maßnahmen gestaltet sich schwierig. Jedoch können die obigen Daten die allgemeine Akzeptanz verstärken. Die soziale</p>	FG17



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Verantwortung für Risikogruppen müsste auch betont werden.</p> <p><i>ToDo:</i> FG17 erstellt einen Epid. Bull. Artikel, der an die vorherigen Artikel zu GrippeWeb und dem abrupten Ende der Influenzasaison anknüpfen und zusätzlich mit P1 abgestimmt werden soll.</p> <p>Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In GrippeWeb zeigt sich weiterhin ein starker Anstieg der ARE-Rate bei den 0- bis 4-Jährigen, bei den Schulkindern schwächt sich der Anstieg der ARE-Rate leicht ab. ! Die ARE-Konsultationen waren im Vergleich zu den Vorjahren nach Einsetzen der COVID-19-Gegenmaßnahmen abrupt abgefallen, aber zeigen aktuell einen Anstieg bei den bei 0- bis 4-Jährigen, während die ARE-Konsultationen bei den Schulkindern eher auf dem Vorwochen-Niveau verbleiben. ! Die Schulferien (aktuell sind in vielen BL Schulferien) haben regelmäßig einen großen (limitierenden) Einfluss auf ARE-Raten; dieser Einschnitt wird auch im Jahreswechsel bei bundesweiten Schulferien beobachtet. Sollten die ARE-Raten im Herbst wieder stark ansteigen, sollte der Faktor Schule im Blick behalten werden. ! Die Konsultationsinzidenz ist nur für einige BL vorhanden, z.B. werden BB und BE zusammengefasst. In BB/BE wird ein Rückgang der ARE-Arztbesuche beobachtet, in NW eine Stabilisierung, während in BY und BW die ARE-Arztbesuche ansteigen. ! Auf der Webseite der AGI sind die Gegenüberstellungen von Praxisindex und Konsultationsindex pro BL verfügbar. ! Im Rahmen der Krankenhaus-Surveillance von schweren akuten respiratorischen Infektionen (SARI) steigt die Anzahl der SARI-Fälle insbesondere in der Gruppe der 0- bis 4-Jährigen. ! Es wird darauf hingewiesen, dass innerhalb der Schulferien andere Sozialkontakte (durch Vereine oder Schulfreunde) häufig zusätzlich wegfallen. Allerdings ist der Schulbetrieb (mit Anwesenheit im Klassenverband über viele Stunden) nicht mit Vereinstätigkeit o.Ä. bezüglich des Expositionsrisikos gleichzusetzen. <p>SARS-CoV-2-Surveillance in ARS (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es wird weiterhin mehr getestet. Innerhalb einer KW sind für den Wochenbeginn mehr Testungen als am Ende der Woche dokumentiert. ! In den letzten Wochen nahm pro Woche die Anzahl aller positiven und negativen Testungen bundesweit zu. ! Der Anteil der positiven Testungen an allen Testungen ist leicht angestiegen, aber weiterhin sehr niedrig. ! Der Zeitverzug, d.h. die Dauer in Tagen von Probenentnahme bis Testergebnis, steigt weiter an. In der Auswertung der Daten nach BL zeigt sich, dass in RP und in BY (nur letzte KW) ein 	<p>FG36</p> <p>FG37</p>
--	---	-------------------------

	<p>Testverzug von mehr als 1 Tag vorliegt. Der Verlauf in NW zeichnet ggf. die zusätzlichen im Rahmen des Tönnies-Ausbruchs durchgeführten Testungen nach. In BY kann aktuell jeder getestet werden, was die Verzögerung zwischen Probenentnahme und Testergebnis erklären könnte.</p> <p>! Bei Stratifizierung der Anzahl der Tests nach Entnahmeort (Krankenhaus, Arztpraxis und andere) ist der Anteil der Testungen in Krankenhaus über die letzten Wochen relativ stabil, während der Anteil der Testungen in den Arztpraxen ansteigt. Die Darstellung dieser Stratifizierung nach BL zeigt u.a., dass in BY und NW der Anstieg auf vermehrte Testungen in Praxen zurückzuführen ist.</p> <p>! Bei der Anzahl der Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und KW ist der Anstieg bei den 0- bis 4-Jährigen leicht rückläufig, in den übrigen Altersgruppen ist die Anzahl weitgehend stabil.</p> <p>! Der Anteil positiv getesteter Personen nach Altersgruppe und Kalenderwoche ist in allen Altersgruppen gleichermaßen niedrig.</p>	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p>	
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>!</p>	
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 24.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	24.07.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - o Lothar Wieler
- ! FG12
 - o Annette Mankertz
- ! FG14
 - o Melanie Brunke
 - o Mardjan Arvand
- ! FG17
 - o Dschin-Je Oh
- ! FG 32
 - o Ute Rexroth
- ! FG34
 - o Viviane Bremer
 - o Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - o Stefan Kröger
- ! FG37
 - o Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - o Christian Herzog
- ! P1
 - o Mirjam Jenny
 - o Ines Lein
- ! Presse
 - o Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - o Janine Michel
- ! ZIG1
 - o Andreas Jansen
 - o Sarah Esquevin
- ! BZgA
 - o Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr

- Katalyn Roßmann
- ! BMG
 - Iris Andernach

! Länder mit 700-7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tagen

- Neu dazugekommen: Luxemburg, Panama, Schweiz
Simbabwe
- In einigen Ländern Europas wurden Maßnahmen wieder eingeführt: z.B. Spanien, Rumänien, Polen, Serbien, Tschechische Republik; seit heute wieder Maskenpflicht in Österreich in Läden; Verschärfung der Kontrollen an Grenzen

National

! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](#))

- SurvNet übermittelt: 204.183 (+815), davon 9.111 (4,5%) Todesfälle (+10), Inzidenz 246/100.000 Einw., ca. 189.400 Genesene, Reff=1,08, 7T Reff=1,16
 - 815 neue Fälle sind auch für Freitag sehr viel. Es handelt sich um diffuses, nicht genau zuordenbares Geschehen.
- Fälle und Todesfälle pro Bundesland
 - Neue Fälle vor allem in NRW und BW, aber auch in vielen anderen BL, sogar MW
- Nowcasting – Schätzung von R
 - Steigt wieder leicht an
- 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer
 - Deutscher Trend leicht ansteigend
 - Gewisse Nervosität bei den BL
- Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
 - Nur noch 88 LK, die keine Fälle übermittelt haben
 - Kein LK mit Inzidenz > 50. Die höchste Inzidenz in LK Vechta (>35; Wiesenhof), darauf folgend LK Diepholz, LK Hof, SK Mülheim
- Landkreise mit höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen
 - SK Köln, LK Mettmann, SK München, LK Duisburg, LK Essen
 - SK München hat große Einwohnerzahl und ist deshalb oft auf der Liste.



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aktuelle Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hof: großflächige Testungen in Allgemeinbevölkerung ▪ Bitburg: ausgehend von Rehaklinik, Eintrag in Wäscherei ▪ Hamburg: viele Reiserückkehrer pos. getestet, Flüchtlingsunterkunft ▪ Gütersloh: Schlachtung wurde wieder aufgenommen, wieder 20 Beschäftigte positiv ▪ Bochum: auch schwer Erkrankte dabei; Klinikum, Seniorenheim betroffen <ul style="list-style-type: none"> ! Vorschlag: Verläufe von erkrankten Personen weiter beobachten. DIVI Register ist nicht gut geeignet, um Verläufe nachzuverfolgen. ! Blick auf Kapazitätsverlauf (DIVI Intensivregister): weiterhin genug Kapazitätsreserven vorhanden. ▪ Solingen: Seniorenheim ▪ Baden-Württemberg: kumulativ ca. 225 reiseassoziierte Fälle, davon ca. 32% Serbien ▪ Duisburg: Dönerfleischproduktion, Paketdienstleister, Zuckerfeste ▪ Essen: Flüchtlingsunterkunft ▪ Mecklenburg-Vorpommern: <ul style="list-style-type: none"> ! AIDA wollte Betrieb stufenweise wieder aufnehmen und hat dafür 600 Mitarbeiter aus den Philippinen einfliegen lassen. Einer war bereits auf dem Flug symptomatisch. Alle 600 wurden getestet, 10 davon waren positiv, ein Teil der Ergebnisse steht noch aus. Die Mitarbeiter wurden auf 3 Schiffe verteilt, noch sind keine Passagiere an Bord. Frage, wie geht man damit um. ! In Schwerin kleiner Ausbruch im LKA. ! Bis jetzt keine größeren Ausbrüche bei Urlaubern. ○ Häufigste Expositionsländer im Ausland 	FG32 / Presse / Alle / BZgA
--	---	-----------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meldewochen 29-30, noch nicht vollständig ▪ 157 Kosovo, 75 Serbien, 35 Türkei, 31 Bosnien-Herzegowina, diverse weitere Länder ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Phase der zeitweisen Übersterblichkeit scheint beendet <p>! Sprachregelung hohe Fallzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Anstieg von 300 auf 800 neue Fälle pro Tag muss an die Öffentlichkeit kommuniziert werden. Es gibt auch viele Anfragen dazu. ○ Hierfür wurde eine Sprachregelung im Lagezentrum vorbereitet: „Zahl der neu übermittelten Fälle ist am Freitag, 24.07.2020 mit 815 deutlich höher als in den Vortagen. Der Zuwachs ist in vielen BL zu beobachten, mehr als 60% der neu übermittelten Fälle sind jedoch auf Anstiege in NRW und BW zurückzuführen.....“ ○ „Kleiner Häufungen“ wurde durch „zunehmend Häufungen in vielen unterschiedlichen Zusammenhängen“ ersetzt. ○ Es wurde entschieden, Flüchtlingsunterkünfte und den Schlachtbetrieb Tönnies bei den Beispielen rausnehmen, um zu verhindern, dass sich ein großer Teil der Bevölkerung nicht angesprochen fühlt. ○ Statt Familienzusammenkünften sollen private Feiern, Freizeitaktivitäten, Häufungen an Arbeitsplätzen, in Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen aufgeführt werden. Die gesamte Bevölkerung soll sich angesprochen fühlen. ○ Die Entwicklungen zeigen, wie wichtig die Einhaltung der Abstandsregeln, das Tragen eines MNS und die Hygienemaßnahmen sind. Es sollte kommuniziert werden, dass nur durch konsequente Einhaltung der AHA Regeln durch die gesamte Bevölkerung eine erneute Verschärfung der Maßnahmen vermieden werden kann. ○ Was ist die Ursache? Viele einzelne Infektionen in der Allgemeinbevölkerung (Urlaub, größere Feiern, Sport/Freizeitaktivitäten). Kein einzelner Ausbruch für Fallzahl verantwortlich. Der Anstieg ist nicht auf bestimmte Altersgruppen beschränkt. ○ Die Entwicklungen sind beunruhigend und könnten der Anfang einer 2. Welle sein. ○ Das RKI kann aufgrund von Beobachtungen Empfehlungen 	
--	--	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>geben, konkrete Maßnahmen sind eine politische Entscheidung.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BZGA wird dazu eine Twittermeldung verfassen, sowie eine Slidermeldung auf die Internetseite stellen. ○ Die Sprachregelung zu den hohen Fallzahlen wird zirkuliert und von der Presse finalisiert. Sie wird in den Lagebericht übernommen. Die Anfragen von dpa können damit beantwortet werden. Evtl. könnte sie auf der Internetseite mit einem Teaser verlinkt werden. <p><i>ToDo: Presse organisiert für nächste Woche, Dienstagvormittag eine Pressekonferenz</i></p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Von Sonntag bis 17.August wird Jan Baumann mit WHO nach Tadschikistan reisen, um die Laborinfrastruktur zu verbessern. ! Am Dienstag findet ein Termin in Usbekischer Botschaft statt, um zu klären, ob ein Team ggf. mit WHO nach Usbekistan geschickt werden kann. ! Die gleiche Anfrage kommt aus Gagausien (autonome Republik in Moldawien). ! Seroprävalenzstudien: Demnächst können Materialien an erste Länder versendet werden. ! Muna Abu Sin wird nach ihrem Urlaub im Krisenstab zum Einsatz in Turkmenistan berichten. ! FG32 ist in engerem Austausch mit den Balkanländern, CDC und WHO. Es geht um syndromische Surveillance. 	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Siehe aktuelle Lage 	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Siehe aktuelle Lage <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Siehe aktuelle Lage 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>Abt. 3 / BZgA</p>

	<p>! Geplante Ausgabe zu Public Health Aktivitäten bei COVID-19 im Bundesgesundheitsblatt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bitte um Beiträge ist viel zu spät bei Abt. 3 angekommen. Geplante Beiträge bilden deshalb nur einen Teil der Aktivitäten ab, die am Institut laufen. Vor allem die Aktivitäten in Abt. 3, FG32 und die Zusammenarbeit mit dem ÖGD ist bei geplanten Artikeln nicht berücksichtigt. ○ Die großen Herausforderungen für den ÖGD wurden weder bei Autoren noch Themen berücksichtigt. Wenn der Inhalt nicht mehr geändert werden kann, sollte zumindest der Titel geändert werden. ○ Koordination bei BZGA: erste Ausgabe ist der Auftakt für eine Reihe von Perspektiven auf das Thema. Der ÖGD könnte in einem eigenen Heft berücksichtigt werden. ○ Fr. Rexroth hat mit Fr. Spura gesprochen, ein 2.Heft zur Epidemiologie und ein 3.Heft zu Personengruppen sind geplant. ○ Es besteht die Befürchtung, dass durch das 1.Heft andere Erwartungen geweckt werden. Deshalb müsste zeitnah ein Heft zur ÖGD Perspektive geplant werden und dies sollte kommuniziert werden, bevor das Heft herauskommt. 	
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Thema Reiserückkehrer: keine größeren Neuigkeiten, Bundesländer-Konferenz bisher ohne Beschluss</p> <p>! Arbeitsauftrag: Bitte von Hr. Holtherm kommenden Dienstag in der Morgenlage zu Reiserückkehrern und Fallzahlen zu berichten.</p> <p><i>ToDo: Wird Fr. Rexroth in Morgenlage am 28.07. ansprechen</i></p> <p>! Anfrage von den Grünen an Minister Spahn hinsichtlich RKI-Empfehlungen zur Vermeidung von Superspreading Events</p> <p>! Evtl. auch Empfehlungen zu Schlachthöfen erwünscht.</p> <p>! In FAQ des BFR nichts Neues hierzu , bisher Empfehlungen vom Arbeitsschutz des BMAS.</p>	<p>BMG-Liaison</p> <p>FG32</p>
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Frage des Maßnahmenmonitorings steht im Raum, Gebiete mit > 100.000 Einwohner sollen tagesaktuell BMG und RKI berichten.</p>	<p>FG32</p>

12	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen	
13	Surveillance ! Nicht besprochen	
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Wurde bereits am Mittwoch besprochen: Aussteigekarten werden vermutlich in Papierform wieder eingeführt, Umsetzung soll kontrolliert werden. ! Die Idee einer flächendeckenden Testung an Flughäfen ist Gegenstand vieler Diskussionen. Wer würde dies finanzieren?	FG32
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Die Betriebszeiten im LZ wurden unter der Woche wieder auf 8-18 Uhr ausgeweitet, dafür am Wochenende auf 10-15 Uhr reduziert. ! Viel internationale Kommunikation, aufwändige KoNa bei Flugreisen. ! BVA hat jetzt die Erlaubnis, Informationen zu teilen für den Fall, dass das RKI nicht selbst bei den Fluglinien erfolgreich ist. ! Kreuzfahrten werden wieder problematisch.	FG32
16	Wichtige Termine ! Request for Hearing by French Senate: Bitte um VK am 8.9.16:00 zu COVID-19 Response in Deutschland, s Mail vom 23.7.2020, 19:11 o Anfrage vom französischen Senat an einer Online-Konferenz am 8. September teilzunehmen <i>ToDo: Weiterleitung an RKI-Leitung und BMG für Entscheidung, wer teilnehmen soll</i>	Alle
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag, 27.07.2020, 13:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	27.07.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Jamela Seedat
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Eva Krause
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
 - Sarah Esquevin
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr

- ! BMG
 - Katalyn Roßmann
 - Irina Czogiel



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier), weltweit über 16 Mio. und über 640.000 Todesfälle (4,0%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: wenig neues, Brasilien und Indien abwechselnd auf zweiter Position nach USA, absteigender Trend in Südafrika, Russland, Bangladesch ○ Länder mit 7-T.-I. >50/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenig Veränderungen, heute 32 Länder ▪ In Europa neu: Bosnien Herzegowina und Moldawien ○ Afrika –Lage (>700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fälle steigend in Libyen, Senegal, Simbabwe ▪ Wenig Veränderung in den Kurven ▪ Manche Länder führen Maßnahmen wieder ein: z.B. Südafrika heute bis 24.08. erneuter Schulschluss, in Marokko lokale Lockdowns mit Ein- und Ausreise verbot in 8 Städten ○ Nord- & Südamerika –Lage (>700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paraguay nicht mehr dabei ansonsten gleich, Trend überall steigend ▪ 58% der weltweit neuen Fälle ▪ USA: Infektionsgeschehen verschiebt sich in den Südosten, Kalifornien und Florida überholen kumulative Fallzahlen von New York ▪ Brasilien zwischenzeitlich leicht absteigender Trend, nun wieder Anstieg ▪ Kanada ähnlich Westeuropa: Trend leicht steigend, lokal begrenzte Cluster in unterschiedlichen Einrichtungen und nach Zusammenkünften ○ Asien –Lage (>700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neu dabei: China und Libanon ▪ China heute höchste Fallzahl seit April, getrieben durch zwei Ausbrüche in Provinzen, u.a. in der Hafenstadt Lianong in Verbindung mit einem seafood market ▪ Hong Kong: steigende Fallzahlen, heute Ankündigung neuer Maßnahmen ab Mittwoch, nur noch 2 Personen dürfen sich treffen, MNB überall, Restaurants geschlossen ▪ Japan: Rekordzahlen am Wochenende, nicht nur in Tokyo aber in ganzem Land, v.a. jüngere 	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	<p>Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nordkorea: Meldung des ersten Verdachtsfalles, Person, die aus Südkorea nach Nordkorea eingereist ist, aus Sekretabstrichen unsichere Testergebnisse, Notstand wurde im betroffenen Gebiet ausgerufen, Gesundheitsbehörden reden noch nicht von einem COVID-19-Fall ▪ Vietnam: erneut autochthone 3 Fälle nach 100 Tagen ohne, Infektionsquelle unbekannt, Fall hat nach Symptombeginn eine Hochzeit besucht, 80.000 vietnamesische nationale Touristen werden zurück in ihre Heimatorte geführt ○ Europa –Lage (>700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neu: Luxemburg, Montenegro, NL und Schweiz ▪ In Osteuropa und Balkan weiter exponentieller Anstieg, auch in West- und Südeuropa ▪ In mehreren Ländern Wiedereinführung von lokal begrenzten Einschränkungen ▪ GB: Quarantäne für einreisende aus Spanien ▪ WHO EURO berichtet (Stand KW29, vorletzte Woche): 27% der gemeldeten Infektionen (mit hierzu übermittelten Informationen) waren HCW (WHO EURO Zone), die meisten kumulativen Todesfälle waren in GB, gefolgt von Italien, Frankreich, Spanien ○ Ozeanien –Lage (>700/letzte 7 Tage): Australien heute neue Rekordzahl mit 532 neuen Fällen, alle aus Victoria <p>! Zusammenfassung: globaler Anstieg von Fällen, viele Länder verschärfen erneut ihre Maßnahmen</p> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es wäre interessant, den Fall-Verstorbenen-Anteil zwischen der 1. Und der 2. Welle zu evaluieren um deren Schwere zu vergleichen ○ Situation in USA: CDC hat ein Dashboard (hier) wo die Krankenhauskapazitäten dargestellt sind ○ DIVI-Register in Deutschland ist Intensivstation-spezifisch, gibt es Daten zur Belastung des Vorintensivbereiches in Deutschland? ○ Über die ICOSARI Sentinel-KKH gibt es einen guten Überblick zu deren Patienten (egal welcher Schwere), dies ist donnerstags im Lagebericht enthalten, Zahlen sind aktuell sehr rückläufig <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 205.609 (+340), davon 9.118 (4,5%) Todesfälle (+0), Inzidenz 247/100.000 Einw., ca. 109.400 Genesene, Reff=1,28, 7T Reff=1,10 ○ Morgen mehr Aufschluss zur Fallzahlentwicklung, montags ist dies aufgrund des 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Wochenendverzugs nicht so zuverlässig (BW & SN noch nicht übermittelt)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlen sind nicht mehr rückläufig, R-Wert steigt, die BL-R-Kurven ähneln sich grob ○ Inzidenzen: 7-T-I steigt nach Tiefpunkt um den 13.07. wieder an, NW oben gefolgt von BY, dann BE, nur 88 LK ohne Fälle ○ Viele Fälle in großen Städten/Ballungsgebieten <p>! Ausbrüche</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dingolfing Landau <ul style="list-style-type: none"> ▪ >50/100.000 Einw., ▪ Erntehelfende in einem Landwirtschaftsbetrieb (primär Gurken) ▪ Spezielle Entnahmetechnik im Liegen ▪ MA sind sehr eng in Containern untergebracht ▪ Alle wurden getestet ▪ Fallanteil ist für eine Tätigkeit im freien sehr hoch, 174/479 MA positiv ○ Rostock Aida-Schiffe: Ausbruch unter MA philippinischer Abstammung ○ Hof: osteuropäische Großfamilie, Reihentestung läuft <p>! Reisen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteil der Exposition im Ausland von allen Fällen ist relativ stabil um 10%, bei ausschließlicher Betrachtung derer, die eine Angabe haben, 18% ○ Daten sind noch nicht vollständig ○ Meist genannte Länder: 1. Deutschland (3.396) gefolgt von Kosovo, Serbien, Türkei, Bosnien Herzegowina ○ Expositionsort Reisende nach BL (Folie 11): gewisse Unterschiede der Reiseländer und Fallanteile, Balkanstaaten NW, BY, BW, Türkei häufig NW ○ Die Expositionsdaten sollten auch im Pressebriefing auftauchen um zu zeigen, dass die meisten Fälle aus Deutschland kommen, Risikoverhalten ist wichtiger als Expositionsort, Arbeitsexposition und soziale Exposition spielen eine möglicherweise wichtigere Rolle ○ Fälle im Zusammenhang mit Balkanländern: viele arbeiten in Deutschland in der Gastronomie und Hotelbranche, kommen teilweise in Kleinbussen es sind nicht primär/nur Touristen sondern auch in Deutschland ansässige Personen <p>! NW hat viele der am meisten betroffenen Kreise</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kein Kommentar von NW, es ist schwer, jemanden von dort zu fassen ○ GÄ in NW sind nicht froh über die 	
--	---	--

	<p>Vorgehensweise, teilweise sehr gute MA vor Ort im ÖGD, jedoch nicht genug politische Unterstützung vorhanden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie kann das RKI die Situation verbessern, bzw. mehr Aufmerksamkeit darauf lenken? Bericht an BMG, im Lagebericht benennen? ○ AL3 hatte Vorschlag der Darstellung der Daten im Lagebericht nach Ballungsgebieten, um einen stärkeren Fokus darauf zu legen, das Problem großer Städte mit hoher Bevölkerungsdichte ○ Gespräch hierzu ist morgen mit dem BMG (Holtherm) geplant, VPräs und Ute Rexroth ○ Da Ute dann nicht für das Pressebriefing verfügbar ist muss jemand anderes hierfür gefunden werden 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>CWA</p> <p>! Flyer für MA der GA und ambulante Praxen (Links hier und hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auf 1. Seite Einführung in die CWA Funktion, Infos zur Statusanzeige, keine Änderungen zu vorher ○ Auf 2. Seite wurden die Empfehlungen zum Umgang mit Risikomeldungen überarbeitet, insbesondere hinsichtlich der Unterscheidung von asymptomatischen und symptomatischen Personen, Vorgang wurde klarer/differenzierter erklärt, auch, wann Testung stattzufinden hat und zur KoNa KP Einstufung ○ Die Änderungen wurden mit der KBV abgestimmt ○ Inhaltlich sind die Flyer den Vorversionen äquivalent ○ Neue Versionen werden über RKI LZ zur Abstimmung ans BMG (Renner) geschickt <p>! Nach der Wochenendnachricht zum nicht-Funktionieren der CWA wird SAP erneut bestimmte Parameter überprüfen</p> <p>! Die TOP 5 der Probleme werden für das Pressebriefing morgen mit Antworten vorbereitet</p> <p>! Alles was bezüglich CWA läuft muss mit BMG abgestimmt werden (auch aufgrund möglicher weiterer Kosten)</p> <p>! Weitere Arbeit an der App um sie lauffähig zu halten: Erfüllung der BfDI Auflagen, Verhinderung von Missbrauch, Anbindung der Labore und des ÖGD (zsm. mit Abt. 3)</p> <p>Digitale Projekte</p> <p>! Symptomchecker App bei der Charité und jetzt auch im RKI im Einsatz, Abschluss der Datenschutzbelange hat gedauert</p>	<p>FG37/FG21</p> <p>FG21</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Datenspende wird immer verlässlicher, Blog-einträge sind online einsehbar, aktuell wird daran gearbeitet diese zu automatisieren</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Nichts neues seit letzter Version vom 17.07.2020</p>	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Diskussion von Freitag (Bundesgesundheitsblatt) aufgenommen</p> <p>! Steigenden Fallzahlen: Entschluss dass nicht primär über die Zahlen kommuniziert werden soll</p> <p>! Werbung zur App wurde ausgetauscht gegen Propagierung der Reise- bzw. Urlaubszeit, AHA-Regeln mit Ziel alle Altersgruppen</p> <p>! Heute Nachmittag Gespräch über aktuelle Daten aus COSMO: insbesondere Kommunikation an junge Männer die feiern, adressieren über ihre eigenen Communities und die Kanäle „Liebesleben“ und „kenn Dein Limit“</p> <p>! Diskussion: Wie kann Allgemeinbevölkerung ohne Diskriminierung hinsichtlich soziale Verantwortung mitgenommen werden</p> <p>! Situation ist komplex: einerseits bestimmte Zielgruppen ohne zu stigmatisieren, dann Sommer, Urlaub, neue Freiheit genießen, Reisetätigkeit, laissez-fair Haltung, die Risikowahrnehmung ist nicht mehr wie vor 3-4 Monaten</p> <p>! Nächste Woche beginnen die ersten Schulöffnungen (z.B. NS)</p> <p>! VPräs: in Japanischer Kommunikation werden gefährliche Expositionssituationen illustriert, 3-C-Regel (crowded places usw.)</p> <p>! Holländer haben auch interessante Konzepte für junge Menschen</p> <p>Presse</p> <p>! Morgen Pressebriefing mit Präs und MA aus Abt. 3</p> <p>! Viele Anfragen zu steigenden Fallzahlen, Verweis auf Webseite</p> <p>Bundeswehr</p> <p>! Nichts zu berichten</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>BMG</p> <p>! Außer GMK Beschluss nichts zu berichten</p> <p>! BMG Interesse an Infektionen im Flugverkehr</p> <p>○ Bisher keine Erkenntnisse hierzu</p>	<p>Irina Czogiel FG32</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Letzte Woche Anfragen an RKI, da Scheuer hat sich auf RKI bezogen hat bezüglich fehlender Sinnhaftigkeit von Abstandshaltung in Flugzeugen, dies ist falsch ○ Die internationale KoNa wurde Mitte April eingestellt, weil es so wenig Reiseverkehr gab, aber auch, weil keine Übertragungen im Flugzeug dokumentiert wurden ○ Dies hat sich geändert: noch keine detaillierte Auswertung aber 2-3 Berichte zu Einzelfällen (Israel, Frankreich) ○ Mitte Juni wurde die KoNa wieder aufgenommen ○ Komplex da Differenz der Expositionsrisiken in In- und Ausland sowie auf dem Flug ○ RKI Studie zur Auswertung inklusive Nachermittlung hierzu ist geplant, konnte trotz Bereitschaft wegen fehlender Datenschutz-Zustimmung noch nicht angefangen werden 	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) GMK Beschluss</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Testung von Reisenden aus Risikogebieten ist beschlossen und ist ohne Rücksprache erfolgt/widerspricht der RKI-Empfehlung ! Spahn wird heute diesbezügliche Anordnung erlassen ! ÖGD/GÄ und Landesebene denken, RKI wird konsultiert, dies ist bei vielen politischen Entscheidungen jedoch nicht der Fall ! RKI muss diese Entscheidungen operativ umsetzen, z.B. auch bei Risikogebieten, dies wird missverstanden als ob RKI diese benennen/ausweisen würde, was nicht der Fall ist ! Soll RKI sich positionieren? Wie steht RKI zu Freitestung? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ggf. Aussage Risikoreduktion durch 1-malige Testung aber keine 100%-ige Sicherheit gibt, da lediglich ein paar Fälle herausgefischt werden ○ Keinesfalls sollen Vorsichtsmaßnahmen fallen gelassen werden, weitere Einhaltung der AHA-Regeln ○ Zunächst konzentrieren auf fachliche Aspekte, NPV, welche Sicherheit können die Testungen tatsächlich geben ! Zweittestung Rückkehrer aus Risikogebieten <ul style="list-style-type: none"> ○ Ullmann (FDP) sprach heute Morgen im Radio von 2. Testung, da eine nicht als genügend angesehen wird ○ GMK Beschluss sieht auch zweimalige Testung vor, 2. Test soll „wenn immer möglich“ gemacht werden ○ Einordnung der Bedeutung: was heißt dies für die Zwischenzeit bis 2. Testergebnis vorliegt, mindestens konsequente Kontaktreduzierung und AHA-Regeln, Empfehlung für Allgemeinbevölkerung, 	FG32/alle

	<p>erwünscht</p> <p>! FG17: nicht neues, weiter hohe Nachweisraten von Rhinoviren, Proben sind auf alle anderen Erreger negativ</p>	
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>COVRIIN: Vorstellung Studie Patientenversorgung</p> <p>! Heute um 15:00 Vorstellung der Daten aus der Studie, Einwahldaten bei Christian Herzog verfügbar, dies wird mögliche Konsequenzen für den ÖGD haben, interessierte bitte melden</p> <p>! VPräs, AL1 sind auch interessiert</p>	IBBS
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Surveillance</p> <p>Corona-KiTa-Studie: Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren (Folien hier)</p> <p>! Wurde bereits letzte Woche ausführlich von Walter Haas vorgestellt, die Studie selbst ist im Foliensatz erklärt</p> <p>! Aktuell ist der 3. Monatsbericht (mit Daten aus GrippeWeb, ARE und Meldedaten) in Vorbereitung</p> <p>! Anteil nach Altersgruppen: in letzten 2 Wochen stieg der Anteil der 11-14-jährigen, möglicherweise durch außerschulische Kontakte, verschiedene Altersgruppen müssen differenziert betrachtet werden da Jugendliche ggf. eher außerhalb der Schule exponiert sind</p> <p>! Ausbrüche in Einrichtungen für Kinder: 31 Ausbrüche (mit mindestens 2 Fällen) wurden angelegt, Altersgruppen häufig >14 Jahre, auch Betreuende sind oft betroffen</p> <p>! In BY gibt es einen Kita-Ausbruch, ansonsten nichts neues</p> <p>! Schulausbrüche</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In letzten zwei Wochen nichts hinzugekommen ○ Wird interessant, wenn die Schulferien enden ○ Logistisch sollten noch Anpassungen vorgenommen werden um möglichst wenig Risiko zu haben ○ Kinder infizieren sicher eher an Jugendlichen und Erwachsenen 	FG36
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Wegen GMK Beschluss oben unter Strategie erwähnt</p>	FG32
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Neue Betriebszeiten am Wochenende (bereits Fr angekündigt)</p> <p>! Diesen Freitag 200. Betriebstag</p>	FG32

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<p>15</p>	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Heute 15:00: Vorstellen 1. Ergebnisse der COVRIIN Studie zur Patientenversorgung ! Morgen 10:00: RKI-Pressebriefing 	<p>IBBS</p>
<p>16</p>	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 29.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	29.07.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17FG 32
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Udo Buchholz
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Mirjam Jenny
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
 - Sarah Esquevin
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss

- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann
- ! BMG
 - Iris Andernach

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ! Ca. 16,5 Mio. Fälle und ca. 653.000 Verstorbene (3,97%) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> o Unverändert, Brasilien und Indien wechseln beim 2. Und 3. Platz ab o Trends insgesamt ähnlich, in USA absteigender Trend ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> o Wenig Veränderung o Südamerika nach wie vor stark betroffen o Inzidenz in Südafrika nimmt ab ! Belgien <ul style="list-style-type: none"> o Anstieg der Fallzahlen seit Juli, 7T-Inzidenz: 15 neue Fälle/100.000 Ew. o Altersverteilung: Verlagerung zu jüngeren Menschen o Seit Anfang Mai Lockerungen nach dem Motto: Freiheit ist Regel, Verbote sind Ausnahmen o Maßnahmenverschärfung ab heute: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einteilung in Kontaktblasen (wie viele Kontakte hat eine Person): Reduzierung pro Haushalt auf 5 Personen in den nächsten 4 Wochen ▪ Treffen von max. 10 Personen ▪ Veranstaltungen: max. 100 Personen in Räumen, 200 im Freien ▪ Telearbeit empfohlen, möglichst max. 30 min zum Einkaufen ! Spanien <ul style="list-style-type: none"> o Anstieg der Fallzahlen seit Anfang Juli 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Am stärksten betroffen sind die Regionen an der Grenze zu Frankreich im Nordosten: Aragon (7T-Inzidenz: 160/100.000 Ew.), Navarra (7T-Inzidenz: 80/100.000 Ew.), Katalonien (7T-Inzidenz: 63/100.000 Ew.) ○ Cluster vor allem in den Hauptstädten der 3 Regionen, Ausgang von Obst- und Gemüsesaisonarbeiter sowie Zusammenhang mit Nachtclubs, Gastronomie und Familienzusammenkünften ○ Verschärfung der Maßnahmen lokal bis zum Lockdown von Städten ○ Testung funktioniert jetzt viel besser, es werden mehr pos. Fälle gefunden, Anteil Asymptomatischer ist sehr hoch; Entwicklung ist stark von jüngeren Menschen getrieben ○ KoNa ist noch relativ lückenhaft. ○ Spanische Regionen im EU-Vergleich: Luxemburg und Aragon sehr hohes Risiko; Katalonien und Navarra hohes Risiko ○ Region Aragon: ein deutlicher Zusammenhang von Meldungen pro Tag und neuen Krankenhauseinweisungen ist sichtbar. <p>! Anregungen für Kommunikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gezielt auf Risikosituationen hinweisen: Von welchem Verhalten geht ein besonderes Risiko aus. ○ Korrelation der Fallzahl und der Zunahme von Krankenhauseinweisungen zeigt Sinnhaftigkeit der Teststrategie. Dieser unmittelbare Zusammenhang ist für Kommunikation sehr wichtig. <p>! Bisher Risikobewertung auf Länderebene, es sollte geprüft werden, ob dies für Spanien auf regionaler Ebene sinnvoll wäre.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 206.926 (+684), davon 9.128 (4,4%) Todesfälle (+6), Inzidenz 249/100.000 Einw., ca. 191.300 Genesene, Reff=1,14, 7T Reff=1,13 ○ Fälle und Todesfälle pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> ▪ Differenz zum Vortag bei 3 BL (BW, BY, NW) wieder im 3stelligen Bereich 	<p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vergleich KW29/KW30 pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> ▪ überall Zunahme der Inzidenz außer in BE, RP, SH TH ○ Nowcasting <ul style="list-style-type: none"> ▪ R-Wert über 1, leichter Anstieg ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ sieht im Moment weiter nach einer Trendumkehr aus, Anstieg ist durch viele BL getragen ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ LK mit Inzidenz >100: Dingolfing-Landau (189) ▪ LK mit Inzidenz >25: Hof (36), Weimar (26) ▪ 96 LK: keine Fälle übermittelt ○ Aktuelle Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> ▪ LK Dingolfing: keine neuen Informationen seit Montag ▪ SK Hamburg: Flüchtlingsunterkunft betroffen, viele Reiserückkehrer pos. getestet (Warum relativ viele Reiserückkehrer? im Moment keine genaueren Informationen hierzu) ▪ LK Ostalbkreis: Trauerfeier (Grund für viele Ansteckungen? Umarmungen?) ▪ LK Weimar: Familienfeier ▪ LK Hof: Großfamilie ○ Altersverteilung nach Meldewoche ist stabil. ○ Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tätigkeiten: häufig „unbekannt“ ▪ im Moment keine Lebensmittelbetriebe betroffen ○ Fälle nach Expositionsort <ul style="list-style-type: none"> ▪ Internationale Exposition nimmt wieder zu, betrifft jedoch nicht den Großteil der Fälle. ○ Expositionsländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ keine großen Änderungen, am häufigsten genannt: 	<p>FG37</p>
--	---	-------------

	<p style="text-align: center;">Deutschland, Kosovo, Serbien</p> <p>! Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> ▪ kontinuierlicher Anstieg bei Kindern scheint zurückzugehen ○ Arbeitsgemeinschaft Influenza - Praxisindex <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arztbesuche jetzt wieder auf normalem Niveau ○ Arbeitsgemeinschaft Influenza - ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Waren bei Klein- und Schulkindern angestiegen, im Moment wieder Rückgang ▪ Berlin/Brandenburg: Rückgang in Zusammenhang mit Schulferien ▪ Bayern: steigt noch weiter an, Schulferien erst seit Montag ▪ BW: Anstieg, Schulferien beginnen nächste Woche ○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trend setzt sich fort: bei 0-4 Jährigen nach wie vor Anstieg der Fälle, deutlicher Anstieg bei 5-14 Jährigen, jedoch auf sehr niedrigem Niveau ○ ICOSARI – SARI-Fälle, Anteil Fälle mit COVID-Diagnose: <ul style="list-style-type: none"> ▪ leichter Anstieg der SARI-Fälle, jedoch nach wie vor sehr wenige ○ ICOSARI – Fälle mit COVID nach Altersgruppe: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ältere Altersgruppen deutlich stärker betroffen ○ Fazit: geringe Risikowahrnehmung in Altersgruppe der 15-25 Jährigen. Diese sollten mit altersgerechten Ideen von einer Änderung ihres Verhaltens überzeugt werden. ○ BZgA: Überlegungen in Schulen zu informieren und Incentives zu verteilen sowie die Altersgruppe über Influencer in social media Kanälen anzusprechen. <p>! Testkapazität und Testungen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Laborbasierte Surveillance in ARS: 3 Mio. Testungen, 96.815 davon positiv getestet (2,9%) 	
--	---	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aktueller Fallzahl Anstieg in ARS sichtbar ○ Positivtestungen überwiegen durch „andere“ Einrichtungen wie Gesundheitsämter (genauere Differenzierung wird versucht, soweit mit Routinedaten möglich) ○ Anzahl Testungen nach Altersgruppe: hohe Anzahl Testungen bei über 80 Jährigen, starker Anstieg bei 0-4 Jährigen in den letzten KW ○ Trotz unterschiedlicher Testhäufigkeit in verschiedenen Altersgruppen, vergleichbare Inzidenz ○ Testverzug weiter ansteigend: je mehr getestet wird, desto stärker steigt der Zeitverzug wieder ○ Starke wöchentliche Schwankung bei Verteilung der Testung nach Einrichtung: An Wochenenden wird in Arztpraxen weniger getestet, dies wird nicht von Testzentren sondern durch KH aufgefangen, dadurch Gefahr eines Eintrages von Infektionen in die KH. ○ Fragen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kann zwischen symptomatischen und asymptomatischen Testungen unterschieden werden? Variable liegt so nicht vor, Annäherung wird versucht. ▪ Kann nach Testung an Flughäfen (Reiserückkehrer) unterschieden werden? Wird versucht. ▪ Gibt es Informationen zum serologischen Status? Serologie wird von einem größeren Teil der Labore übermittelt. Derzeit wird eine Analyse durchgeführt, bei der Patientenergebnisse zusammengefasst werden. -> Nächste Woche Vorstellung im Krisenstab ○ Testverzug weist auf Überlastung und Fehlallokation von Laborkapazitäten hin (neben Urlaubszeit, Anpassungsproblemen). Testzahlen sind hochgegangen, Turn around Zeiten sind ein wichtiger Indikator für die Überlastung von Laborkapazitäten. ○ Testung am Wochenende vor allem in Krankenhäusern. Hier sollten zunächst die absoluten Zahlen betrachtet werden. Steigen auch die absoluten Zahlen am Wochenende in den KH, sollte die KBV diesbezüglich kontaktiert werden. 	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen</p>	

<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen</p>	
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung ! Leichte Anpassung im Lagebericht gestern ○ zur Information: versehentlich auf Webseite nicht geändert, wird angepasst</p>	<p>Alle</p>
<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Telefonangebot für psychische Krisen: aktuell Bedarfsanstieg bei Eltern mit schulpflichtigen Kindern. Jetzt wird auch wieder auf auf Face-to-Face Beratung verwiesen. Postkartenaktion bei Haushalten mit Kindern hat zur Erhöhung der Inanspruchnahme der Beratung geführt.</p> <p>Presse</p> <p>! RKI informiert WHO über Art des Infektionsgeschehens in Deutschland: zurzeit „cluster of cases“ und nicht mehr „community transmission“. Hierzu gibt es eine Presseanfrage.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es handelt sich um eine Einstufung, die die Staaten selbst vornehmen, es findet keine Differenzierung zwischen BL statt. ○ Frage: Ab wann wird wieder auf „community transmission“ zurückgestuft. Entscheidung beruht darauf, wie viele Fälle nachvollziehbar sind und bei wie vielen Fällen die Zusatzangabe „in einem Ausbruch detektiert“ vorhanden ist. Eine deutliche Erhöhung von Fällen, die nicht aus Ausbruchsgeschehen stammen, könnte zu einer Rückstufung führen. ○ Es wurde kein Schwellenwert festgelegt, da die Zahlen nicht sehr sind, statt dessen Prüfung mit Fachexpertise. In die qualitative epidemiologische Bewertung könnte auch die virologische Surveillance der Arbeitsgemeinschaft Influenza miteinbezogen werden. <p>! Die Bundeswehr wurde angefragt, um bei einer Seroprävalenzstudie von RKI mitzuhelfen und bittet um einen Ansprechpartner. Hr. Lampert ist hierzu nichts bekannt, er steht als AP aber zur Verfügung.</p> <p>! BZgA möchte hinsichtlich der Kontaktaufnahme im Umgang mit Roma und Sinti informiert werden, da sie hierzu auch eine Anfrage vom BMG haben.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>

<p>6</p>	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bestimmendes Thema bei interministerieller Krisenstabsitzung: Einreisende aus Risikogebieten <ul style="list-style-type: none"> ○ Testung bei Einreise (Flug, Landweg): Einigung darauf, dass verpflichtende Testung mit stichprobenartiger Überprüfung angestrebt wird 	<p>BMG-Liaison</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Textentwurf Christian Drosten: Empfehlung für den Herbst, Darstellung der Ideen und Einschätzung (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontext: Der Artikel ist vertraulich. Hr. Drosten hat zwischenzeitlich entschieden, das Papier nicht zu publizieren, da ungezielte Testung im Text als nicht sinnvoll betrachtet wird und dies dem Regierungshandeln widerspricht. ○ 1. Welle: Virus kommt in Bevölkerung an, durch früh verfügbare Tests und frühen, kurzen Lockdown gebremst. ○ 2. Welle: Hochkommen des Virus aus Bevölkerung heraus, Virus hat sich gleichmäßig verteilt und wird überall gleichzeitig auftreten, Testung an Flughäfen wird Wirkung verfehlen. Konsequenz: in einzelnen LK kann es zu Überlastungen kommen. ○ Überdispersion: 10 Fälle: 9 stecken 1 Person an, 1 Person steckt 10 an -> 10 Fälle stecken 19 Personen an -> R=2. Aus einem Cluster starten mehrere neue Ketten. ○ Orientierung an Japanischer Strategie: in anderen Ländern vor allem prospektive Kontaktpersonennachverfolgung, in Japan zusätzlich retrospektives Tracing der gemeinsamen Quelle, die als Cluster fungiert und für die Verbreitung wichtiger ist. ○ Vorschläge: <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei Überlastung sollten GA die Möglichkeit haben, auf Clusterbetrieb umzuschalten, d.h. Fokussierung auf Identifizierung von Clustern, nicht auf Isolierung und Nachverfolgung von Kontaktpersonen ▪ Erstellung einer Liste mit konkreten, risikobehafteten Situation -> sinnvoll ▪ Aufrechterhaltung von geschlossenen Kohorten, v.a. 	<p>FG36 / Alle</p>

	<p>in Schulen -> sinnvoll</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Großzügige und rasche Quarantänisierung der Mitglieder von Clustern ohne vorheriges Testen -> vom Einzelfall abhängig machen, gute Erfahrungen in ähnlichen Situationen ▪ Kurzquarantäne von 5 Tagen, gefolgt von keinem Test oder Freitestung -> warum so kurz, was ist bei Ansteckung von Haushaltsangehörigen? ▪ Berücksichtigung der Infektiosität (Ct-Wert) bei Maßnahmen-Entscheidungen -> sehr sinnvoll, unverhältnismäßig lange Isolierungen und andere unnötige Maßnahmen können vermieden werden ▪ „Klavierlehrer im Einzelunterricht“ nicht verfolgen und testen, kann durch Warn-App informiert werden (widerspricht japanischer Strategie: retrospektive Testung zusätzlich zu KoNa) <ul style="list-style-type: none"> ○ Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wert der Nachverfolgung von Kontaktpersonen: Klavierlehrer könnte zum Auslöser eines Clusters werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass es von der App benachrichtigt wird, liegt nur bei 6%. Auch wenn der Fall erst erkannt wird, wenn er nicht mehr sehr infektiös ist, können in weiterfolgenden Generationen infektiöse Patienten erkannt werden. ▪ Vorschlag: Fokussierung auf Identifizierung von Clustern. Retrospektive Quellensuche findet schon statt, Verbesserung der Clustererkennung auch über Gesundheitsämter hinweg. ○ Zusätzliche Vorschläge: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ökonomisierung der KoNa: Patienten erstellen Kontaktlisten selbst, müssten von GA eingelesen werden können (SORMAS?), Patienten könnten selbst die Kontaktpersonen kontaktieren. ▪ Allgemeine Höherpriorisierung von Clustern ▪ Clusteridentifikation sollte gewährleistet sein auch bei Bearbeitung durch unterschiedliche GA ○ Kontaktpersonennachverfolgung findet bereits prospektiv und retrospektiv statt mit unterschiedlicher Wertigkeit. Am Anfang wurde sehr darauf gepocht auch auf Quellensuche zu gehen. Priorisiert wird im Moment das Vermeiden von Folgefällen. ○ Cluster (bestätigte Fälle, bei denen ein Zusammenhang 	
--	--	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>festgestellt wurde) werden bereits genau angesehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Könnten den GA über Web-Seminare Grundzüge von Ausbruchsuntersuchungen vermittelt werden? GA wurden bereits in Vergangenheit regelmäßig geschult und sind im Allgemeinen sehr kompetent. ○ Wie soll mit 2.Welle umgegangen werden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fokussierung auf wirksamste Maßnahmen ▪ Darstellung von Situationen, in denen es zu relevanten Übertragungen kommt ▪ Rasche Quarantänisierung ohne Vorlage eines Testergebnisses sinnvoll ○ Verkürzte Quarantäne: eigentlich bis Inkubationszeit vorbei ist, aus Sicherheitsgründen 14 Tage. Da der Patient aber schon vor Symptomatik infektiös ist, könnte die Quarantäne verkürzt werden, am Ende müsste eine Testung stattfinden. ○ Wie belastbar sind Erkenntnisse zum Beginn der Virusausscheidung nach Infektion? ○ Kann die Quarantänezeit verkürzt werden, indem nicht auf Symptome gewartet, sondern eine Abschlusstestung durchgeführt wird? ○ Falls Ressourcen so knapp sein sollten, dass keine Einzelfallverfolgung mehr möglich ist, könnten nur noch Cluster nachverfolgt werden. Also vor allem bestimmte Settings betrachtet werden. Aber woher weiß das GA ohne Kontaktpersonennachverfolgung, wo sich neue Cluster bilden? ○ Für retrospektive Nachverfolgung spricht: die meisten Patienten werden vermutlich nur wenige Personen anstecken, stammen retrospektiv jedoch aus einem Ereignis, in dem noch mehrere Personen angesteckt wurden. ○ Generell wird in beide Richtungen, zentrifugal und zentripetal, ermittelt. Bei Überlastung wurde kommuniziert, dass GA in Vorwärtsrichtung ermitteln sollen, möglicherweise ist dies nicht die beste Lösung, das sollte nochmal geprüft werden. <p><i>ToDo: Überlegung, wie dieser Punkt ins Kontaktpersonenmanagement miteinbezogen werden kann, bei Unklarheiten sollte Hr. Drosten einladen werden. (FG36)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Durchgehen einer Liste mit konkreten, risikobehafteten 	
--	--	--

	<p>Situationen könnte den Arbeitsaufwand erleichtern.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Clusterstrategie soll in Kommunikation miteingebaut werden. <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Entwurf zur Kontaktaufnahme im Umgang mit Roma und Sinti <ul style="list-style-type: none"> ○ ist in Abstimmung mit AG Partizipation, wird Freitag im Krisenstab präsentiert ! ECDC: Technical Report zu „COVID-19 in children and role of school settings“: Dokument wurde zirkuliert, FG36 hat dazu Kommentare und wird diese ans ECDC zurückmelden, weitere Kommentare gibt es nicht ! BMG (Mail von Hr. Bayer) bittet um Prüfung der Anpassung der Testkriterien und der Vorlage eines Entwurfs für ein angepasstes Flussdiagramm. Geprüft werden soll, ob die Corona Warn App (CWA) im Flussdiagramm integriert werden kann. <ul style="list-style-type: none"> ○ Bisher war der Standpunkt, dass die Diagramme nicht vermischt werden sollen, um zu viel Komplexität zu vermeiden. ○ Nun soll geprüft werden, ob eine getrennte Behandlung von Flussdiagramm und CWA fortgeführt wird. Das Argument ist, dass Verwirrung bei den Ärzten entsteht, wenn die CWA auf dem Flussdiagramm nicht erwähnt wird. ○ Das Flussdiagramm ist für symptomatische Patienten, die zum Arzt gehen. Asymptomatische Konstellationen werden im Schema nicht erwähnt. Die CWA liefert nur einen ersten Hinweis, dass Kontakt zu einem bestätigten Fall besteht, der weiter geprüft werden muss. ○ Die KBV hatte sich dagegen ausgesprochen, dass das Flussdiagramm auf symptomlose Personen ausgeweitet wird. RKI und AGI hatten diese Haltung bei vergangenen Diskussionen dazu geteilt. Der Auftrag vom BMG wurde jedoch bereits zum wiederholten Mal gestellt, d.h. die Ablehnung wurde noch nicht ausreichend begründet. Deshalb soll ein Meinungsbild und Argumentationshilfen von außen eingeholt werden. <p><i>ToDo: Fr. Rexroth wird das Thema nochmal in der AGI ansprechen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Falls die AGI eine Anpassung befürworten sollte, würde IBBS einen neuen Vorschlag für das Schema machen und diesen mit der STAKOB besprechen. Vorher scheint eine Einbeziehung der STAKOB nicht sinnvoll. ○ Auch aus dem Expertenbeirat Influenza könnte eine Meinung von außen eingeholt werden. ○ Auf der Homepage gelangt man bei COVID-19-Verdacht nur 	<p>FG32</p> <p>FG36</p> <p>FG32/ IBBS / Alle</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>auf das Flussschema für Ärzte. Ein Verdacht kann durch verschiedene Faktoren entstehen. Deshalb der Vorschlag, die Dokumente, die zu einem Test führen, auf der Homepage anders zu sortieren, um langes Suchen zu vermeiden. Das Flussschema könnte exponierter sein. Im Schema könnte auf die CWA verlinkt werden.</p> <p><i>ToDo: Entwurf für Neugliederung auf Internetseite durch Pressestelle</i></p>	
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Am Freitag Teilnahme am ECDC Webinar</p> <p>! Anfrage von Hr. Holtherm zur Einschätzung von Antigentests (FF ZBS1): erwünscht ist eine im Haus abgestimmte Haltung zur Zuständigkeit bei Testen, da die Leistungsfähigkeit von Testen in anderen Behörden (PEI, BfArM) angesiedelt ist. Soll RKI bei Anfragen auf PEI und BfArM verweisen? Hängt davon ab, wie spezifisch die Frage ist. Bei Fragen zu neuen Tests ist das PEI zuständig.</p>	Abt.1
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! FG COVRIIN: Vorstellung Studie Patientenversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> o Link zur Studie wurde zirkuliert, eine deutsche Zusammenfassung soll auf die Webseite von COVRIIN gestellt werden, 1.Entwurf liegt vor <p>! 2 weitere Papiere zur antiviralen Therapie wurden neu auf die Webseite gestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Zeitpunkt einer antiviralen Therapie: in der frühen Infektion und frühen pulmonalen Phase sinnvoll o Hyperinflammationssyndrom: selten, aber mit hoher Mortalität assoziiert 	IBBS
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>! Ergebnisse der syndromischen Surveillance akuter Atemwegserkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> o Siehe aktuelle Lage <p>! Veröffentlichung des Berichtes zum Einsatz in Neukölln</p> <ul style="list-style-type: none"> o Verschiedene Ausbruchsberichte liegen vor, müssen nicht im Krisenstab besprochen werden 	FG36
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p>	

	! Nicht besprochen	
16	Wichtige Termine !	
17	<p>Andere Themen</p> <p>! MNS: Sollten bei genügender Marktverfügbarkeit von medizinischem Mund-Nasen-Schutz vom RKI weiterhin selbstgenähte Alltagsmasken für die Bevölkerung empfohlen werden? Im Epi Bull wird bereits bei verfügbaren Kapazitäten auf medizinischen MNS verwiesen. Die Anwendung von FFP Masken in der allgemeinen Bevölkerung wird dagegen nicht empfohlen.</p> <p>! Nationales Forschungsnetzwerk Universitätsmedizin: Hr. Schaade wurde um Teilnahme an einem übergeordneten Gremium gebeten und möchte wissen, wer im Institut bereits in einem der 13 Arbeitskreise aktiv ist</p> <p><i>ToDo: Rückmeldung an Hr. Schaade, wer am Netzwerk beteiligt ist</i></p> <p>! Aerosolbelastung: Es gibt Vorschläge von Prof. Kriegel, wie die Aerosolbelastung reduziert werden könnte: Nutzung der CO2-Ampel als Proxy für Aerosolbelastung (wenn CO2-Gehalt erhöht, vermutlich auch Aerosole erhöht, deshalb lüften), Verkürzung von Unterrichtsstunden (Nutzen der Zeit für Stoßlüftung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es sollen zunächst Textbausteine entwickelt werden, ideal wäre ein angestimmtes Papier. Ggf. müssen Externe wie UBA mit eingebunden werden. <p><i>ToDo: Erstellung eines Papiers mit Handlungsoptionen zur Reduktion der Aerosolbelastung in Innenräumen (FF FG 14, Mitarbeit FG 36)</i></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 31.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	31.07.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Marica Grossegesse
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Stefan Kröger
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Mirjam Jenny
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin
 - Basel Karo
- ! BMG

- Iris Andernach

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) Ca. 17 Mio. Fälle mit 666.857 Verstorbenen (3,92 %) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ! Wenig Veränderung ! Weiterhin hohe Zahlen in Indien, Brasilien und Argentinien , wobei diese im Verhältnis gesehen werden müssen ! Indien hat hohe Fallzahlen aber eine niedrige Inzidenz, das indische MOH hat im Rahmen einer Seroprävalenzrate von 17% in drei Slums von Mumbai feststellen können; Insgesamt gab es ca. 110 000 Fälle in ganz Mumbai ! Seit 6 Monaten ist die COVID-19-Lage ein Public Health Event of International Concern ! Ab heute hat <i>Eid al-Adha</i> begonnen und weltweit wird die Situation diesbezüglich beobachtet. WHO hat eine Guideline dazu herausgebracht. Es werden größere Veranstaltungen, Familienfeiern und Zusammenkünfte erwartet ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ! Wenig Veränderung ! Neu: Eswatine (ehem. Swaziland) und Färöer Inseln ! Preprint: COVID-19/ Strategies to reduce the risk of SARS-CoV-2 re-introduction from international travelers (LSHTM) <ul style="list-style-type: none"> ! Studie untersucht Länge von Quarantänemaßnahmen bei internationalen Reisenden im Hinblick auf die Dauer und Übertragungsrisiko (Modellierung) ! Es werden vier Szenarien für die Einreisebestimmungen im Hinblick auf Quarantäne und Testung untersucht ! Methoden: Einreisende aus UK und USA nach UK werden verglichen, wobei die Zahl der Einreisenden und Ausreisenden gleich ist; Stand der Prävalenz der Ausreiseländer: 20.07.2020; stets im Vergleich zu keiner Quarantäne und keiner PCR-Testung bei Einreise 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Annahmen: 70% der Reisenden, die zum Zeitpunkt der Reise symptomatisch waren, wurden an der Reise gehindert (Überwachung des Syndroms bei der Abreise), Reisevolumen im Juli 2020 entspricht 1% von dem im Juli 2019; 3-55% der infizierten beabsichtigten Reisenden asymptomatisch; Spezifität des Tests = 100%; Die Infektiosität der symptomatischen Fälle beginnt 2,3 Tage vor dem Auftreten der Symptome ○ Mögliche Screening policies im Hinblick auf Risikominderung: <ul style="list-style-type: none"> <u>Low</u>: keine Quarantäne und Testung nach Einreise <u>Moderate</u>: Quarantäne für 7 Tage nach Einreise, keine/einmalige PCR-Testung am Ende der Quarantäne Entlassung aus Quarantäne nach Ablauf des Zeitraum mit oder ohne einmaliger Testung <u>High</u>: Quarantäne nach Einreise; 1. PCR-Testung (0-2 Tage), 2. Testung (2,4, 6 Tage) nach 1. Testung, Entlassung aus Quarantäne nach zwei neg. Testergebnissen oder 14 Tage nach ersten pos. Testergebnis. <u>Maximum</u>: 14 Tage Quarantäne nach Einreise, keine/einmalige Testung am Ende der Quarantäne, Entlassung nach 14 Tagen mit/ohne neg. Test nach Ablauf der Quarantänezeit. ○ Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> Baseline: Zwischen 2-12 (EU) und 3-24 (USA) Infizierte würden in die Gemeinschaft eintreten/einreisen; der deutliche Unterschied zwischen UK und USA durch Prävalenz erklärend Test bei Ankunft: -> Reduzierung um 50% Quarantäne für 6 Tage, PCR-Test am Tag 5 <ul style="list-style-type: none"> -> 88% Reduzierung des Übertragungspotenzials Quarantäne für 8 Tage, PCR-Test an Tag 7 <ul style="list-style-type: none"> -> 94% Reduzierung des Übertragungspotenzials Mit obligatorischer 14d-Quarantäne: 0-1 aus EU und USA <ul style="list-style-type: none"> -> Reduzierung um 99% Eintragungspotential abhängig vom Geschehen im Zielland (hohe Inzidenz in beiden Länder ergäbe wenig Unterschied) Längere Quarantänezeiten sorgen dafür, dass das Infektionszeitfenster abgedeckt wird und weniger Eintrag in die Community geschieht 	<p style="text-align: center;">ABT1/alle</p> <p style="text-align: center;">Präs</p>
--	--	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Zweite Testrunde hat eher marginale Auswirkung; Testung vor dem Flug hat ebenfalls einen geringen Vorteil, am wirksamsten nur einen Tag vor Abflug</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diese Ergebnisse sind wichtig/spannend im Hinblick auf die Ergänzung der Testungsstrategie, die mit dem Krisenstab geteilt wurde. Dort wird auf diese Zusammenhänge hingewiesen. Es ist wichtig zu klären welches Niveau der Reduktion angestrebt/akzeptiert wird mit Berücksichtigung von Kosten und Nutzen. Derzeit ist diese Diskussion immer noch durch die Erfahrungen der Reiserückkehrer aus Italien geprägt, jedoch ist das nicht mehr anwendbar. ○ Modellierungen haben das Problem, dass man die Berechnungen schwer an Schwankungen auf Grund von individuellem Verhalten anpassen kann und die Maßnahmen in Bezug zu den Hotspots im Inland setzen kann. ○ Hier vermischen sich zwei Ziele: Eintrag aus den Hochprävalenz Ländern und die Quarantänezeit für Einreisende zu reduzieren. ○ Die Testung an Tag 5 erscheint vernünftig, kann die Situation entzerren und Quarantänezeit auf 7 Tage reduzieren. Gäbe es genügend Evidenz. 5 Tage bieten einen ausreichend Zeitraum für Symptomentwicklung bei tatsächlicher Erkrankung. ○ Testlogistik (am Flughafen) <p>Herr Wieler hat mit Hr. Distany von Ecoloc telefoniert. Die Firma bietet Testlogistik an und gestaltet diese so effizient wie möglich. Es besteht ein Vertrag mit Bayern, es wurden schon Testungen in Luxemburg durchgeführt. Er berichtet bis zu 200 Tests mit Ergebnismitteilung an gleichen Tag durchführen zu können.</p> <p>Logistik ist eine entscheidende Frage und sollte eine Rolle im Testpapier spielen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aussteigekarten, Teststrassen und anderen Sorgen der Gesundheitsämter mit zuständigkeit für Flughäfen ○ Im Rahmen der TK mit AG IGV-benannter Flughäfen, BMVI, BMG wurde die Umsetzung der Einreisebestimmungen mit Aussteigekarten/Testung diskutiert und es wurde der Unmut/Fassungslosigkeit über diese sowie die Umsetzung bis 	<p>FG32</p> <p>FG32</p>
--	---	-------------------------

	<p>Mittwoch, nun Montag, seitens der BL geäußert.</p> <p>Die Amtshilfe durch die Bundespolizei wurde schriftlich abgelehnt und der ÖGD steht allein da. Es gibt in den BL unterschiedliche Regelungen und die Airlines werden darüber vorab informiert.</p> <p>Es ist weiterhin unklar wer die Testungen durchführt und wer die Aussteigekarten sortiert und verteilt. Aktuell enthalten die Aussteigekarten nicht alle Informationen und müssen in unterschiedlichen Sprachen angepasst werden.</p> <p>Man müsste 800 Testungen pro Stunde durchführen. ÖGD arbeitet 24/7 mit Messebauern und Unternehmern zusammen an der Umsetzung und fühlt sich von der Politik und GMK allein gelassen.</p> <p>National</p> <p>Probleme mit dem Dashboard</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 208.698 (+870), davon 9.141 (4,4%) ○ Zahlen liegen über dem Niveau der letzten Woche ○ Todesfälle (+7), Inzidenz 251/100.000 Einw., ca. 192.300 Genesene, Reff=1,06, 7T Reff=1,19 ! Fälle und Todesfälle pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> ○ Bis auf Saarland haben alle BL Fälle gemeldet ○ Spitzenreiter sind BW/NRW/BY ! Nowcasting <ul style="list-style-type: none"> ○ R-Wert Talsohle erreicht, geht wieder hoch ! 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> ○ Anstieg in vielen BL ! Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ○ LK mit Inzidenz >100: Dingolfing-Landau (189) ○ LK Dittschmarschen unterschiedliche kleine Geschehen ! Aktuelle Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> ○ Dithmarschen: Rückkehrer aus 	<p>VPräs/alle</p>
--	--	-------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Balkan/Skandinavien/Familien</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Solingen: zahlreiche Faktoren ○ Ludwigslust: Fälle im Arbeitsamt, dieses geschlossen ○ LK Dingolfing: Testungen von viele Bürger und weiterhin im Gurkenbetrieb ○ Ausbrüche in SK Hamburg, LK Ostalbkreis, LK Weimar, LK Hof ○ LK Rhein-Neckar-Kreis: Ausbruch innerhalb einer rumänischen Glaubensgemeinschaft, eher BL übergreifend und wurde über EpiLag Verteiler geteilt. Pfingstgemeinde scheint in sich sehr heterogen zu sein und hier handelt es sich eher um Freikirchen. Es wird angestrebt eine AG zu diesem Thema in Abt3 zu bilden. <p>! Ausbrüche nach Setting</p> <p>Es werden Angaben zu Arbeitsplatz, Betreuung, Teil eines Ausbruch gesammelt, jedoch keine detaillierten Informationen zum Infektionssetting.</p> <p>In Ausbrüchen ist das Setting oft bekannt wobei die Definition eines Ausbruchs recht willkürlich ist. Jedes GA entscheidet fallbasiert, ob ein Ausbruch oder Unterausbruch angelegt wird. Es gibt GA, die würden für jeden Ausbruch innerhalb einer Pfingstgemeinde einen Ausbruch anlegen und andere würden das wiederum zu einem großen Ausbruch zusammenfassen.</p> <p>Die Anzahl der Ausbrüche und Anzahl der Fälle, Zahl der Ausbrüche insgesamt und Anzahl der Fälle werden erfasst.</p> <p>Grobe Zuordnung möglich und Großteil sind im Haushalt, Alten und Pflegeheime und Arbeitsplatz. Das Setting lässt sich nicht 100%ig unterscheiden und Kirchengemeinden kommen nicht vor. Es wurden einmal Fähre und vier Mal Flug genannt.</p> <p>Ausbrüche werden auch mit einem 1Fall und dessen KP angelegt zum contact managment.</p> <p>! Häufigste Expositionsländer im Ausland aus den Meldewochen 27 bis 30</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 10-20% aller Meldung mit Exposition im Ausland ○ Balken führend, keine großen Änderung <p>! Anzahl Labortestungen</p>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Positivenrate ist leicht gestiegen (0,8%) obwohl mehr Testungen durchgeführt werden ○ Kapazitäten sind gestiegen und viele Labore melden <p>! Mortalitätssurveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zahlen hängen nach und für Dt. wird eine geringe Mortalität berichtet im Vergleich zum Ausland. ○ EuroMOMO-Daten ○ Es sind nicht die Länder, dennoch sind die Todeszahlen nach Altersgruppe in der Gruppe 15-44 Jahren deutlich erhöht <p>Es wäre wünschenswert einige Infos, die intern berichtet werden, im Lagebericht darzustellen um Vorwürfen begegnen zu können. Diese Informationen haben zahlreiche Limitationen und brauchen viel Kontext. Daraus könnten Nachfragen auf BL-Ebene resultieren. Das Meldewesen ist ein Erfassungsinstrument für v.a. Ausbruchsresponse und nimmt daher eine lokale Heterogenität in Kauf. Das mangelnde Verständnis des Meldewesens führt immer wieder zu Irritationen in der Presse.</p> <p>Die geplante Fall-Kontrollstudie zu Infektionswegen könnte weitere wichtige Infos liefern. Priorisierung hausintern?</p> <p><i>TODO:</i></p> <p><i>FG32/Präs: Bilaterale Diskussion zwischen FG32 und Präs zu möglichen Zusatzinfos im Lagebericht</i></p> <p><i>Presse: Vorbereitung Hintergrundgespräch mit Presse um das Meldewesen verständlicher zu machen.</i></p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Namibia Unterstützung zur Implementierung von GoData wird gerade geplant. Es gab bereits eine Introduction für die namibischen Kollegen. Aktuell fehlt die offizielle Einladung des MOH</p> <p>! Pakistan A. Jansen und B. Karo hatten ein Gespräch mit dem pakistanischen Botschafter. Pakistan wünscht sich Unterstützung in vielen Gebieten (Labor, Epi, Contact Tracing, etc). Die Möglichkeiten der Unterstützung wurden erklärt. Aktuell wird an einer Concept Note/offizieller Einladung an die Leitung des RKIs gearbeitet um dann das Anliegen RKI-intern prüfen zu können.</p> <p>! Israel</p>	<p>ZIG1</p> <p>Präs/IBBS</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Schalte Israel wurde letzte Woche <u>von ISR abgesagt. ISR hat sich entschuldigt und meldet sich bzgl. eines neuen Termins</u> Neuer Termin <u>mit Leitungsebene</u> konnte noch nicht ausgemacht werden., da niemand auf der Leitungsebene des RKIs verfügbar ist, daher soll ein Treffen auf Arbeitsebene <u>kann</u> ohne Leitung RKI ausgemacht werden. Ergebnisse zum Faceshield-Test sind bereits an Hr. Wieler gegangen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung ! Gestern Irritationen auf Grund von Unterschieden zwischen Lagebericht und Homepage, das wurde angepasst und ist jetzt identisch</p>	FG 32
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA ! Nicht anwesend</p> <p>Presse ! Dashboard leider geht immer noch nicht ! Fallzahlen auf Homepage sind aktuell mit Hinweis auf Probleme mit dem Dashboard ! Empfehlungen der STIKO zu COVID19 Pandemie sind veröffentlicht. Influenzaimpfempfehlung für Risikogruppen sind hervorgehoben.</p> <p><i>TODO: Presse: Stellungnahme zum ZEIT-Artikel wird aktuell vorbereitet</i></p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p>Neues aus dem BMG ! Risikogebiete: ○ Differenzierung der Risikogebiete auf subnationale Ebene für Spanien bereits geschehen und eingestellt ○ BMG wünscht weiterhin die 7 Tage Inzidenzen auf regionaler Ebene für EU zu erhalten. Sollten diese nicht verfügbar sein, sollte das klar an das BMG vom LZ/INIG kommuniziert werden. Kommunikation dazu besteht bereits. ○ Diese Daten zu beschaffen ist sehr aufwendig und muss einzelnen in den Ländern eingeholt/herausgesucht werden. ECDC berichtet aktuell 14-Tage-Inzidenz, sucht sich die Daten</p>	BMG-Liaison

	<p>auch einzeln zusammen (nicht aus Tessy, für Dt greift ECDC auf das Dashboard zu) und teilt die Rohdaten dazu nicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ WHO EURO hat eine Karte nach Regionen mit 7-Tage-Inzidenz, Zahlen werden dort angefragt. BKK-Daten bieten eine Möglichkeit, diese muss noch diskutiert werden. <p><i>TODO: ZIG 1/ B. Karo fragt WHO Euro nach den Rohdaten; Rückmeldung BMG bzgl. der Möglichkeit Daten zu 7-Tage-Inzidenzen zu bekommen</i></p> <p>! Pakt für den ÖGD:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inhaltlich noch nicht entschieden. Koalitionsausschuss vom Juni hat die Aufgabe an GMK vergeben und bis Ende August wird Entwurf stehen. Zunächst gibt es Abstimmungsgespräche auf Ministerebene und dann geht es an Bund und Länder. Es besteht ein großes Interesse in den Ländern, daher ist eine Beschlussform zeitnah zu erwarten. RKI soll eingebunden werden. 	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Entwurf einer Ergänzung unserer "Hinweise zur Testung auf SARS-CoV-2" sowie (interne) Hintergrundinformationen/ Testungen im Zusammenhang mit einem erhöhten Expositionsrisiko</p> <p>Entwurf ist fertig und es wird Feedback zu Verständlichkeit und weiteren relevanten Faktoren seitens ABT1 erbeten.</p> <p>Reisende als ein Beispiel wie eine erhöhtes Exposition niederschlagen kann und Darstellung der beeinflussenden Faktoren erfolgt in dem Papier. Es ist eine Herausforderung die Ergebnisse der Modellierung in einer Sprache, mit der man eine Einschätzung bekommt welcher Grad der Infektionsprävention erzielbar ist, darzustellen.</p> <p>Zusammenfassung: Als Alternative zur einmaligen Testung mit den ganzen logistischen Problemen steht eine alternative zeitversetzte Testung oder zweimalige Testung; wie in dem Papier der Staatskanzleien ist die Restrisikoreduktion am größten nach 14 Tagen Quarantäne.</p> <p>Die Zielgruppe ist neben Ärzten und Betroffenen auch der ÖGD. Die Ergebnisse der Modellierung sind schwer verständlich zu</p>	ABT1/alle

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>formulieren, sollten jedoch aufgenommen werden. Rechenbeispiel wird rausgenommen um keinen falschen Eindruck zu erwecken. Je praktischer die Zusammenhänge dargestellt werden, desto besser.</p> <p>Eine ähnliche Anfrage gab es von Public Health England (PHE). PHE hat die Quarantäne in die Modellierung miteinbezogen. Kontakt kann durch C. Herzog/IBBS hergestellt werden.</p> <p><i>TODO: Hr. v. Kleist soll eine Erläuterung der Berechnungen und Modellierung(en) in einem separaten Paper erarbeiten. Hier wären mehr epidemiologische Überlegungen und weniger Testparameter wichtig.</i></p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
8	Dokumente	
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ABAS: Vorschlag wird erarbeitet und geteilt ○ <u>Arbeitsschutzstandard des BMAS ist im RKI in Abstimmung</u> ○ <u>Arbeit an der TRBA für respiratorische Viren mit pandemischen Potential mit fortlaufenden Telefonkonferenzen</u> ○ Gespräche zu Arbeitsschutz an Ankünften am Flughafen und Laboren finden statt. <u>Hausinterne Abstimmung von Julia Sasse, IBBS mit Claudia Kohl, ZBS 1 (im UA3) und Daniele Daniela Jakob, ZBS 2 (Hauptausschuss ABAS) nehmen daran teil hat stattgefunden</u> ○ AG Wiederaufbereitung von FFP-Masken <u>ist aktuell noch ergebnisoffen, Bericht das nächste Mal erarbeitet Projektplan: ergebnisoffen.</u> 	IBBS
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In der KW 31 gingen 4.141 Proben davon waren 15,5% positiv auf SARS-CoV-2. Hierbei handelt es sich um Langzeitinfizierte und Familiencluster 	ZBS1

	<p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 129/ 218 Proben pos. auf Rhinoviren; kein Nachweis weiterer Erreger 	FG17
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen Vorgezogen</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>! Dashboard FG31 arbeitet an einer Lösung. In der Nacht hat der Server nicht funktioniert und die Dateien konnten nicht erstellt und an ESRI versandt werden. Nachdem dieses Problem gelöst wurde, gab es Probleme bei ESRI Auf Grund von Urlaubszeiten gibt es nicht genügend Personal mit Admin-Rechten Der Server schien nicht das Problem zu sein, es wird die tatsächliche Ursache aktuell noch gesucht. Es ist nicht EMOTET.</p> <p>! Im SurvNet-Update werden Infektionssettings besser erhoben</p> <p>! 200 Tage LZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das LZ war noch nie so lange operativ und es ist kein Ende in Sicht ○ Auswertung basiert auf den Schichteneingabe im Schichtplan. Die multiplen Personen und Aufgaben, die außerhalb des LZs (Testzahlen, Ausbrüche, Labor, Erlasse etc.) erscheinen werden nicht dargestellt. ○ Somit ist das nur ein Einblick ins LZ: <ul style="list-style-type: none"> ○ Über 2600 Schichten (ca. 7-stündig) ○ Abteilungen: 75% der Schichten durch Abt. 3, 13 % durch ZIG abgedeckt ○ Über 134 MA haben jemals mitgearbeitet, Abt 3 führen > 90MA. Die Mitarbeit bietet Gelegenheit zu lernen und über die eigenen Arbeitsthemen hinaus blicken zu können. ○ Über 40% der Abt 3 waren jemals mal im LZ. ○ Insgesamt mehr Frauen; OR doppelt so hoch für Frauen ○ Anzahl der Aufgaben hat über die Zeit nicht nachgelassen und kleinere Aufgaben werden nicht erfasst/als Aufgabe nicht angelegt ○ Bearbeitungsdauer ist gut (9 Aufgaben pro Tag); 83% abgeschlossen, einige sind Daueraufgaben ○ Top10 der Aufgaben: Erlasse (350) häufigste Kategorie, nicht alle Erlasse als Erlasse hier erfasst ○ Ärztehotline nicht im LZ: Abt1 und 2 und Projektgruppen (25 Ärzt. MA) arbeiten hier viel mit. 	FG32/Präs



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Aufgabe ist die Beantwortung von fachlichen Fragen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Insgesamt sollten MA sensibilisiert werden, dass die Situation eher länger dauert. Einbeziehen von MA aus anderen Einrichtungen wäre vielleicht eine Option zur Unterstützung. ○ IQTIQ hat ehemalige MA ans RKI abgeordnet. Bundeswehr MA ist für die ÖGD-Kontaktstelle da. Da er noch viele andere Termine/Verpflichtungen hat ist die Mitarbeit noch nicht ganz gut umsetzbar. ○ Ein Teil der Infos werden in den RKI News publiziert ○ Ideen zu Rekrutierung von neuen MA gern an U. Rexroth. Hr. Wieler unterstützt <p><i>TODO: Infos könnten ins Portal/Intranet eingestellt werden</i></p>	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Von Aussteigekarten, Teststrassen und anderen Sorgen der Gesundheitsämter mit zuständigkeit für Flughäfen</p> <p>Oben besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Nächste Woche geht die KITA-Studienplattform online. Diese wird zunächst intern befüllt und geht dann Deutschland- und Europaweit online</p> <p>!</p>	
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 03.08.2020 13 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	03.08.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Marc Thanheiser
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1

- Marcia Grossegesse
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
 - Sarah Esquevin
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Iris Andernach
 - Christophe Beyer

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ! Ca. 17,8 Mio. Fälle und ca. 685.000 Verstorbene (3,84%) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> o Auf 10. Position Philippinen und nicht mehr Bangladesch o Trends ähnlich, Brasilien scheint stabiler zu werden ! Länder mit 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner > 50 Fälle <ul style="list-style-type: none"> o Äquatorialguinea dazugekommen o Südamerika weiterhin Hotspot ! Afrika – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) <ul style="list-style-type: none"> o Elfenbeinküste nicht mehr dabei; neu hinzugekommen Malawi; 5 Länder für 75% der kumulativen Fallzahlen verantwortlich o Epidemie nicht mehr nur auf Großstädte beschränkt (WHO Afrika) o Äthiopien: nationalweite Testung geplant ! Nord- und Südamerika – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) <ul style="list-style-type: none"> o Neu ist Paraguay mit exponentiellem Anstieg o > 50% aller Fälle weltweit o USA Stabilisierung der Fallzahlen, Rekordwerte bei Todesfallzahlen o Mexiko auf Platz 3 der kumulativen Todesfälle weltweit, starke Untererfassung der Fallzahlen ! Asien – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) <ul style="list-style-type: none"> o Afghanistan nicht mehr dabei o Indien verzeichnet nach wie vor Tagesrekorde, Testkapazitäten wurden aufgestockt 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlen in Japan gehen nach oben, nicht mehr nur auf Tokio beschränkt ○ Auf Philippinen steigen Fallzahlen rasant nach Lockerungen im Juni. <p>! Europa – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Albanien neu hinzugekommen, Luxemburg, Montenegro nicht mehr dabei ○ Belgien: vor allem auf Region Antwerpen zurückzuführen ○ abnehmender Trend in Russland ○ Stabilisierung in Spanien ○ Vereinigtes Königreich: Angst vor 2.Welle sehr groß, Wiedereinführung von Maßnahmen <p>! Ozeanien – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Australien unverändert steigender Trend; Sperrzeiten Nachts eingeführt, mit Ausnahmezustand; Sorge, dass sich Ausbruch in Pflege- und Altersheime ausbreitet <p>! Gibt es Hintergrundinformationen zu Rumänien? Update ist in den nächsten Tagen geplant</p> <p>! Warum sinkt der Anteil der Verstorbenen? Im Moment starker Anstieg der Fälle, Todesfälle werden immer erst zeitverzögert sichtbar.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 210.402 (+509), davon 9.148 (4,4%) Todesfälle (+7), Inzidenz 253/100.000 Einw., ca. 193.500 Genesene, Reff=1,09; 7T Reff=1,00 ○ Durch eine Fehl-Stornierung des LK Ennepe-Ruhr sind gestern 145 Fälle nicht in die Fallzahl eingegangen, die vorher aber vorlagen. Heute sind sie wieder dazugerechnet. Die heutige Anzahl der Neuinfektionen beträgt ohne diesen Faktor 364 Erkrankungsfälle und 1 Todesfall. ○ Fälle und Todesfälle pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fälle aus BW und Sachsen noch nicht in Statistik, da keine Übermittlung am Wochenende ○ Nowcasting 	<p>FG32</p> <p>FG35/ FG36</p>
--	---	-------------------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ leichter Rückgang beim R-Wert ▪ relativ stabil über 1 ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ in vielen BL Wiederanstieg ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ > 50: LK Dingolfing-Landau ▪ > 25: SK Offenbach, LK Dithmarschen, LK Kleve ▪ 78 LK haben keine Fälle übermittelt (Anzahl LK ohne Fälle geht zurück) ○ Landkreise mit höchsten Fallzahlen in letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ die meisten Fälle in Essen, Düsseldorf, Hamburg Duisburg, München ○ Aktuelle Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> ▪ LK Dithmarschen: heterogen, Reiserückkehrer aus verschiedenen Gebieten; strengere Kontaktbeschränkungen wieder eingeführt ▪ LK Kleve: Hochzeitsfeier, viele Personen in Quarantäne ▪ SK Herne: keine Verschärfung der Maßnahmen ▪ LK Dingolfing-Landau: Gemüsehof, umfangreiche Testungen ○ Ausbrüche nach Setting <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwierigkeit: Ausbrüche werden in den GA sehr kleinteilig verzeichnet ▪ viele Ausbrüche in privaten HH und Pflegeheimen <p>! Rolle von Gottesdiensten in der Pandemie (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gottesdienste spielen in der Pandemie auch international eine Rolle: <ul style="list-style-type: none"> ▪ großer Ausbruch in Ostfrankreich: großes Treffen einer Pfingstgemeinde mit Teilnehmern aus vielen verschiedenen Gegenden Frankreichs 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kirchen(-assoziierte) Ausbrüche in USA ▪ Ausbrüche in Deutschland: in evangelischen Freikirchen und Pfingstgemeinden in Bremerhaven, Neukölln, Stuttgart, Sinsheim, Gütersloh,... ○ Begünstigung von Übertragungen in Kirchen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht-Einhaltung von AHA-Regeln; Gesang; Priester mit vielen Kontakten als Indexfall; große Teilnehmerzahl, gewollte Nähe; lange Gottesdienste und häufige andere kirchliche Events; Räume mit geringem Luftvolumen ○ Begünstigung überregionaler Ausbreitung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seltenheit der spezifischen Gemeinschaft in der Fläche, was zu weiten Reisen der Teilnehmer und Priester führt; missionierende Tätigkeiten; große Haushalte (Sekundärübertragung) ○ Begünstigung später Ausbruchsentdeckung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ eher Abschottung der Gemeindemitglieder von Allgemeinbevölkerung (sprachlich und/oder religiös motiviert) ○ Pfingstkirchen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ keine staatlichen Kirchen, viel Gesang, lange Gottesdienste, Hauskreise spielen eine Rolle, zunehmende Verbreitung vor allem in ehem. „Entwicklungsländern“ -> langes Zusammensein in engen Räumen ○ BZgA warnt vor einer Generalisierung. Es sollten die Gewohnheiten analysiert werden, die zur Verbreitung führen und daraus Risikofaktoren abstrahiert werden. Diese Botschaft sollte an die Allgemeinbevölkerung gebracht werden. ○ Lässt sich eine Zahl Personen pro Fläche ermitteln, die das Risiko stark erhöht (Gruppengröße, Fläche, Zeitdauer der Kontaktexposition)? Kommt auf die Kombination der Risikofaktoren an, deshalb schwierig Schwellenwerte zu definieren. ○ Wenn ein Ereignis ein Superspreading Event ist, sollte die Anzahl Personen nur so groß sein, dass KoNa bei Ausbrüchen noch realisierbar ist. ○ Unterschied offizielle Treffen und private Zusammenkünfte, Risikowahrnehmung ist bei privaten Treffen viel geringer. ○ Zusammenhänge sind komplex, wann findet Infektion statt, während des Gottesdienstes, bei Zusammenkünften 	FG36
--	---	------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>danach?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Telefonat mit einem Pastor vom Bund deutscher Baptisten: Glaube spielt eine Rolle („Gott schützt“). Dies muss kommunikativ anders angegangen werden als nur durch Grenzwerte in Räumen. ○ Bisherige Untersuchungen sprechen für die Nicht-Einhaltung der AHA-Regeln als Hauptrisikofaktor. Es gibt Evidenz dafür, dass die Mehrzahl der Fälle sich durch Tröpfcheninfektion angesteckt hat. ○ Bias, je genauer recherchiert wird, desto eher ist eine Ansteckung nicht auf Aerosole oder die Klimaanlage zurückzuführen, sondern auf Tröpfchen. Dies ist aber aufwendiger zu ermitteln. Es wäre gut zur Evidenz beizutragen. <p><i>ToDo: Abt. 3 soll eruieren, ob sich belegen lässt, dass bei genauerer Anamnese eher Tröpfcheninfektion in Frage kommt.</i></p> <p>! Corona-KiTa-Studie (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Unter welchen Bedingungen sind Öffnungen von Kitas und Schulen möglich? RKI Modul 3 (FG36: Auswertung von Meldedaten und der syndromischen Surveillance) und Modul 4 (Abt.2) ○ Inzidenz und Anteil: Zahlen bei ab 6 Jährigen steigen eher an und gehen bei 0-5 Jährigen eher zurück. ○ Betreuung in einer Einrichtung: schwierig auszuwerten ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte: Anzahl Fälle 15 Jahre und älter ist ziemlich groß, betroffene Betreuer scheinen eine große Rolle zu spielen sowie 0-5 Jährige ○ Ausbrüche in Schulen: deutlich mehr Lehrende betroffen; spricht dafür, dass ein Großteil eher von privaten HH in Schulen und Kitas getragen wird und nicht umgekehrt. ○ Liegen Daten zur Positivenrate bei Kindern und Lehrern vor? Die Positivenrate ist für alle Altersgruppen sehr niedrig. Eine Differenzierung nach Berufsgruppe ist nicht möglich, weder im Meldewesen noch bei ARS. Solche Auswertungen (COVID-Diagnose nach Berufsgruppen) führt z.B. der Dachverband BBK durch. ○ Es gibt Ausbrüche in Schulen und Kitas. Auch in Schulen sind Grundregeln einzuhalten. Es gibt keinen Anlass dafür, 	
--	--	--

	dass in Schulen von den AHA-Regeln abgesehen werden kann. Jedoch muss der Meinung, dass Schulen und Kinder Superspreader sind, entgegengetreten werden. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen muss dagegen mehr Überzeugungsarbeit geleistet werden.	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Prozess der Etablierung eines Symptom-Checkers ist nahezu abgeschlossen, muss noch auf den Internetseiten integriert werden. Personen können Symptome eingeben und bekommen dann Anweisungen, wie sie sich verhalten sollen. ! Datenspende: mit Fieber assoziierte Erkrankungen scheinen erkennbar zu sein ! CWA: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hotline muss noch am RKI etabliert werden, es besteht Bereitschaft für 1-2 Wochen Bürgerfragen zu beantworten. ○ Evaluation der App soll kostensparend verwirklicht werden. Eine Projektstruktur, die bis Mai 2021 trägt, muss erarbeitet werden. ○ An einer Beseitigung der Mängel bei der Laboranbindung und einer besseren Einbindung der GA wird unter Hochdruck gearbeitet. ○ SAP und Telekom haben sich mit ihren Plänen Richtung Europa gewandt. Es gibt ähnliche Systeme in Europa und von der EU Kommission gibt es den Wunsch nach einer Plattform für das gesamte europäische System. 	FG21
4	Aktuelle Risikobewertung ! Nicht besprochen	
5	Kommunikation BZgA ! Rückmeldungen aus der Bevölkerung: Es gibt eine große Unkenntnis des Systems und große Unsicherheiten z.B. dazu, wie sich der Rest der Familie verhalten soll, wenn ein Kind getestet wurde und auf das Ergebnis wartet. ! Reiserückkehrer: <ul style="list-style-type: none"> ○ Werden nicht künstlich Hotspots generiert, wenn mehrere 100 Menschen in einer Warteschlange stehen? ○ Wenn der Wunsch besteht, sich nach der Rückkehr aus einem Nicht-Risikogebieten testen zu lassen, ist es nicht immer einfach eine Anlaufstelle zu finden. Sollte hier nicht nochmal auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Telefon 116117) zugegangen werden. ! Es wäre sehr im Sinne der für Flughäfen verantwortlichen GA, in	BZgA



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>der Fläche zu testen und nicht nur auf Flughäfen. Eine Testung sollte möglichst innerhalb von 72 h nach Ankunft stattfinden, bis dahin Quarantäne zu Hause. Am Flughafen würde dann nur Infomaterial zur Verfügung gestellt werden. Hierzu gibt es keine Einigkeit auf politischer Ebene und kein Mitziehen der KVen (regional sehr unterschiedliche Handhabung, Länderangelegenheit).</p> <p>! Diese Punkte sollen gesammelt und in der AG Diagnostik zur Sprache gebracht werden (nächste Sitzung Mitte August).</p> <p><i>ToDo: Hr. Mielke wird Mail mit Bitte um Ausnahme dieses Punktes formulieren.</i></p> <p>! Eine leichtere Zugänglichkeit von Teststellen soll parallel in der AGI thematisiert werden. Es gibt eine Linksammlung mit einer Übersicht über Möglichkeiten zur Testung.</p> <p>Presse</p> <p>! FAQ zur Einordnung eines negativen Testergebnisses ist geplant. In den Hinweisen zur Testung, die im Laufe des heutigen Tages publiziert werden sollen, wurde hierzu etwas formuliert. Dieses Papiers wird für die allgemeinverständliche Aufbereitung an die Presse weitergegeben.</p> <p>! Vorschlag: Die Sprachregelung vom 24.07 (Information zu gestiegenen Fallzahlen) soll von der Internetseite genommen werden. Problem: Im Situationsbericht wird auf Stellungnahme vom 24.07 verwiesen. Diese könnte von der COVID-Übersichtsseite genommen, aber im Link belassen werden. Eigentlich findet jedoch bereits eine gute Einordnung im Lagebericht statt.</p>	<p>Abt.1</p> <p>FG32</p> <p>Presse</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Risikogebiete stehen immer mehr in der öffentlichen Debatte, es gibt Ideen einer täglichen Ausweisung der Risikogebiete auch auf regionaler Ebene. Die internationale Lage soll engmaschig kontrolliert werden, damit soll verhindert werden, dass eine tägliche Inzidenzausweisung gefordert wird.</p> <p>! Deshalb würde Hr. Beyer gerne bei den Krisenstabssitzungen beim Punkt „Internationales“ teilnehmen. BMG möchte Signale auffangen und würde sich, falls erforderlich um weitere Daten bemühen.</p> <p>! Eine weitere Möglichkeit wäre stattdessen am täglichen round table von ZIG teilzunehmen.</p> <p>! In welcher Frequenz und Detailtiefe die epidemiologische</p>	<p>BMG-Liaison</p>

	<p>Situation im Ausland betrachtet werden kann, muss in ZIG noch besprochen werden, zu viel Detailtiefe ist epidemiologisch nicht sinnvoll. Die Daten (7-Tages Inzidenzen) werden von der WHO Euro in Auflösung NUTS 2 zur Verfügung gestellt. Es wird nicht auf nationalen Seiten nach Zahlen gesucht. Dieses Screening wird täglich durchgeführt, auch weltweit aber auch nicht in dergleichen Tiefe.</p> <p>! Die Anordnung der Pflichttestung wird nach §36 oder § 5 IfSG erfolgen. Ist noch nicht klar. Die Anordnung soll frühestens nächsten Freitag im Bundesanzeiger veröffentlicht werden. Ist das den Länder bekannt?</p> <p>! Inwieweit war RKI in Arbeitsschutzstandards des BMAS miteingebunden? Bitte direkt mit Fr. Sasse besprechen.</p>	
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <p>! „Coronavirus in the Air“, Nature, 23 July 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ auf Mittwoch verschoben <p>! SARS-CoV-2 Genomdiversität (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 70.000 Genome wurden zwischenzeitlich sequenziert. ○ Genom ist mit 30 kb ziemlich groß. Evolutionsrate ist relativ langsam (gute Nachrichten). ○ Größe des Spike Gens, für Bindung verantwortlich, fällt auf. Vor allem Bindung an ACE-2 Rezeptor wichtig. Einfaches Target für neutralisierende Antikörper. ○ Mutationen im Spike wurden analysiert, D614G ist häufigste Mutation (71%). ○ G614 ist in fast allen infizierten Populationen dominant geworden, auch dort, wo initial D614 vorherrschte. Trend hat sich global vollzogen. Auch in Deutschland ist das die Mutation, die sich durchgesetzt hat. ○ G614 ist mit niedrigeren Ct-Werten verbunden und mit höherer Viruslast assoziiert, aber nicht mit einer schwereren Erkrankung. ○ G614 könnte den Spike stabilisieren, könnte Zeichen sein, 	<p>FG17</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>dass sich Virus an Wirt anpasst.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Unterschiede bei Neutralisierung. ○ Ist ein Escape vor neutralisierenden Antikörpern möglich? Inwieweit kann es zu Escape Mutanten kommen? Resistente Spike-Mutanten kommen in niedriger Frequenz in der Natur vor. ○ Inwieweit lassen sich die Viren neutralisieren? Durch den Einsatz von AK-Kombinationen konnte die Antikörper-Resistenz vollständig überwunden werden. -> Gute Voraussetzung für Therapie und Impfstoff, so schnell sind keine Escape Mutanten zu erwarten. ○ Die G614 Mutante hat sich durchgesetzt, da sie Replikationsvorteile hat, damit verbunden ist keine höhere Virulenz. ○ Die Ganselt-Variante wurde verdrängt, ○ Man kann analysieren, ob es in einer Klinik verschiedene Einträge gibt. ○ Kann eine Reinfektion mit einem neuen Virus von einer Exazerbation einer perzipierenden Infektion unterschieden werden? Könnte nachgewiesen werden, wenn in einem Patienten beide Gruppen nachweisbar wären. <p>! CORONA-Monitoring lokal -Erste Ergebnisse für die Gemeinde Kupferzell im Landkreis Hohenlohe (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Als eine von 4 Studien geplant: Kupferzell (20.05.-09.06.), Bad Feilnbach (23.06.-04.07.), SK Straubing (ab 08.09), ab Oktober eine weitere Gemeinde/Stadt ○ Studienziele: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestimmung des Anteils der Bevölkerung in besonders betroffenen Gemeinden, der schon Kontakt mit Virus hatte; Anteil akut Infizierter und derer, die die Infektion schon durchgemacht haben ▪ asymptomatische Verläufe und des Dunkelzifferfaktors ▪ Antikörperstatus, klinische Verläufe, Spätfolgen ▪ Rahmenbedingungen der Gemeinden und Maßnahmen 	<p>Abt.2</p>
--	--	--------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Studiendesign: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ca. 2.000 Teilnehmer pro Ort (18 Jahre und älter), repräsentative Einwohnermeldeamtsstichproben ▪ PCR Rachenabstrich, Blutproben für Antikörpertestung ▪ Neutralisationstests am NRZ für Coronaviren ▪ Kurzbefragung und längere Nachbefragung, ca. 2-3 Wochen später, ▪ Studienzentren: Untersuchungsbusse, angemietete Räume, Hausbesuche ▪ Wiederholte Querschnittsuntersuchungen und längsschnittliches Weiterverfolgen sind möglich. ○ Erste Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stichprobe 2.203 Personen ab 18 Jahre, Response: 62%, in höheren Altersgruppen bis 80% ▪ Prävalenz: 13,1% grenzwertige Befunde eingeschlossen; 11,3% positive AK-Befunde; mit positiven NT-Befund: 7,6%, die weiteren Ergebnisse beziehen sich auf diesen korrigierten Befund ▪ Seroprävalenz nach Alter und Geschlecht: häufiger positiver Befund bei Frauen (nicht signifikant), häufiger positive Befunde bei Älteren (signifikant) ▪ Anteil asymptomatischer Verläufen: 16,8%, deutlich höherer Anteil bei Älteren ▪ Anteil an Personen mit diagnostizierter SARS-CoV-2-Infektion und negativem Antikörpertest: 28,3% ○ Vergleich der vorliegenden Studien: Kupferzell, Gangelt, Neustadt, Ischgl (nur für groben Eindruck, Ergebnisse nicht vergleichbar): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reaktiver AK-Befund mit 42,4% in Ischgl am höchsten, Gangelt: 14,1%, Neustadt 8,4%; Dunkelzifferfaktor in Kuperzell bei 4, in Gangelt bei 5 und Ischgl bei 6-7 ○ Nächste Schritte: 5.8. Ergebnisbericht für BMG; 14.08. Präsentation in Kupferzell; 25.08. Ergebnispräsentation in Bad Feilnbach; 08.09. Studienstart in Straubing, Oktober Studienstart im vierten Ort und virtuelles Vernetzungstreffen ○ Darstellung aller Studien zu diesem Thema auf RKI-Webseite 	
--	---	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rate der Asymptomatischen ist bemerkenswert, weil durch viele Darstellungen in der Presse der Eindruck entstanden ist, dass dieser Anteil sehr viel höher ist. ○ Was waren die häufigsten Symptome? Austausch mit Kollegen und differenziertere Analysen sind geplant. Ergebnisse liegen erst seit Freitag vor. ○ 28% der in der Vergangenheit PCR positiv Getesteten haben keine Serokonversion oder sind schon wieder negativ (?)(in Studie selbst kein positiver PCR-Test). Dies ist in Hinblick auf Pathogenese und eine mögliche Virämie ein Befund, der gut diskutiert werden sollte. Welche Subpopulation bildet keine Antikörper? ○ Inwieweit spielen Asymptomatische bei der Übertragung eine Rolle, bekommen die GA diese Information? Abt. 2 steht in engem Kontakt mit GA in Kupferzell. ○ In Darstellung sollte noch Inzidenz, Letalität und zeitlicher Peak aus dem Meldewesen ergänzt werden. 	
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In der letzten Woche gingen 547 Proben ein, davon wurden 91 (16,6%) positiv auf SARS-CoV-2 getestet. <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sehr hoher Anteil von Rhinoviren, bisher keine anderen Viren. 	ZBS1 FG17
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Wird am Mittwoch besprochen</p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Stand Aerosolepapier mit UBA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es fand ein Expertengespräch mit Teilnehmern aus Bundesministerien und Einzelexperten statt. Aufhänger waren die Ausbrüche in Fleischzerlegebetrieben, außerdem wurde freies Lüften thematisiert. ○ Ergebnis: Eine RLT-Anlage ist das Beste um eine Aerosolausbreitung zu verhindern. Mobile Luftreiniger sind in der Regel nicht erforderlich und nur sinnvoll, wenn sie fachmännisch aufgebaut werden. Bei einer UV-Desinfektion der Luft muss diese trotzdem gefiltert werden. Bei Fensterlüftung ist eine CO2 Messung (CO2-Ampel) durchaus 	FG14

	<p>geeignet um anzuzeigen, wann gelüftet werden muss.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ UBA wird hierzu Mitte August ein umfassendes Papier veröffentlichen. FG14 sieht FF im UBA und möchte hierfür Unterstützung anbieten, also kein eigenes Papier verfassen. ○ Stattdessen soll eigene FAQ erstellt werden und auf das Dokument verwiesen werden. Die Empfehlungen des UBA sind deckungsgleich mit den RKI Empfehlungen. FG36 hat schon einen Text zugeliefert, dieser soll berücksichtigt werden. ○ Deutsche Gesundheitsseite mit den meisten Klicks ist im Moment die RKI-Seite, deshalb wären praktische Empfehlungen hier sehr sinnvoll. ○ Fr. Brunke hat Übersicht mit allen RKI-Dokumenten zur Lüftung erstellt, wird im Krisenstab zirkuliert. 	
13	<p>Surveillance</p> <p>! Inwieweit ist die Meldung negativer Befunde bereits umgesetzt? Roll out läuft, ein großer Anteil der GA, ein kleinerer Anteil der Labore ist eingebunden, noch nicht in großen Umfang umgesetzt.</p>	FG32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>!</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 05.08.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	07.08.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG 14
 - Melanie Brunke
- ! FG 17
 - Ralf Dürrwald
 - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! FG 33
 - Ole Wichmann
- ! FG 34
 - Viviane Bremer
- ! FG 36
 - Udo Buchholz
- ! FG 37
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Annika Brinkmann
- ! ZIG

- Johanna Hanefeld
- Luisa Denkel
- ! ZIG1
 - Luisa Denkel
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Iris Andernach
 - Christophe Bayer

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier: COVID-19 International)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ca. 18,7 Mio. Fälle und ca. 708.000 Verstorbene (3,8 %) weltweit (Stand 07.08.2020) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> o Gleichbleibende Reihenfolge o USA abfallend, Fallmeldung in Indien überstieg die USA, zu erwarten, dass Indien in den nächsten Tagen auf Platz 1 rutscht ! 31 Länder mit 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 (zuvor 29 Länder): Cabo Verde (<3000 Fälle) und Turks und Caicos Islands dazugekommen ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 auf subnationaler Ebene (WHO): Es werden nicht alle Regionen dargestellt (in Bulgarien fehlt eine) ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 auf EU/EEA/UK Subregionen: in Bulgarien fehlt noch eine Region (Dobric mit ca. 300 neuen Fällen), nicht mehr auf der Liste ist u.a. Navarra - nach den Daten der spanischen Internetseite wäre Navarra jedoch noch dabei ! Australien: <ul style="list-style-type: none"> o ca. 4.000 Fälle in den letzten 7 Tagen, viel getestet, Positivanteil 0,9% o gehen selbst noch von „Cluster of cases“ aus, ausgehend von Quarantänehotel, Familienfeiern etc., Anstieg nur in Victoria, andere Bundesstaaten gleichbleibend o 01.07.2020 zunächst lokale Maßnahmen in Melbourne, Testing Blizz (straßenweise Testung von Einwohnern) o Bis 13.09.2020 Katastrophenzustand in Victoria o Restriktionen Stufe 3 für Region Victoria und Mitchell 	INIG

	<p style="text-align: center;">Shire, Stufe 4 für Melbourne</p> <p>! Singapur:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ca. 3000 neue Fälle in den letzten 7 Tagen, geringe Fallsterblichkeit (0,05%) bisher ○ Man geht von Cluster of cases aus, v.a. Wohnheime für internationale Arbeiter, vermehrt Testung dort ○ Nicht viel Veränderung in den letzten 7 Tagen laut ECDC ○ Wiederaufnahme der Arbeit, „neue Normalität“ ○ Keine Erklärung für geringe Fallsterblichkeit bei rel. hohem Positivanteil, ggf. junge Arbeiter <p>! Spanien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlen in Madrid steigend, Navarra derzeit noch auf der RKI-Liste, aber jetzt <50 neue Fälle/100.000 EW ○ Vielzahl von Ausbrüchen in „neuer Normalität“, wird nicht begleitet durch intensive Tests, die die notwendig wären, v.a. asymptomat. Fälle bei Jüngeren <p>! Britische Modellierungs-Studie: Lockerungen der physischen Distanzierung und Schulöffnungen müssen von populationsweiten Teststrategie begleitet werden inklusive Isolierung der diagnostizierten Individuen</p> <p>! Unterschiede bei Bewertung von Spanien durch ECDC (ca. 50/100.000 EW) und Spanien selbst/WHO (41/100.000 EW), bei eigentlicher gleicher Datengrundlage; Baskenland und Aragon über 50/100.000 EW) laut BMG</p> <p>! Bulgarien: Varna Anfang der Woche auch in EpiLag erwähnt, Reiseveranstalter bieten Partybusreisen in die Region an bei denen die Bilder suggerieren, dass man sich dort nicht an die AHA-Regeln halten muss.</p> <p>! Aktuelle Zahlen Reiserückkehrer mit jeweiligem Expositionsort, MW 31/32, nur Auswertung des erstgenannten Angabe des Expositionsort (weitere Expositionsorte können angegeben werden, wurden nicht erfasst): Bulgarien: 94 Fälle mit Exposition Bulgarien, 10 Fälle davon Exposition in Varna 65 Fälle mit Exposition Rumänien, nur 2x Region angegeben</p> <p>! BMG sieht verteiltes Ausbruchsgeschehen in Rumänien, wichtig wg. Saisonarbeitern, ggf. Ausweisung als Risikogebiet</p> <p>! Auch Belgien wurde von vielen Ländern als Risikogebiet</p>	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>eingestuft, Antwerpen weiterhin bei 80/100.000</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fr. Hanefeld nimmt an Risikogebiets-TK am 07.08. teil. ! Hoher Anteil positiver Teste in Düsseldorf ggf. durch viele Flugverbindungen in osteuropäische Länder zu erklären. <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier: Lage-National)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! SurvNet übermittelt: 214.214 (+1.147), davon 9.183 (0,09 %) Todesfälle (+ 8), Inzidenz 258/100.000 Einw., ca. 195.900 Genesene, Reff=1,16; 7T Reff=1,16 ! Nowcasting: Erklärung warum R nicht parallel mit 7-Tages-Inzidenz ansteigt: Wenn auf niedrigem Niveau plötzliche Schwankungen auftreten, dann reagiert R sehr sensitiv, bei längerfristig kontinuierlichen Änderungen kaum nur geringe Reaktionen (siehe auch im Vgl. zu Ende März/April, bei langsamem Abfall). R-Werte jedoch seit längerer Zeit über 1. ! 7-Tages-Inzidenz derzeit zur Bewertung besser geeignet. ! Bundesland-Vergleich: Anzahl neuer Fälle in Differenz zum Vortag > 100 in NW (444 Fälle), Bayern (128), Hessen (158), NI (124) ! Geographische Verteilung und LK 7-Tage-Inzidenz: Nur noch 57 Länder, herausstechend Dingolfing-Landau, ansonsten Ballungsgebiete, die hohe Fallzahlen haben ! Austausch mit BMG 611 zu Ausbrüchen ! Insgesamt wird erwarteter Anstieg nach Verhaltensänderung beobachtet ! Kommunikation zur der Testung der Reiserückkehrern sollte dringend angepasst/verbessert werden ! BZgA plant eine bildhafte Information (wie Flusschema), könnte man allgemeinen Merkblättern zufügen ! Bewegte Bilder und Podcasts sollten genutzt werden, um zu verdeutlichen wie die KH verläuft. Bewegte Bilder haben eine hohe Reichweite. Entweder könnte die BZgA selbst einen Film zur Verfügung stellen oder Beiträge verlinken. ! Ggf. könnten auch Einzelschicksale dargestellt werden – in den USA wird das sehr stark gemacht, spricht Menschen mehr an als abstrakte Zahlen. 	
--	---	--

	<p>! Die BZgA ist in Diskussion zum Thema – emotionaler kommunizieren, in politischer Kommunikation. Einzelschicksale wurden breit diskutiert. In bst. Bereichen kann man das nutzen. Allerdings gibt es auch den Anteil der Personen, die mit Panik reagieren. Abschreckung ist nicht das Mittel mit dem gearbeitet werden sollte (europäische Richtlinie). Bisher wird versucht rationale Informationen zu geben, damit die Menschen zu einer informierten Entscheidung kommen können. Aber die Art der Kommunikation und die Botschaften müssen angepasst werden.</p> <p>! Man kann Einzelfälle verwenden (auch mit gutem Ausgang), damit die Menschen begreifen, dass die KH existiert: Realität der KH an reales Gesicht knüpfen.</p> <p>! Die vorhandenen Daten zu Expositionsrisiken sollen publiziert werden. Geplant ist EpiBull-Artikel dazu. Artikel zur Auswertung der nosokomialen Ausbrüche ist schon beim Ärzteblatt als Research Letter eingereicht. Fr. Schweickert wertet derzeit die Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen aus.</p> <p><i>ToDo: Auswertung der Expositionsrisiken soll so schnell wie möglich publiziert werden.</i></p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Es gibt eine Anfrage von Usbekistan aufgrund einer derzeitigen schweren, zweiten Welle. Es wird eine Scoping Mission dazu geben.</p> <p>! Japan ZIG für einen Austausch kontaktiert</p> <p>! Weiterhing Austausch mit Ethiopien und Südafrika</p> <p>! Bericht über WHO Goarn Einsatz in Turkmenistan (durch Fr. Abu Sin) (Folien hier: WHO Mission Turkmenistan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Im April schon erste Gespräche, langes Ringen um diese Mission ○ Turkmenistan von Ländern umgeben mit sehr vielen Fällen (Iran, Kasachstan Usbekistan, Afghanistan) ○ Turkmenistan ist eines der zwei Länder, noch keine Fälle an die WHO gemeldet haben (neben Nordkorea) ○ Die TN mussten ein negatives Testergebnis vorweisen, wurden 2 Tage quarantänisiert und während der Zeit 2-mal zusätzlich getestet. ○ Turkmenistan hatte sehr früh Grenzen geschlossen und konzentriert sich v.a. auf die Point of entry (PoE) mit 	<p>ZIGL</p> <p>Fr. Abu Sin (FG37)</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>massiven Ressourcen (Dekontamination von Trucks etc.). Dies ist in der Darstellung der Grund für den nicht erfolgten Eintrag. Es gibt Quarantäne-Einrichtungen an diversen Grenzübergangsstellen, z.B. am Seehafen an der usbekischen Grenze.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aus Kommunikation mit Mitarbeitern internat. Institutionen die Info, dass vermehrt respirator. Infektionen bei den Mitarbeitern (außerhalb der Erkältungssaison). ○ 63.000 Teste insgesamt bis 23.07., aber Ergebnis nicht schriftlich, wenn positiv, dann wird das mündlich kommuniziert ○ Turkmenistan wurde während der Mission an ihre Verpflichtung erinnert, dass sie COVID-19 Fälle nach den IGV melden müssen. ○ Es gibt großes „all government engagement“, einen Krisenstab auf Regierungsebene und alle Ressorts sind beteiligt. Aber das Außenministerium dominiert. ○ Maskentragen war zunächst z.T. untersagt, wurde erst 2 Wochen vor Mission gelockert. Kurz vor Ankunft Beschluss, zu Maskenpflicht in medizin. Einrichtungen und im Transport (für Fahrer). War eher ideologisch begründet – (PSA im Land produziert, keine sichtbare Ressourcenknappheit), hätte impliziert, dass ein Infektionsrisiko vorhanden ist. ○ Während Mission wurde verbreitet, dass SARS-CoV-2 ggf. über die Winde über den Aralsee eingetragen werden könnte – damit wurde Maskenpflicht erklärt. ○ Kurz vor Mission auch Schließung von Märkten und weitere Maßnahmen. ○ Weitere Ziele der Mission: Surveillance Systeme und Kapazitäten im Laborbereich ○ Es wurden auch KH und Long-Term Care Facility gezeigt, Quarantänestationen genutzt für Repatriierung: gestaffelt in 3 Teile: 1. under observation, 2. leichte Symptome, 3. intermediate care. Diese Stationen waren grenznah, nicht zentral im Land. ○ Intensivstation in Ashgabat wurde gezeigt, diese war aber leer. In Turkmenbashi waren einige Patienten, aber Rückschlüsse darauf wie die Versorgung aussieht waren schwierig. ○ Insgesamt dominierte das Politische der Mission, 	
--	---	--

	<p>schwieriger Spagat. Wenn politisches etwas in den Hintergrund gerückt ist, dann war besserer Austausch möglich.</p> <p>! ZIG bedankt sich für den Einsatz von Fr. Abu Sin. Eine Teilnahme vom RKI war sehr wichtig – wichtig für das Umfeld auch, dass eine Frau teilgenommen hat. Insgesamt schwierige Situation für WHO Euro und das RKI hatte in dem Prozess eine wichtige Rolle. Es war eine politische Mission, aber wenn durch den Prozess erreicht werden kann, dass COVID-19 Fälle öffentlich werden dürfen, dann auch Hilfe für Bevölkerung möglich.</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Derzeit kein Anpassungsbedarf.</p>	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Auswirkung auf psych. Gesundheit: Steigerung der Angsterkrankungen</p> <p>! Interfamiliäre Konflikte steigen</p> <p>! Alkoholkonsum gestiegen</p> <p>! Am Ende des Jahres Info, ob Geburtenrate gestiegen, dann ggf. auch Scheidungsrate</p> <p>! Dominierend ist Unsicherheit bei Schulöffnungen, Unsicherheit bei Reiserückkehrern</p> <p>Presse</p> <p>! Heute oder Montag FAQ 1. zu falsch-positiven Tests, 2. zum Anstieg der Fallzahlen und 3. Zur Arbeitsweise der Gesundheitsämter</p> <p>! Viele Nachfragen zu Reiserückkehrer und Exposition – Veröffentlichung des EpiBull-Artikels wäre hilfreich.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Montag Pressekonferenz des BMFSJ: Jährliche PK zum neuen Schuljahr, Corona-Kitastudie wird erwähnt, PM derzeit in Abstimmung zw. den Ressorts. Udo Buchholz oder Walter Haas werden teilnehmen.</p> <p>! Dienstag Austausch mit den Niederlanden zu den Maßnahmen</p>	<p>BMG-Liaison</p>

	! Anfrage vom AA nach Ansprechpartner am RKI für Hygienekonzept des Außenministertreffens	
7	<p>Strategie Fragen</p> <p>RKI-intern</p> <p>! Es wurde von Leitung und BMG ein Strategiepapier bis nächstes Jahr April erarbeitet, zuletzt auf Leitungsebene modifiziert und derzeit im BMG, Rückmeldung und Genehmigung wird in Kürze erwartet</p> <p>! Auf die Webseite sollten Links zu guten Videobeiträgen/Podcasts von Wissenschaftsjournalisten etc. gestellt werden. RKI kann nicht einzelne Personen darstellen, das ist Aufgabe des BMG bzw. der BZgA, aber Links können eingestellt werden. „Wir brauchen Gesichter“</p> <p>! Es gab ein virtuelles Treffen mit Christian Drosten, um seine Idee des Cluster-zentrierten Contact-Tracing zu besprechen. Heute Nachmittag Treffen mit Abt.1, FG36, FG37 und L. Ergebnisse werden nochmal im Krisenstab vorgestellt.</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>! Anordnung von Brandenburg, dass nicht alle symptomatischen Kinder mit seröser Rhinitis getestet werden sollen. Beruht auf Kalkulationen, dass Kinder in jedem Quartal 3mal zum Arzt gehen.</p> <p>! Laut Grippeweb-Daten 4-6 ARE pro Kind im Jahr</p> <p>! Nachfrage, ob Flussschema angepasst werden muss, ob für Kinder die Empfehlung modifiziert werden sollte und Zusatzkriterien definiert werden oder Paralleltestungen von anderen häufigen Atemwegssymptomen empfohlen werden sollten.</p> <p>! Es gibt Testangebot/-verpflichtung für Reiserückkehrer und Konzepte für andere Massenveranstaltungen. Die niederschwellige Testung sollte in jedem Fall vor allem für symptomat. Personen egal welchen Alters zugänglich sein.</p> <p>! In AG Laborkapazität wurde Priorisierung von Laborkapazitäten vorgenommen: primärer Zugang für symptomatische Personen.</p> <p>! Auch ggf. abrechnungstechnische Probleme bei Änderungen der Empfehlung</p> <p>! AG Diagnostik: Konkretisierung in Testpapier, damit klarer wird</p>	L

	<p>welche Form differentialdiagnost. Untersuchung sinnvoll ist</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Im Hausarztbereich offene Testung nicht immer propagiert ! AGI hat Empfehlung zur Testung von Kindern akzeptiert, aber es gibt Widerstand aus Kinderarztpraxen. ! Diskussion zu Kindern wird in nächster Krisenstabssitzung im Beisein von Walter Haas weitergeführt. ! Krisenstab sieht derzeit keinen Überarbeitungsbedarf für das Flussschema. ! In Nationaler Teststrategie und im Bericht der AG Laborkapazität ist bewusst Priorisierung vorgenommen worden. Es sollte zunächst an anderer Stelle gestrichen werden, bevor die Testung symptomatischer verändert wird. 	
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Arbeitsschutzstandards im Haus abgestimmt und BMAS gesendet ! TRBA derzeit in weiterer juristischer Prüfung. Es gab die Nachfrage zur TRBA, ob das IBBS-Poster zu PSA angehängt oder per Link weitergeben werden kann, Link präferiert, muss aber langfristig verfügbar sein 	IBBS
10	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aufgrund der Ferien geringes Probenaufkommen, 50% der Proben positiv (nur Rhinovirus) 	FG17
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Therapiehinweise aktualisiert: Informationen zu Tocilizumab zur Blockade des IL-6-Rezeptors ! STAKOB hat Beraterkompetenz zusammen mit DGI erheblich gestärkt (Infektiologie-Beraternetzwerk): WebSeminare für Fachöffentlichkeit für Fragen zu klinischem Management, Fachöffentlichkeit soll darüber informiert werden, nächstes WebSeminar mit der Charité 	FG36/IBBS
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gestern war in den Medien eine Studie von Holger Schünemann von der McMaster Universität, in der auch ein Eigenschutz belegt worden sein soll. <p><i>ToDo: FG14 wird gebeten die Studie anzuschauen und zu bewerten.</i></p>	L /FG 14
13	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Umsetzung der IfSG-Änderung: Ergänzung zur Infektionsumgebung (§9) und Labormeldung negativer Teste (§ 	FG32



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>7 (4)), beides bislang nicht umgesetzt</p> <p>! §9 Umsetzung soll mit SurvNet-Update nächste Woche erfolgen. In Zukunft Ergänzungen zur Infektionsumgebung erfasst: Bildungseinrichtung (Schule, Kita), Gesundheitseinrichtung, Transport, Gastronomie, Einzelhandel, Versuch auch Rollen abzubilden (Kunde/Mitarbeiter). Mehrfachangaben werden möglich sein und auch genutzt werden, häufig wird Exposition nicht auf einen Ort einzugrenzen sein. Trotzdem vielleicht hilfreich für Hinweise auf Exposition. Allerdings muss es auch in die anderer Software umgesetzt werden, daher Ergebnisse erst Ende Aug.</p> <p>! §7 (4) geknüpft an DEMIS in Umsetzung, in Absprache mit BMG, derzeit in der datenschutzrechtlichen Prüfung , 80-90 Labore erfüllen techn. Voraussetzung, Erfassung des Anlasses der Testung wäre sehr wichtig (z.B. Screening an PoE, Aufnahme in KH) für Evaluierung von Maßnahmen und Ressourceneinsatz, aber geringe Hoffnung, da Labore die Info oft gar nicht auf dem Anforderungsschein erhalten. An anderer Stelle sollte darauf hingewirkt werden, dass die Anforderungsscheine entsprechend angepasst werden.</p>	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Am 06.08.2020 Treffen am BMG zur Digitalisierung der Aussteigerkarte.</p> <p>! BMVI soll Projektstruktur aufsetzen, arbeiten mit BVA zusammen und haben schon Rahmenverträge mit externen Dienstleistern gemacht</p> <p>! Heute wird Anordnung erscheinen, gilt ab morgen, 08.08.2020</p> <p>! Zunächst müssen Aussteigerkarten in Papierformat an GÄ der Flughäfen gegeben werden, Berechnungen zufolge sind das 200.000 Aussteigerkarten in Papierform die an die GÄ übermittelt werden müssen. Busunternehmen sollen Aussteigerkarten an GÄ der Grenzübergänge geben, in Frankfurt unterstützt die BW</p> <p>! Hoffnung, dass Digitalisierung in 3-6 Wochen umgesetzt sein könnte, aber auch kritische Stimmen</p> <p>! Heute 12-14 Uhr Treffen von BMG, BMI und BMVI, Überlegungen, ob Aussteigerkarten eingescannt und per Fax nach PLZ-Prinzip verteilt werden können, aber datenschutzrechtliche Bedenken.</p> <p>! Terminus Aussteigerkarte eigentlich nur für Infektionsfall im Flugzeug. Diese Aussteigerkarten dienen dem Zweck der Überprüfung der Einhaltung der Einreisequarantäne-</p>	

	bestimmungen, die nur stichprobenartig kontrolliert werden können.	
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Arbeit in der internationalen Kommunikation nimmt extrem zu (5 Personen parallel), ggf. muss angepasst werden.	
16	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	alle
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag, 10.08.2020, 13:00 Uhr – 15 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	10.08.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG 14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG 17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
 - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG 33
- ! FG 34
- ! FG 36
 - Silke Buda
- ! FG 37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Eva Krause

- Marcia Grossegeesse
- ! ZIG
- Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
- Andreas Jansen
- Luisa Denkel
- ! BZgA
- ! BMG
- Iris Andernach

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier: COVID-19 International)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ca. 19,6 Mio. Fälle und ca. 727.000 Verstorbene (3,87%) weltweit (Stand 09.08.2020) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> o Indien ist auf Platz 1 und hat USA überholt o Sonst gleichbleibende Reihenfolge o Sinkender Trend in Brasilien, USA, Südafrika, Mexiko und Russland ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 nationaler Ebene <ul style="list-style-type: none"> o 34 Länder (+3 im Vgl. zu 07.08.) o Afrika: Südafrika und Cabo Verde o Amerika (neu): Aruba (509 Fälle insg., 113 neue Fälle in den letzten 7 Tagen) o Asien (neu): Irak (147.389 Fälle insg., 20.685 neue Fälle in den letzten 7 Tagen) o Europa (neu): Faröer Insel (291 Fälle insg, 66 neue Fälle in den letzten 7 Tagen), San Marino (717 Fälle insg, 18 neue Fälle in den letzten 7 Tagen) o Spanien (n = 314 362 Fälle , 25 840 neue Fälle in den letzten 7 Tagen) ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 auf subnationaler Ebene (WHO): <ul style="list-style-type: none"> o Spanien mit mehreren Regionen, Luxemburg ganz, Osteuropa zahlreiche Länder wie Bosnien-Herzegowina , Bulgarien, Rumänien, Moldawien, Ukraine ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 auf EU/EEA/UK Subregionen: <ul style="list-style-type: none"> o Bulgarien (Blagoevgrad, Varna), Luxemburg, Rumänien (4 Regionen), Spanien (Aragon, Cataluna, Madrid, neu: Baskenland) ! Länder mit über 70.000 neuen COVID-19 Fällen in den letzten 7 Tagen <ul style="list-style-type: none"> o Brasilien, Kolumbien, Indien, USA (Trend abnehmend) ! 7-Tage-Trend nach Kontinenten: ! Afrika <ul style="list-style-type: none"> o 1 Mio Fälle (kumulativ) überschritten, 50% aus 	INIG

	<p>Südafrika, seit letzter Woche sind 17/43 insgesamt Experten der WHO zur Unterstützung vor Ort. Senegal (11.000 Fälle insg., 749 in den letzten 7 Tagen) und Libyen (5.000 Fälle insg. 1.458 neue Fälle in den letzten 7 Tagen, 35 % Steigerung) zeigen einen aufsteigenden Trend.</p> <p>! Amerika</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Argentinien und Kolumbien zeigen einen ansteigenden Trend, dieser besteht auch in Mexiko (sichtbar im 14-Tage-Trend) <p>! Asien</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Indien, Philippinen, Indonesien, Irak und Japan <p>! Europa</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Viele Länder mit einem steigenden Trend ○ Polen (51.000 Fälle insg., 4800 neue Fälle in den letzten 7 Tagen, 30% Steigerung), ○ Niederlande (58.000 Fälle insg. 3255 neue Fälle in den letzten 7 Tagen, 63 % Steigerung) ○ Griechenland (5.400 Fälle insg., 834 neue Fälle in den letzten 7 Tagen, 50% Steigerung) ○ ECDC: 11 Update des RRA für COVID-19 Trends im Vgl zum vorhergehenden RRA/Zahlen Rückläufiger Trend in Schweden, Portugal, Kroatien, Slowenien, restliche Länder steigen an <p>! Oceanien</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In Australien stabilisiert sich die Lage <p>! Zusammenfassung (Folie 12)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ > 50 % der neuen Fälle und > 60 % der neuen Todesfälle in den vergangenen 7 Tagen in Nord-Mittel- und Südamerika ○ Asien: Fokustländer Indien, Philippinen, Indonesien, Japan ○ > 1 Mio. Fälle (kumulativ) in Afrika ○ Flächendeckender Anstieg in Europa, mögliche Erklärung ist das Hochfahren der Testung, erklärt jedoch nicht alles (Beispiel: Luxemburg) ○ Wichtige Maßnahmen: Nachhaltige Public Health-Maßnahmen zum Schutz vulnerabler Gruppen, extensive Teststrategien, Kontaktpersonennachverfolgung (+ Isolierung von Sars-CoV-2-Positiven und Kontaktpersonen ○ Nachhaltige Public Health-Maßnahmen zum Schutz vulnerabler Gruppen, extensive Teststrategien, Kontaktpersonennachverfolgung (+ Isolierung von Sars-CoV-2-Positiven und Kontaktpersonen ○ Maßgeschneiderte und anhaltende 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p style="text-align: center;">Risikokommunikation gegen sinkende Compliance sind enorm wichtig</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hinweise zu Belastung des Gesundheitswesens in den USA sowie Anzahl der Todesfälle in Indien wird das nächste Mal berichtet ! Der Anstieg in Polen fokussiert sich vor allem auf urbane Ballungsräume (Großraum Krakau und Warschau) ! BMG: Der Fallzahlenanstieg wird eine Nachfrage nach regionalen Daten für weitere Länder im BMG nach sich bringen. Es besteht ein reger Austausch zu dem Thema zwischen BMG und ZIG. Es sind noch keine Rohdaten auf regionaler Ebene vorhanden (Anfrage an WHO EURO läuft) Dazu gibt es bereits eine Aufgabe (Anfrage Hr. Bayer) aus dem LZ bei ZIG (Deadline morgen 10Uhr) <p>National Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier: Lage-National)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! SurvNet übermittelt: 216.327 (+436), davon 9.197 (1 %) Todesfälle (+ 1), Inzidenz 260/100.000 Einw., ca. 197.400 Genesene, Sonntag haben nicht alle BL übermittelt Reff=1,09; 7T Reff=1,05; Bewegt sich um 1, PI schließ 1 mit ein. Fallzahlen steigen; NRW hat 200 Fälle übermittelt, einige BL keine oder sehr wenige Fälle. ! Nowcasting: Rückwärtstrend (März/April) nicht mehr sichtbar. ! 7-Tages-Inzidenz nach Bundesländer: Allgemeiner Trend: steigend. Viele BL betroffen, NRW führend. Extremer Anstieg in Hamburg mit heterogenen Ursachen (Ausbrüche in einer Werft dabei mehrere LK beteiligt, Einreisende etc), hoher Anstieg auch in Berlin und Rheinland-Pfalz (Ausbrüche in einem Gurkenanbaubetrieb, in einer Konservenfabrik mit mehreren Standorten) ! Ausbrüche: Kontext sehr heterogen. Klassen- und Abreisen eines Busveranstalters MANGO Tours mit Busreisen nach Kroatien mehrmals die Woche. Ausbrüche im Zusammenhang mit Protestveranstaltungen wurden bisher nicht gemeldet. ! Zahlreiche Einreisende (Begriff Reiserückkehrer kann missverständlich sein), damit viel Kontakt mit Kosovo 	
--	---	--

	<p>! Anteil der Symptomlosen über die Zeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteil nimmt über die Wochen zu, da sensitiver getestet wird. Es gibt Unterschiede/unterschiedliche Entwicklungen zwischen den BL. ○ Die letzte zwei Wochen nicht auswertbar, da diese noch Symptome entwickeln können. ○ Variable sehr schwer auswertbar (nicht intuitiv) und vergleichbar, da die unterschiedlichen Kategorien je nach BL/GA unterschiedliche verstanden und genutzt werden. ○ Es ist nicht möglich nachträglich Symptome einzufügen/ zu verändern, auch unklar ob allen alle Symptome bekannt sind. ○ Die Auswertung ist intern und soll eher ein Anhaltspunkt sein. ○ Daten aus Italien zeigen, dass es ein Anteil zwischen 20-30% asymptomatisch ist. Das ist natürlich abhängig von Alter etc., scheint jedoch realistisch zu sein (ähnlicher Anteil bei Influenza) ○ Coronamonitoring ist sinnvoller als Referenz für diese Frage <p>! Internationale Expositionsorte (Datenstand 09.08.2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Änderung der Expositionsorte im zeitlichen Verlauf gut sichtbar; Von Italien über Österreich zu aktuell Kosovo und Türkei <p>! Sike Buda arbeitet derzeit an der Auswertung der Ausbrüche und stellt es zeitnah vor</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Ansprechpartner nicht anwesend</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Nicht anwesend</p> <p>Presse</p> <p>! Fr. Degen hat heute Morgen mit BZgA bzgl. des Vorgehens um mehr emotionale Geschichten in die Narrative zu COVID-19 einzubringen. Auf WHO EURO (Seite auch auf Deutsch</p>	Presse

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>verfügbar) sind solche Inhalte bereits verfügbar.</p> <p><i>TODO: Presse verlinkt die WHO EURO Webseite mit der RKI-Seite</i></p>	
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Zahlen für regionale Ausweisung oben besprochen</p>	BMG-Liaison
7	<p>Strategie Fragen</p> <p>RKI-intern</p> <p>! Themenbereiche/Kontext, dass vom RKI noch nicht genügend bearbeitet wurde und wo es noch notwendig wäre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frage, ob das RKI bei Theater und Konzert hinsichtlich der Strategie bei Wiederaufnahme der Kulturleben tätig werden muss. Kulturministerium ist zuständig und es ist nicht klar, ob es dort genügend Aktivitäten zu dieser Frage/diesem Kontext gibt. Hygieneregulungen bestehen bereits. <p>Es soll geprüft werden, ob da man tätig werden sollte.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Seniorentagesstätten: Im Rahmen der Auswertung der Ausbrüche sind Seniorentagesstätten als ein Risikosetting für vulnerable Gruppen aufgefallen. Es ist schwierig hier dauerhaft Einschränkungen umzusetzen. Unklar, ob dieses Setting genügend bei den bereits bestehenden Empfehlungen berücksichtigt wird. <p><i>TODO: Tim Eckmanns tauscht sich mit Silke Buda zu einer Berücksichtig dieses Settings in aktuell bestehenden Empfehlungen aus und passt diese ggf. an.</i></p> <p>! Modellierung für den weiteren Verlauf:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Die im März erstellten Modellierungen sollen aktualisiert/angepasst werden. Es sind mehr Parameter und neuere Erkenntnisse, die darin berücksichtigt werden können und sollten, hinzugekommen. <p>Das Ziel ist es basierend auf aktuellen Daten aus Deutschland neue Interventionen (Masken etc) einzubeziehen und besser abbilden zu können und Trends für den Zeitpunkt von Empfehlungen für strikere Maßnahmen ableiten zu können. Im März</p>	<p>VPräs</p> <p>Abt. 1</p> <p>FG36</p> <p>VPräs/alle</p>

	<p>wurde vor allem Kontaktreduktion berücksichtigen. Der Effekt einzelner Maßnahmen ist schwierig abzubilden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es besteht eine Aufgabe an M. an der Heiden mit Unterstützung von FG36 für Hr. Spahn über Hr. Wieler. Hr. Spahn wünscht sich beispielhaft eine grobe Schätzung, welcher Anteil von 1000 infizierten Menschen hospitalisiert wird, wie groß der Anteil ist, der intensiv medizinische versorgt werden muss etc. ○ Es gab bereits einen Austausch zwischen M. an der Heiden mit Wissenschaftlern aus LSHTM zu dem Thema. Dieses Vorhaben wäre eher längerfristig und sollte ein großer Output idealerweise im Rahmen einer internationalen Zusammenarbeit international publiziert werden. ○ Eine Diskussion mit M. an der Heiden dazu nötig. <p>! Modellierungen von Intensivkapazitäten werden von FG 37 dem BMG wöchentlich bereitgestellt. Diese werden von Hr. Zacher gemacht. Da er aktuell nicht verfügbar ist, können keine Weiterentwicklungen/Anpassungen gemacht werden, aber die Berechnungen werden weiterhin wöchentlich generiert.</p> <p>Diese sind wichtig um abzuschätzen wann restriktiverer Umgang damit empfohlen werden soll.</p> <p><i>TODO: LZ/FG37 teilt die Berichte mit Präs/VPräs teilen.</i></p> <p>! Gibt es Daten zum Zusammenhang zwischen 7-Tagesinzidenz und Grad der Hospitalisierung sowie der Zeitpunkt der Zunahme der Belastung?</p> <p>Es gibt eine gewisse Latenz. Hospitalisierung wird durch die demographische Zusammensetzung beeinflusst. Aktuell sind viele junge Menschen betroffen, somit sieht man einen unterschiedlichen Krankheitsverlauf. Im Winter war hauptsächlich ältere Bevölkerung mit Eintragung in Altenpflegeheime betroffen. Der Anteil der Älteren ist aktuell stabil.</p> <p>! Sind die aktuellen Maskenempfehlungen noch up-to-date? Es herrscht Verwirrung, in welchen Kontext (drin/draußen) ob und welche Masken getragen werden sollen.</p> <p>Aktuell gibt es keine wissenschaftliche Evidenz für</p>	<p>VPräs/FG37</p> <p>Abt1/FG32</p> <p>VPräs/alle</p>
--	--	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Empfehlung von Masken für draußen (bsp. Paris) bzw. Situationen, in denen 1,5 m Abstand eingehalten werden kann (bsp. Klassenzimmer), aber man von eine höheren Wahrscheinlichkeit der Aerosol/Tröpfchenbildung ausgehen muss. Es erscheint jedoch plausibel.</p> <p>Bei den aktuellen Empfehlungen zum Tragen von Masken spielt stets der Mindestabstand eine Rolle. Eine Empfehlung ohne Berücksichtigung des Mindestabstandes wäre eine Veränderung der aktuellen Empfehlungen und aktuell wissenschaftlich nicht begründbar.</p> <p>Diese Empfehlungen könnten potentiell zu großen Einschnitten in das tägliche Leben (bsp. Restaurantbesuch, Unterricht) führen und sind schwer umsetzbar.</p> <p>Empfehlung von MNS statt MNB hängt von den Produktionskapazitäten ab (aktuell scheint die Verfügbarkeit gegeben zu sein) und der korrekten Anwendung. Es sollte Infektionsrisikoreduktion im Vordergrund stehen.</p> <p>“Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review (Chu, Schönemann et al., Juni 2020, Lancet)” 2003- Mai 2020, SARS (55 included), MERS (25), SARS-CoV-2 (7); Link</p> <p>Vorwiegend Studien im Gesundheitswesen einbezogen und stützt bisherigen Erkenntnisse. Atemschutz (N95) größerer protektiver Effekt als medizinischer MNS bzw. 12-16 lagige Baumwollmasken.</p> <p>Die hier genannte MND ist nicht mit der gängigen in Dt. vergleichbar und Expositionsdauer muss berücksichtigt werden.</p> <p>Eine weitere Meta-Analyse durchzuführen ist insgesamt schwierig auf Grund der unterschiedlichen Maskenarten, die genutzt werden. Bei Bedarf kann ZIG2 über LZIG einbezogen werden</p> <p>Lediglich Fremdschutz bietet das Argument Masken für alle zu empfehlen. Eigenschutz würde dazu führen, dass Menschen das Tragen ablehnen könnten mit dem Argument, dass Gegenüber sich mit einer Maske schützen könnte.</p> <p>Ergebnis: Bessere Umsetzung der aktuellen</p>	
--	---	--

	<p>Empfehlungen durch besseres Verständnis und einfache Botschaften fördern statt neuen Empfehlungen.</p> <p><i>TODO: FG14/FG36 sollen wichtigste Messages der aktuellen Empfehlungen klar rausheben und pointierter Aufbereiten.</i></p> <p><i>TODO: Das Paper "Wrong person, place and time: viral load and contact network predict SARS-CoV-2 transmission and super-spreading events" (Preprint) von Hr. Wieler am WE geteilt und soll durch Modellierer bewertet werden.</i></p> <p>! Die Liste mit Auslandstätigkeiten und Hilfeersuchen, die an die ZIG gerichtet werden ist sehr umfangreich. Das soll nach außen sichtbar gemacht werden.</p> <p>Es findet bereits ein Austausch mit der Presse statt und wird auf die Homepage gesetzt</p>	
8	Dokumente ! Aktuell kein Bedarf	
9	Informationen zu Arbeitsschutz ! Nicht besprochen	IBBS
10	Labordiagnostik ! FG17 In den letzten Wochen wurden 60 Proben an das NRZ Influenza eingeschickt. Bei 50% konnte Rhinovirus nachgewiesen werden. Das ist die normale Situation. ! ZBS1 Letzte Woche waren 72/ 561 (12,8%) Proben positiv für SARS-CoV-2. Aktuell läuft die Vorbereitung Studie Corona Monitoring bundesweit	FG17 ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Anleitung zu An/Ablegung von PSA mit 3 Kurzvideos sind online, weitere Sprachen sind in Arbeit. Link wird geteilt.	IBBS
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz	

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	!	
13	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! DEMIS Rollout geht weiter ! Arbeitsbelastung bei Internationale Kommunikation steigt weiter ! Anfrage bei GMLZ zu Unterstützung benötigt Präzisierung, da dort Ressourcen ebenfalls kann sind und aktuell viel zu tun (Libanon etc) ist. ! SurvNet Update ist diese Woche beendet ! LZ Konzept zu Berichterstattung (einmal in der Woche ein umfangreicher Bericht und unter der Woche eher kürzere Berichte) wird bearbeitet ! Heute konnten erneut Tabellen nicht ordnungsgemäß abgerufen werden. Serverprobleme von letzter Woche wurden beonde, das war ein neues (manuelles) Problem. ! Ansprechpartner am BMG Hr. Holzer ist Referent im Referat 661. BMG konnte am Ende die Daten bei ESRI selbst abrufen, es wird angestrebt, dass das ab jetzt so gemacht wird. Nicht alle MA auf der Position Lagebericht haben ein Diensttelefon. Das Hinterlegen der privaten Nummer ist freiwillig. Weitere Besprechung der aktuellen Situation in der Leitungsrunde. 	FG32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Siehe Surveillance 	
16	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	alle
17	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 12.08.2020, 11:00 Uhr , via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	12.08.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! MF1
 - Max von Kleist
- ! P1
 - Christina Leuker

- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Eugenia Romo Ventura
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Iris Andernach
 - Christophe Bayer

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage - International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meiste Fälle in USA, Brasilien, Indien ▪ Steigende Tendenz in Indien, Russland, Peru ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ○ Länder mit 7-T.-Inzidenz >50/100.000 Einw. Weltweit 34 Länder, neu seit Montag ist Spanien <ul style="list-style-type: none"> ○ Subnationale Regionen mit 7-T.-Inzidenz >50/100.000 Einw. in der WHO EURO Region <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zunehmend mehr (subnationale) Regionen mit 7-T.-Inzidenzen >50, z.B. Rumänien (von 4 hin zu nun 13), 3 in Bulgarien, Luxemburg, 5 Regionen in Spanien (Madrid und Pais Vasco neu), Schweden, Dänemark und Norwegen jeweils 1 Region ▪ Veränderung 7T Inzidenz, ungefähr wie Montag ○ Indien Todesfälle (Frage von AL1 letzten Montag) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl Todesfälle steigend ▪ >2 Mio. positive Testungen, in der letzten Woche wurden diese erheblich ausgeweitet, dies variiert allerdings von Staat zu Staat ▪ Fall-Verstorbenen-Anteil und Inzidenz ist niedrig ▪ Maßnahmen erfolgen lokal ▪ Regierung in Neu Delhi sagte in einem Treffen mit ZIG explizit, dass weitere Maßnahmen wenn nur vorsichtig eingeführt werden können da die wirtschaftlichen Auswirkungen so negativ für die Gesamtbevölkerung sind und anders abgewogen werden muss ○ USA Kapazität Gesundheitssystem <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhebliche finanzielle Schwierigkeiten da Einnahmen der KKH (Mehrheit der Bevölkerung ist privat versichert) stark rückläufig sind ▪ Anstieg der pandemiebedingten Arbeitslosigkeit hat dazu geführt, dass viele Amerikaner ihre vom Arbeitgeber (mit)finanzierte KV verloren haben ▪ Sowohl KKH, Arzt- als auch Primärversorgungs-praxen sind finanziell bedroht ▪ Amerikanisches Gesundheitssystem ist als ineffizient bekannt, Provider sind mit Arbeitgeber verbunden, die wirtschaftlichen Konsequenzen sind hoch und das Arbeitsrecht schützt Arbeitnehmende nicht genügend ○ BMG Kommentar/Bitte 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das aktuelle Überschreiten des 7-T.-Inzidenz-Schwellenwertes in einer Reihe von subnationalen Gebieten (nach deren offiziellen Daten) wird nah verfolgt und hat politische Konsequenzen, z.B. interessiert Spanien, insbesondere die Balearen die deutsche Bevölkerung, auch Antwerpen (bereits durch ZIG evaluiert) und Provinz Neubrüssel ▪ Bitte an ZIG dies nah zu verfolgen da es für die politische Entscheidungsfindung sehr wichtig ist ▪ Malta: Quelle von Ausbrüchen in anderen Ländern (z.B. Italien), Sprachreisen: wird durch ZIG untersucht <p>Aktuelle Lage - National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 218.519 (+1.226), davon 9.207 (4,2%) Todesfälle (+6), Inzidenz 263/100.000 Einw., ca. 198.800 Genesene, Reff=0,88 7T Reff= 1,04 ○ Nur noch 41 Kreise ohne Fallmeldungen, Geschehen in Dingolfing Landau ist rückläufig, aber dafür sind andere, teilweise große Kreise im Anstieg, diverse Großstädte mit hohen Fallzahlen, Hamburg, Duisburg, München, Dortmund, Köln, Essen, Düsseldorf, etc. ○ Keine große Änderung bezüglich der aktuellen Ausbrüche, Sprachschulrückkehrer aus Malta ! Seit Ende April erfolgt das Kapazitätenmonitoring der Kreise, seit Wochen gibt es keine neuen Überlastungsanzeigen, es ist unklar, ob dies politische Zurückhaltung ist oder die Kreise nun gut aufgestellt sind ! Expositionsort und -ursprung <ul style="list-style-type: none"> ○ ~30% der Fälle im Ausland infiziert, eher jüngere Leute ○ Meist genannte Länder: Kosovo, Türkei, Kroatien, Bulgarien, nach BL unterschiedlich, in manchen BL machen Reisende bis zu ~40% der Fälle aus, dies verändert sich mit der Zeit ○ Information „Kontakt zu bestätigtem Fall“ ist oft nicht in den Meldedaten verfügbar, dort, wo sie erhoben wird ist selten nein angegeben, häufigster Kontakt ist privater Haushalt ○ Variable ist aus 2 Gründen nicht immer befüllt: <ol style="list-style-type: none"> 1. softwareabhängig, ob sie einfach integriert werden kann, ist theoretisch in anderen Softwares möglich, dies wird noch einmal geprüft und Software-spezifisch ausgewertet, Problem wird mit DEMIS behoben 2. Variable ist weit unten in der immer länger werdenden Fallmaske und wird ggf. nicht immer ausgefüllt bzw. auch noch nachgetragen, ist eine Frage der Kapazitäten in den GA ○ In der Kommunikation mit dem ÖGD soll die Wichtigkeit dieser Information für die Einschätzung der aktuellen Lage erneut betont und Feedback hierzu eingeholt werden (ist eigentlich an o.g. Überlastungs-anzeigen 	FG32
--	---	------

	<p>jedoch auch auf einem Niveau das dem der Vorsaisons entspricht</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ICOSARI spezifische COVID-19 Diagnose: leichter Anstieg im Vergleich zu KW 30, Anteil von COVID Patienten 3% (niedrig) ! ICOSARI Hospitalisierungen: kein Anstieg von Fällen mit COVID-19-Diagnose, generell SARI-Fälle den Vorjahren entsprechend ! Diskussion <ul style="list-style-type: none"> o Sentinelsysteme stellen tolle Instrumente dar, wie ist die Sensitivität, korrelieren Inzidenzen hiermit? o Dies wird eruiert und für nächsten Mittwoch mit eingebaut <p>ARS-Testungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Keine Daten und keine Präsentation diese Woche da beide Mathematiker diese Woche ausfallen, nächste Woche wieder ! Terminologie für den Lagebericht wahrscheinlich im Sinne von „aufgrund von technischen Problemen...“ ! Durch hinzukommende Labore ist der Trend bzw. die Zunahme nicht ganz klar, diese Informationen sind für Donnerstag für die AG Labordiagnostik wichtig <p><i>ToDo: FG33 soll bitte für Montag ein Update zur Vorbereitung für die Impfung vorbereiten</i></p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Reiserückkehrer: BMG Informationsblatt wird in 14 Sprachen übersetzt, Konstrukt war sehr textlastig, wird anders und mehr grafisch aufbereitet und dann in mehrere Sprachen übersetzt ! Aufbereitung Risikosituationen, auch für Menschen die kein Verständnis für die aktuellen Regeln haben, Mechanismus der Übertragung soll erneut verdeutlicht werden auch mithilfe von Emotionalisierung, um Solidarität in der Bevölkerung zu wecken, eine gesamtgesellschaftliche Haltung ist notwendig, wenn großer Teil der Bevölkerung von der Sinnhaftigkeit überzeugt wird mehr Erfolg, Termin steht noch aus ! Videos für Kinder wurden von Partnerorganisation vorbereitet, BZgA nimmt sich dessen an <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Falsch positive Tests sind weiterhin ein Thema in den Medien, 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>es wurde eine gute Sprachregelung und FAQ erstellt doch es bleibt ein Lieblingsthema der Verschwörungstheoretiker und kommt deswegen noch stets vermehrt auf</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Risikogebiete zur Veröffentlichung kommen oft sehr spät, es wäre schön, wenn sie während der Regelarbeitszeiten kämen ! Danke für das Lob an RKI-Presse im internem Seminar <p>Sozialhygiene RKI-MA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Das RKI wird weiterhin generell eher positiv gesehen, aber viele Personen im Haus müssen sich regelmäßig beschimpfen lassen (Zentrale, Presse, usw.) ! Das Info-Postfach sammelt Drohungen, bestimmte werden an das Rechtsreferat vermittelt ! Dies sollte zum Schutz von RKI-MA im Blick behalten werden um ggf. zu unterstützen, da es eine psychische Belastung für Personen ist, die dies nicht gewöhnt sind ! Präs betont dies, die Belastung ist sehr stark, er erhält viel Lob und Dank, aber auch schlimmste Drohungen, wie soll damit umgegangen werden, ist es eine Überlegung wert, diesen Aspekt nach außen zu kommunizieren? Veröffentlichung hilft nicht unbedingt, sollte zunächst besprochen werden ! BZgA Erfahrung: Institution betreut an vielen Stellen sensible Themen, es gibt keine einheitliche Lösung, Umgang geht bis zu strafrechtlicher Verfolgung, häufig erfolgt politische Instrumentalisierung, BZgA gibt es an ihre Rechtsabteilung ! IBBS befasst sich zsm. mit ZV6 mit Bedrohungen und tritt in Austausch mit dem LKA Berlin um dies zu besprechen, die Situation soll nicht noch verstärkt werden, Christian Herzog stellt Kontakt zum LKA her 	<p>Presse/Präs /alle</p>
<p>6</p>	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Keine neuen Themen ! Momentan weiterhin thematische Diskussion um Dunkelziffer ! Internationale Reiserückkehrer, Anteile von positiven usw. bleibt wichtiges Diskussionsthema ! Regionale Betrachtung von Risikogebieten wird mit steigenden Fallzahlen zunehmen ! Bürozeiten sollen berücksichtigt werden, auch die Liste der Risikogebiete sollte früher am Tag zur Veröffentlichung geschickt werden 	<p>BMG Liaison</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Minister Spahn hat das RKI Papier "COVID-19 (Dokument hier): Die Pandemie in Deutschland in den nächsten Monaten" (Draft 10, Stand 31. Juli 2020) zur Veröffentlichung auf der RKI-Internetseite frei gegeben. Das BMG wird das Papier auch dem 	<p>Präs/alle</p>

	<p>Ausschuss für Gesundheit und der GMK zur Kenntnis übermitteln.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Prozess war zeitlich verzögert, Papier wurde vor 4-5 Wochen im Krisenstab verabschiedet, Präs informelles Expertengremium hat zusätzliche gute Hinweise, die auch im Krisenstab besprochen wurden, gegeben, anschließend nur noch marginale Änderungen durch BMG ! Papier muss nicht mehr im Detail besprochen werden, Grundposition ist dieselbe, lediglich sprachliche Überarbeitung ! Erneute Änderungen müssten dem BMG vorgelegt werden, die Sensibilität am BMG ist sehr hoch, bei Kleinigkeiten lohnt es sich nicht, das Dokument noch zu ändern ! Stand des Papiers ist der 31.07., es wird so belassen ! Beim ursprünglichen Entwurf war zusätzlich ein Papier zu Maßnahmen im Anhang, Präs fragt beim BMG nach, ob dies bekannt ist/war, letzteres wurde nicht mehr überarbeitet ! Strategie wird jetzt veröffentlicht und die Anlage ggf. später ergänzt <p>RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
8	<p>Dokumente</p> <p>Kontaktpersonenmanagement (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anpassung nach Kommunikation mit Herrn Drost ! Bei den Vorbemerkungen stand in welcher Reihenfolge/Priorität KoNa stattfinden soll, es wurde nun erwähnt, dass sie sich nicht nur auf vorwärts Ermittlung (schnelle Identifikation) bezieht sondern auch einen Wert zur Erkennung beginnender bzw. existierender Fallhäufungen und Cluster hat ! Dies wurde an zwei Stellen aufgenommen <ul style="list-style-type: none"> o In die allgemeinen Prinzipien/Vorbemerkung o Einschub Absatz Herdsituation ! Zunächst sollen potentielle Ausbruchsgeschehen eingedämmt werden bevor Einzelfälle bearbeitet werden, dies ist eine Anpassung in Richtung dessen, was GA zum Teil schon machen ! Wird auch in anderen Papieren zur KoNa Ermittlung hinzugefügt, bzw. darauf verwiesen ! Im letzten ECDC RRA ist auch ein entsprechender Absatz enthalten, KoNa steht im Mittelpunkt, Quellencluster als zusätzliche Option erwähnt ! Kontakt mit AL1 zur Diskussion der (test-spezifischen) CT-Werte ! Adressat sind GA, Papier muss IfSG Terminologie entsprechen ! Kann (evtl. nach sprachlicher Überprüfung durch P1) heute oder morgen veröffentlicht werden, Differenzen zu bestehenden Empfehlungen müssen vermieden werden <p>Übersetzung von RKI Empfehlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ZIG erhält viele Anfragen zum deutschem KoNa-Konzept, auch 	<p>FG36</p> <p>ZIG/alle</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>ob Dokumente auf Englisch geteilt werden können</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ZIG könnte diese Übersetzungen veranlassen, auch in internationaler Fachpresse besteht großes Interesse ! Im LZ (internationale Kommunikation) gibt es auch häufig Anfragen zu den Prozessen in Deutschland ! IBBS erfährt auch großes Interesse an Flussschema und Therapieansätzen aus dem Ausland ! Übersetzungen müssten auch regelmäßig aktualisiert werden ! Es soll eine Abstimmung zwischen federführenden OEs (IBBS, ZIG, Abt.3) geben um genaue Dokumente, gleiche Terminologie, Übersetzer, usw. abzustimmen ! Gestern STAG-ICH Treffen mit Präs: Diskussion zur Zwischenbilanz, demnächst gibt es ein Papier zu contact tracing ggf. inklusive Differenz zwischen backward und forward tracing ! P1 Wissenschaftskommunikation kann über die Dokumente schauen bevor sie übersetzt werden ! Aus Erfahrungen mit Übersetzungsversuchen ist es oft schwierig, Kapazitäten zu sichern um die Dokumente danach erneut fachlich zu überprüfen, bitte auch hierauf achten ! Qualitätssicherung ist wichtig, darf nicht zu zusätzlicher Belastung führen 	
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FG17: Rhinoviren 50% in Proben letzter Woche 	FG17
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Modellierung Teststrategien bei Reiserückkehrern (Folien hier, Tool zum Ausprobieren in diesem Ordner hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frau Oh (FG17) und Herr von Kleist (MF1) haben ein interaktives quantitatives Tool zur Berechnung des Restrisikos und der Evaluierung von Teststrategien entworfen, für das Tool und die Folien bitte o.g. Links folgen ! Es werden vier aus der Literatur bekannte Infektionsphasen berücksichtigt und deren sowie diverse andere Parameter (Dunkelziffer, Prävalenz/Neuinzidenz Herkunftsland, Testspezifizität, Teststrategie, Quarantäne etc.) können variiert werden um das resultierende Restrisiko zu ermitteln ! Das Tool kann die Entscheidung unterstützen wann welche Personen in Quarantäne sollen und welches die Effizienz verschiedener Testungszeitpunkten ist ! Diskussion, wie kann das Tool operationalisiert werden? <ul style="list-style-type: none"> o RKI entscheidet nicht die nationale Teststrategie o Tool ist sehr interessant um Maßnahmen zu quantifizieren und an der Realität zu schärfen, dies erlaubt 	MF1/FG17

	<p>evtl. die Maßnahmen zu optimieren, ist ggf. auch für Testungen im Inland interessant (z.B. asymptomatische Personen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tool wird in vom BMG geleitete AG Diagnostik eingebracht ○ Nach Tool machen zwei Tests und dazwischen Kurzquarantäne bezüglich Risikoreduktion am meisten Sinn (auch nach Drogen) ○ Modell macht Annahmen zur Prävalenz, Risikoverhalten, usw. hierzu sind unsere Eingaben beliebig und nicht immer passend (z.B. Partyurlaub vs. Einsiedlerurlaub, Exposition der Rückkehrenden ist unbekannt), allgemeines Vorgehen kann jedoch abgeleitet werden ○ Zur Operationalisierung können z.B. Szenarien dargestellt werden, Entscheidungen wären näher an der Evidenz auch wenn ihnen Annahmen unterliegen ○ Das Tool ist zu komplex um es den Entscheidungsgebern zu überlassen, RKI kann drei Szenarien definieren ○ Auch absolutes Risiko sollte berechnet und kommuniziert werden ○ Tool bestätigt im Grunde RKI Stellungnahme vom Juni (zwei Tests und dazwischen Quarantäne) 	
<p>12</p>	<p>Surveillance Clinco 100 (Studie zu Ausbruch mit GA Berlin Mitte) ! Auf Freitag verschoben</p>	
<p>13</p>	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) Aussteigerkarten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Große Heterogenität in den BL im Vorgehen, in Frankfurt testet Hundertschaft von Soldaten die Aussteigerkarten, diese werden an GA gefaxt, Faxmaschinen sind überlastet, ein paralleles PLZ Tool ist gewünscht, insgesamt großes Chaos ! Gestern war dies auch lange Thema bei der EpiLag und AGI TK, Personen kommen nicht an ihre Testergebnisse, Vorgang ist auch nicht rechtskonform, Verwirrung bezgl. der GA-Verantwortung ! Probenaufgabebescheine werden teilweise einfach kopiert, dann können diese (zum einmaligen Gebrauch bestimmt) nicht mehr zugeordnet werden (auch CWA-Usern) ! Labore werden mit vielen Dingen konfrontiert, aktuell wildes Durcheinander welches zu Verwirrung führt ! Es wird mit Hochdruck an elektronischen Lösungen gearbeitet, dies war schon lange absehbar, ist in der Umsetzung schwierig ! Es gibt eine AG hierzu mit BMI, BMG, BMVI, inklusive Ländervertretungen, RKI sieht sich nicht permanent als Mitglied dieser AG und möchte sich zurückhalten und nur gezielt bei Fragen unterstützen 	<p>FG32/alle</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Manchmal werden auf politischer Ebene Wünsche geäußert (und durchgesetzt) von denen angenommen wird, dass sie einfach sind, wo jedoch technische Infrastruktur nicht gegeben ist ! Für Spanien z.B. gibt es einen kurzen online-Fragebogen der vor der Einreise ausgefüllt werden muss, Daten werden bei Ankunft über QR-Codes erfasst ! Was kann RKI zur Lösung beitragen? Nicht klar, eindeutige Kommunikation? ! Ist bekannt wie die einzelnen deutschen PoEs es gestalten? Nein, ist am RKI nicht bekannt, es läuft aktuell eine BMG-Abfrage bei der AGI, Verständnis hiervon ist sehr wichtig ! Parallel versucht Janna Seifried (Abt. 3) Teststationen für die Voxco-Abfrage einzubinden ! Eckmanns, AL1 und AL3 sollten sich auf Basis der Strategie zur molekularer Surveillance zusammen setzen um dies zu besprechen, eventuell können Knackpunkte und Bruchstellen für weiterführende Diskussion visualisiert werden 	
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG32
15	Wichtige Termine <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	alle
16	Andere Themen <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Freitag, 14.08.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	14.08.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Inessa Markus
 - Ariane Halm
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Gyde Steffen
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Nadine Muller
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Christina Leuker
- ! Presse

- Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Eugenia Romo Ventura
- ! BMG
 - Iris Andernach
 - Christophe Bayer

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inzidenz geht in verschiedenen Gebieten in Spanien hoch, im BMG wird Risikoeinstufung beraten. ○ Aktuelle Zahl an Todesfälle sagt noch nichts über tatsächliche Todesfälle aus, da deutlicher Zeitverzug bei Todesfällen. <p>! Italien und Malta</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Malta neu dazugekommen, Fälle steigen, aber nicht Todesfälle <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 221.413 (+1.449), davon 9.225 (4,2%) Todesfälle (+14), Inzidenz 266/100.000 Einw., ca. 200.200 Genesene, Reff=1,08; 7T Reff=1,14 <ul style="list-style-type: none"> ▪ deutlich über 1.000 neue Fälle ○ Fälle und Todesfälle pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berlin hat gestern keine Daten übermittelt. In Bayern nicht erfasste Testergebnisse werden irgendwann für Zuwachs sorgen. ▪ Nur 3 BL mit 1stelligem Anstieg der Fallzahl ▪ höchste 7-Tages Inzidenz in NRW ○ Nowcasting <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stabil um die 1 ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sehr eindrucksvoller Anstieg der 7-Tages-Inzidenz ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur noch 29 LK ohne Fälle, eher im Osten von Deutschland ▪ NRW sticht farblich hervor ▪ Inzidenz im LK Dingolfing immer noch deutlich > 50 ▪ Weitere 7 LK mit Inzidenz >25 ○ Landkreise mit höchsten Fallzahlen in letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ In 10 LK über 100 Fälle aufgetreten, vor allem in Großstädten. Noch wurden keine Kapazitätsengpässe 	<p>Alle</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>berichtet, Befürchtung GA kommen an Grenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einige LK mit Inzidenzen knapp unter 25 <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktuelle Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> ▪ SK Herne: noch keine offiziellen Informationen, vermutlich auf Reiserückkehrer zurückzuführen ▪ SK Stuttgart: erst Reiserückkehrer aus Partyort in Kroatien, führte zu Folgeinfektionen (Geburtstagsfeier) in Deutschland ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 Wochen Verzug, aktuellste Daten von Juli: Es gibt keine Übersterblichkeit mehr. <p>! Befürchtung: Anstieg wird sich weiter fortsetzen und beschleunigen, nur wenige Interventionsmöglichkeiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestern wurde beim Expertenbeirat Influenza bei einem Gespräch mit Hr. Dietrich von BzGA zum Ausdruck gebracht, dass ein stärkeres Engagement der BzGA wünschenswert wäre. BzGA hat Erfahrungen mit Kampagnen, die mehr auf Situation eingehen und nicht nur auf Risikogruppen. Es fehlen Mittel diese umzusetzen. Vorrangig sollten junge Männer angesprochen werden. ○ Verhaltensänderungen von Menschen über einen langen Zeitraum zu bewirken ist schwierig. Wenig Hoffnung, dass Appelle erfolgreich sind. ○ War nicht eine bildhafte Darstellung von typischen Ansteckungssituationen geplant? Vielleicht ist man auf dieser Ebene erfolgreicher. ○ Studie des MPI dazu, wie sich Leute Informationen suchen, kommt zu dem Schluss, dass sich jüngere Leute weniger informieren und auch nicht bei klassischen Informationskanälen. BzGA hat eigentlich Konzepte, wie sie zielgruppenspezifisch informieren kann. ○ Einzelne Botschaften sollten konkret formuliert werden: Gefahr eines Eintrags von jungen zu älteren Personen, Abstand halten, kleinere Feiern, Risikogebiete meiden. ○ Anmerkung fürs BMG: Nur über Risikogebiete und Reiserückkehrer zu sprechen, lenkt den Fokus in die falsche Richtung. Der Positivenanteil ist bei Reiserückkehrern nicht 	<p>Ariane Halm FG32 / FG34 / PAE</p>
--	--	--

	<p>viel höher als im Land. Nicht geredet wird über Informationskampagnen, die eigentlich adressiert werden sollten.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hr. Bayer sieht das genauso, sollte bei morgendlicher Lage angesprochen werden, auch die Risikokommunikation. Beides wurde bereits diverse Male vorgebracht. ○ Steuerbarkeit der Medien ist aktuell sehr schwierig. Presse versucht das auch mit dem Argument, dass immer noch die meisten Ansteckungen in Deutschland stattfinden. Im Moment wenig Durchkommen mit Argumenten. ○ Evtl. Text dazu im Epid. Bull, besser noch, im täglichen Situationsbericht die Einschätzung verstärken. ○ Zusammenstellung, wo sich Leute infizieren, könnte sinnvoll sein. <p>! Unterstützung GA Neukölln (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallcluster in Harzer Kiez identifiziert durch freiwillige Testungen in Berliner Schulen, Roma-stämmige Gemeinschaft der Pfingstkirche ○ 13.06: 14-tägiger Quarantäneanordnung, 15.-19.06. mehrmalige freiwillige Testungen, 22.06. Amtshilfeersuchen, 23.06. erstes Treffen im GA ○ Ziele der Amtshilfe: deskriptive Analyse des Geschehens, Evaluierung und Verbesserungsvorschläge für Datenmanagement. ○ Wunsch nach SurvNet-Schulung und Unterstützung bei zukünftiger Signalerkennung wurde an FG31 weitergeleitet ○ Ende der Häuserblockquarantäne am 26.06.20, freiwillige Testungen von 24.-25.06.2020, Abstrichnahme durch GA- und RKI-Mitarbeitende, Probenanalyse teilweise am RKI ○ Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 369 Wohneinheiten betroffen, 1.027 Personen erfasst, 730 hatten mind. 1 Testergebnis, 109 wurden mind. einmal positiv getestet ▪ Zeitlicher Verlauf: neue Fälle während Quarantäne aufgetreten ▪ Nach Altersgruppe und Geschlecht: Geschlecht ausgeglichen, 51% unter 18, keine Fälle über 60 Jahre ▪ Erkrankungsrate (unter erfassten Bewohnern) nach 	
--	--	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Häuserblock: 4%-17%</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallanteil unter allen getesteten Personen: 3% - 26% <p>○ Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ durch Datenqualität und -verfügbarkeit sehr limitiert, Nenner unbekannt, Untererfassung dort lebender Personen möglich ▪ Quarantäne nicht von allen Personen eingehalten, ▪ Befürchtung der Bewohner, dass bei pos. Test die Quarantäne verlängert werden könnte ▪ 40 Proben verloren gegangen <p>○ Schlussfolgerungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unsicher, ob Ausbruch beendet ist, Angebot der separaten Unterbringung der Fälle wurde nicht angenommen ▪ Quarantänenmanagement in vielen Bereichen der Situation angepasst ▪ Komplette Quarantäne der Häuserblöcke evtl. nicht nötig gewesen? <p>○ Empfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ weitere niederschwellige Testangebote und gesundheitliche Ausklärung, Verbesserung des Datenmanagements, Austausch mit anderen GA mit ähnlichen COVID-19 Geschehen zu Erfahrungen <p>○ Einreichung für ESCAIDE? Vielleicht nicht genug für wissenschaftliche Publikation, evtl. Veröffentlichung im Epid. Bull.?</p> <p>○ Vorschlag: GA und Community Vertreter zu einem Webseminar einzuladen, um Austausch zu verbessern. Frage, wie verfügbar sind GA im Moment. Sollte nicht zumindest das Papier zur Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit marginalisierten Gruppen abgewartet werden?</p>	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Heute Morgen Austausch mit indischer Botschaft in Berlin: Kooperation mit indischem Public Health Institut wurde anregt, großes Lob für RKI Webseite.</p>	<p>ZIG</p>

	<p>! Im Rahmen von Corona global sind viele Projekte für die nächsten 2 Jahre geplant. Die Projekte müssen gebündelt werden, hierzu wird nächste Woche ein Meeting stattfinden.</p> <p>! Hilfeersuchen aus Usbekistan eine Mission zu entsenden</p> <p>! Bitte um Unterstützung aus Kosovo: hier besteht durch die Verknüpfung mit Reiserückkehrern großes Interesse vom BMG.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mit dem Kosovo gab es bereits Projekte, deshalb einige Mitarbeiter (FG32) mit Kontakten zu Kollegen im Kosovo <p>! Das Ausweisen der Risikogebiete bedeutet ein enormes Arbeitsvolumen für Public Health Intelligence</p> <p>! Anerkennung PCR-Testung aus Risikogebieten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aus Telefonhotline: GA haben Schwierigkeiten mit Anerkennung von PCR-Testung, wenn sie im Ausland durchgeführt wurden. ○ In Epilag vom 04.08. kam die gleiche Frage auf, Fr. an der Heiden zirkuliert die Antwort. ○ Ursprünglich wurden Länder ausgewiesen und ISO Normen genannt. Aufgrund der aktuellen Rechtsituation (laufende Gerichtsverfahren) mussten diese entfernt werden. ○ Aus Lagezentrum BMG: Hinweis auf ISO wurde bewusst gestrichen, jeder PCR-Test aus Liste von RKI ist anzuerkennen. <p>! Positivenanteil bei Testung von Reiserückkehrern (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Schwer herauszufinden, wie viele Testungen bei Reiserückkehrern stattfanden, wo Testzentren existieren und welche Labore angebunden sind. Teilweise handelt es sich um Labore, die bisher noch nicht in Erscheinung getreten sind. ○ Informationen wurden per Telefon und Email von den Laboren erhoben. ○ Frage nach Testungen von Reiserückkehrern wurde in Testlaborabfrage implementiert (ab Montag). Es ist jedoch fraglich, ob Labore diese von anderen Einsendern unterscheiden können. Frage auf Anforderungsschein nicht vorhanden, müsste händisch vermerkt werden. ○ Ganze Reihe von verschiedenen Testzentren: Flughäfen, Autobahnen, (Bus-)Bahnhöfen, Fähren ○ Testergebnisse – erfasste Positivenraten bei Einreisenden: Bayern: 0,5-3%, sonst zumeist Positivenraten um 1%, zusammengefasste Daten aus Flughäfen: 1,3%. ○ Nur im Südosten von Bayern erhöhte Positivenraten: Passau: 3% (spricht für osteuropäische Regionen, Arbeiter, Erntehelfer) und Traunstein: 1,9%. Bei allen andern Teststellen weicht die Positivenquote kaum von der Quote der gesamten Testungen in Deutschland ab. Rückkehrer haben kein zusätzliches Risiko. ○ Berücksichtigt werden sollte, dass nicht nur bei Rückkehrern aus Risikogebieten getestet wird. ○ Es gibt keine Info, ob die positiv Getesteten symptomatisch oder asymptomatisch waren. 	<p>AL1</p> <p>AL3</p>
--	--	-----------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hr. Kleist hat angeboten, Tests zu modellieren. Dies könnte für Kommunikation mit Politik genutzt werden. ○ Nicht der Ort vermittelt das Risiko, sondern das Verhalten! Statt einer Konzentration auf Orte, sollte das Verhalten der Personen adressiert werden. ○ Schwierigkeiten bei der Übermittlung der Testergebnisse: in kurzer Zeit etablierte Teststellen wurden mit Hilfspersonal besetzt (Anforderungsscheine mit QR-Code kopiert, Vermutung, Befunde werden über Corona-Warn-App übermittelt....) Lag nicht an fehlender Software, sondern an nicht vorhandener Logistik, schlechter Vorbereitung. ○ International werden zurzeit gegenseitig Regionen zu Risikogebieten erklärt. Wie könnte RKI die Daten am besten für politische Lösungen aufbereiten, die mehr Sinn machen? 	
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen</p>	
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung ! Sollte dahingehend überarbeitet werden, dass es weniger um Ausbrüche geht, sondern der zentrale Punkt die Vermeidung von Risikosituationen ist. Es geht nicht um Reisen oder Reiseländer sondern um Situationen, die man beim Reisen erlebt. <i>ToDo: Hr. Haas erstellt Entwurf für Text und zirkuliert diesen im Verteiler Krisenstab; am Montag Besprechung im Krisenstab</i> ! Abschnitt zu Superspreading Event ist sehr gelungen und könnte verlinkt werden.</p>	<p>Alle</p>
<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA ! Nicht besprochen</p> <p>Presse ! Ziemlicher Anstieg von Presseanfragen seit Mittwoch ! Es gibt viele Anfragen zu den Testungen bei Reiserückkehrern. Ist geplant, die Zahlen zu veröffentlichen? Im Moment wird auf Anfragen geantwortet, dass Angaben nicht verfügbar sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zahlen sind noch zu brisant und zu unsicher. Es kann auch auf die Länder verwiesen werden. Diese sollten relevante Zahlen selbst veröffentlichen (Abt. 1 hat Linksammlung) ○ Die Recherche zur Testung bei Reiserückkehrern fand auf Wunsch des BMG statt, eine verlässliche Aussage kann nicht 	<p>Presse</p>

	<p>getroffen werden.</p> <p>! Zeitgleich zur Krisenstabsitzung findet PK in Kupferzell statt.</p>	
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Relativ diffuse Themenlage: Impfen und Impfstrategien für Herbst, Testansätze, verschiedene kleinere Themen</p> <p>! Besorgnis wegen steigender Fallzahlen</p> <p>! Fokus liegt auf Risikogebieten, Vorkommnissen in Bayern</p> <p>! Fr. Andernach nimmt Hinweis mit, dass ein Großteil der Fälle sich in Deutschland infiziert. Da, mit Ende der Reisezeit, der Anteil der Reiserückkehrer unter den Fällen wieder sinken wird, wird die Fokussierung darauf wieder abnehmen.</p>	BMG-Liaison
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>!</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Vorgestern wurde versehentlich eine alte Version (vor Überarbeitung im Krisenstab) des Strategiepapiers veröffentlicht. (Anmerkung Datum in Dateinamen sinnvoll)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nun soll das Papier nochmal kurz überarbeitet werden, der Teil zur Impfung mit Hr. Wichmann besprochen und bis Ende nächster Woche fertig gestellt werden. -> Weiterverfolgung des Fortgangs im Krisenstab ○ Für die Vorstellung des Papiers wird zusammen mit dem BMG ein passender Weg gesucht. <p>! Labore haben keine langreichenden Reserven an Testkits. Deshalb wurde in die Laborabfrage die Frage eingefügt, für wie viele Tage im Voraus die Labore Materialien haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es ist unwahrscheinlich, dass die hohe Testkapazität für längere Zeit beibehalten werden kann. Der Markt für Testkits wird sich vermutlich verknappen. <p><i>ToDo: Für nächsten Bericht mit Ausweisung der Testzahlen soll in Abstimmung mit BMG Disclaimer formuliert werde.</i></p>	<p>ZIG / Alle</p> <p>Abt.3</p>
8	<p>Dokumente</p> <p>! am Montag: Besprechen des Entwurfs zur Definition Reinfektion</p> <p>! Änderungen im Kontaktpersonenpapier: noch nicht veröffentlicht</p>	



9	Informationen zu Arbeitsschutz ! Nicht besprochen	
10	Labordiagnostik ! Nicht besprochen	
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Nicht besprochen	
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! UBA-Stellungnahme zur Lüftung veröffentlicht, verlinkt in FAQ zu Aerosolen <ul style="list-style-type: none"> ○ RKI war an Abstimmung des Dokumentes der UBA beteiligt. ○ Dokument ist anwenderfreundlich geschrieben. Link wird versendet, evtl. falls Zeit auch kurze Vorstellung im Krisenstab. 	FG14
13	Surveillance ! Clinco100, Studie zu Symptomprävalenz und –dauer bei Erkrankten mit leichtem Verlauf (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Amtshilfeersuchen des GA Berlin-Mitte 03/2020 zur Aufarbeitung eines Ausbruchs in einem Nachtclub ○ In Routinearbeit war aufgefallen, dass viele Patienten nach 14 Tagen noch Symptome haben. ○ Es gibt wenige klinisch-epidemiologische Studien bei ambulanten Patienten mit mildem Verlauf, gleichzeitig Berichte zu gesundheitlichen Langzeitfolgen auch bei leichtem Verlauf. ○ Alle Pat eingeschlossen, die nicht hospitalisiert waren und vor 9. Tag nach Symptombeginn gemeldet wurden. ○ Befragung von 102 Erkrankten, nach 1.bzw. 2. Woche; 14-Tage tagesgenaue Symptombdokumentation; an Tag 30 erneute Befragung; an Tag 60 Befragung von Personen, die an Tag 30 noch symptomatisch waren. ○ Fragen zu spezifischen Symptomen und deren Intensität sowie zum Krankheitsgefühl. ○ Relativ junge Population (Median 35 Jahre) mit wenig Komorbiditäten, 50% Gesundheitsmitarbeitende. ○ Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 94% der Befragten fühlen sich krank, am häufigsten genannt wurde allgemeines Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen, Schnupfen, Muskelschmerzen, Husten. ▪ Symptomprävalenz im zeitlichen Verlauf: Schnupfen und Husten waren relativ gleichmäßig über beide Wochen verteilt. Kopf- und Muskelschmerzen traten vor allem an den ersten Krankheitstagen auf, 	FG32 Nadine Müller

	<p>Geruchs- und Geschmacksstörungen eher ab der 2. Woche.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Median fühlten sich die Patienten 11 Tag krank. An Tag 30 fühlte sich immer noch 1/3 krank. ▪ 42% haben an Tag 30 noch min. ein Symptom. ▪ Mehr als die Hälfte (56%) der Erkrankten mit Symptomen an Tag 30 hat auch an Tag 60 noch Symptome. <ul style="list-style-type: none"> ○ Schlussfolgerungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Symptomprävalenz unterscheidet sich zu Pat. mit schweren Verläufen. ▪ Persistierende Symptome sind auch 2 Monate nach Symptombeginn nicht selten. ○ Unspezifische Zeichen wie Kopf- und Muskelschmerzen sind weniger hilfreich für Testung. Husten und Geschmacks- und Geruchsstörung könnten noch stärker berücksichtigt werden, bei der Entscheidung, wer sich testen lassen sollte. ○ Wie kann Riechstörung objektiviert werden? Was konnten die Pat. nicht riechen? Es gibt qualitative Daten hierzu, die aber noch nicht ausgewertet sind. ○ Wie sollte das kommuniziert werden? Es handelt sich um wirklich relevante Ergebnisse zur jungen Altersgruppe. 25% fühlen sich nach einer Woche noch schwer krank. Wie kann das zeitnah kommuniziert werden? Geplant ist eine internationale Veröffentlichung. ○ Ergebnisse sollten an mehreren Stellen kommuniziert werden. Nicht auf internationale Veröffentlichung warten, damit die Ergebnisse rasch für Diskussion in Deutschland verfügbar sein. (z.B. Ärzteblatt oder Epid. Bull) ○ Symptommfreiheit soll in Software berücksichtigt werden, wie könnte das am besten erfragt werden. Diskussion in kleinerer Runde. ○ Interessant wäre bei diesen Pat. mit mildem Verlauf die Antikörperbildung zu erheben. Wurde bisher nicht gemacht, könnte evtl. aber nachgereicht werden. Das Register der Patienten ist im GA noch vorhanden. 	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Position internationale Kommunikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ist sehr belastet, deshalb die Frage, wo erleichtert werden könnte. Wenn auf die derzeitige Empfehlung, auch Kontaktpersonen der Kategorie 2 zu informieren, verzichtet werden könnte, würde das sehr viel Zeit sparen. ○ Bei Amtshilfeersuchen soll geantwortet werden, dass dies im Moment aus Kapazitätsgründen nicht übernommen werden kann. ○ Es wurde beschlossen, die KoNa ab dem Wochenende einzuschränken. Dies soll am Montag nochmal von Hr. 	FG32



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Schaade bestätigt werden.</p> <p>! Aussteigekarten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Feedback von TK IGV-benannter Flughäfen liefert ein sehr buntes Bild: Brandenburg z.B. erhält sie nicht, Bayern verwendet sie nicht; zum Teil Überlastung der Faxnummern oder Stapeln der Karten ○ Projekt zur elektronischen Aussteigekarte: RKI möchte nicht permanenter Partner sein, wie soll hier weiterverfahren werden? ○ Es wird keine technische nur inhaltliche Unterstützung erwartet, umfasst wöchentlich 1-2 Besprechungen und würde ca. 50% der Arbeitszeit einer Person binden. ○ Es handelt sich nicht um eine generische Lösung, die auch längerfristig für andere Infektionskrankheiten verfügbar wäre. Die Aussteigekarten dienen nicht der KoNa, sondern der Kontrolle für GA, ob Personen der Quarantäne nachkommen. ○ BMG könnte evtl. mitgeteilt werden, dass dann etwas anderes depriorisiert werden muss. Zunächst soll genauer präzisiert werden, was für Expertise erforderlich ist. Dann muss jemand benannt werden. 	
16	Wichtige Termine	
	!	
17	Andere Themen	
	! Nächste Sitzung: Montag, 17.08.2020, 13:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	17.08.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! FG 33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Matthias an der Heiden
 - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog

- Claudia Schulz-Weidhaas
- Michaela Niebank
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Basil Karo
 - Eugenia Romo Ventura
- ! BMG
 - Christophe Bayer
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss

	<p>! BMG bedankt sich für die Unterstützung am Freitag und betont Reiserückkehrer sind ein Teil der Probleme nicht das ganze Problem</p> <p>! ZIG1 behält Entwicklung in Paris im Auge und auch weitere Risikogebiet-Ausweisung anderer Länder</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <p>561 Fälle , insgesamt kaum Änderung</p> <p>! Fälle und Todesfälle pro BL</p> <p>am WE übermitteln wieder alle BL</p> <p>fast Hälfte aller Fälle aus NRW</p> <p>! 7-T.-Inz. nach Meldedatum BL</p> <p>über Bundesdurchschnitt liegen als Spitzenreiter NRW, danach in der Reihenfolge: Berlin, Hessen, Hamburg, Bayern</p> <p>! Nowcasting-Schätzung R</p> <p>Vergleichbar zu den Vortagen</p> <p>! Geographische Verteilung in Dtl.: 7-T.-Inz.</p> <p>5 LK mit >25-50 Fällen/100k Ew. 0 LK mit >50-100 Fällen/100k Ew. 1 LK mit >100-500 Fällen/100k Ew. (LK Dingolfing-Landau)</p> <p>! LK mit den höchsten Fallzahlen in letzten 7 T.</p> <p>gerade in NRW LK mit höheren Fallzahlen wird zurzeit auf Reiserückkehrer geschoben Top 15 sind meist sehr bevölkerungsreiche SK</p> <p>! Update Ausbrüche</p> <p>LK Ding.-Landau bekannter Ausbruch, dennoch in letzten 7 T. über 100 Fälle. Düsseldorf zwei pos. Fußballbundesligaspieler</p> <p>! Fälle mit Angaben Epidemiologie (nach MW)</p> <p>Angaben zur Epi blau; Variable: Bestand Kontakt zu einem bestätigtem Fall Variable bei weniger als 1/3 der Fälle angegeben: Wenn ausgefüllt, dann hoher Anteil (um 91%) bestand Kontakt zu einem bestätigten Fall In 25. KW ist höherer Anteil an Fällen mit Ausbruch-ID wahrscheinlich im Zusammenhang mit Gütersloh Der noch geringe Anteil mit Ausbruch in 32./33. KW wird wahrscheinlich noch nachgetragen Ab 20.KW ist in Kombination (grün) ein epidemiolog. Link oder Ausbruch bei 50-60% der Fälle vorhanden</p>	<p>Rexroth/ FG32</p>
--	---	--------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<p>! Fälle mit Angaben Epidemiologie (nach BL)</p> <p>nach BL unterschiedlich gut ausgefüllt</p> <p>! Fälle mit Angaben Epidemiologie (nach Meldesoftware)</p> <p>nach Software bei SurvNet 50% mit epidemiologischem Link; hingegen Octoware nicht so vollständig</p> <p>! GA werden ihr Meldeverhalten im BL-vergleich zurückgemeldet bekommen. Auf welchem Wege über AGI oder Landesbehörden wird noch entschieden.</p> <p>COVID-19 Deutschland, Trends KW 27-33 nach Alter, Geschlecht und Region, SurvStat Abfrage (Folien hier)</p> <p>! COVID-19 Inz. nach Altersgruppen</p> <p>Zurzeit haben die 20-24-jährigen eine höhere Inz. als die anderen Altersgruppen. Im zeitlichen Verlauf: Ab KW10 zunächst 50-59-jährigen und jüngere betroffen; ab KW13 Inz. bei 80+-jährigen deutlich am höchsten.</p> <p>! COVID-19 Inz., Altersgruppe 20-29 Jahre</p> <p>Innerhalb 20-29-jährigen waren von KW13 bis KW16 mehr Frauen betroffen. Vermutlich Pflegefachkräfte. Seit KW18 fluktuierend immer mal wieder mehr Männer Aber seit KW32/33 deutlich mehr Männer</p> <p>! COVID-19-Inz. Altersgruppen 15-29 Jahre</p> <p>Ähnliche Tendenz: Mehr Männer auch bei 15-19-jährigen, aber am deutlichsten bei 20-29-jährigen Männern höhere Inz. als bei Frauen dieser Altersgruppe.</p> <p>! COVID-19-Inz. 25-29-jährige nach BL, MW 27-33</p> <p>NRW höchste Inz. von MW28-33</p> <p>! COVID-19-Inz. 20-24-jährige nach BL, MW 27-33</p> <p>Gemischteres Bild, aber seit MW29 in allen BL steigende Tendenz In MW32 peak in BaWü In MW33 steiler Anstieg in Berlin, Hessen, Bayern; NRW bleibt auf hohem Niveau</p> <p>! COVID-19-Inz. 20-24-jährige Männer nach BL, MW 27-33</p> <p>nur noch Männer HH auffällig, gerade in NRW höheres Niveau, Berlin und Bayern steigend</p> <p>! LK mit höchsten COVID-19-Inz. unter 20-24-jährigen Männern,</p>	<p>Inst.-Leitung</p> <p>Haas/FG36</p>
--	---------------------------------------

MW 27-33

In manchen LK Inzidenzen über 300 bei jüngeren Männern in BAY

! SK München: Fallzahlen, MW 27-33

mehr Männer als Frauen

20-24-jährige: seit MW31 steigend, seit MW32 höchste Fallzahl

25-29-jährige seit MW29 steigend, zurzeit zweithöchste Fallzahlen

! SK Köln: Fallzahlen, MW 27-33

Seit MW32 mehr Frauen als Männer

20-24-jährige und 30-34-jährige haben höchste Fallzahl

! SK Hamburg: Fallzahlen, MW 27-33

Nur in MW32 deutlich mehr Männer

Seit MW30 steigen fast alle Altersgruppen

! SK Duisburg: Fallzahlen, MW 27-33

Zurzeit Geschlechter vergleichbare Fallzahlen

Sehr heterogen bei Altersgruppen; seit MW32 höchste Fallzahlen bei 15-19-jährigen sowie 40-44-jährigen

! SK Frankfurt: Fallzahlen, MW 27-33

Zurzeit mehr Männer

Kann man sehen, es sind nicht alle Altersgruppen gleich betroffen. Aber eher junge Männer

! Im Lagebericht diese Auswertung einfügen

Update Corona-KiTa-Studie

Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren (Folien [hier](#))

! GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen

Akute resp. Infektionen haben das Vorjahresniveau erreicht; Barrieren, wie beim lock down, nicht mehr aktiv

! Entwicklung der Fallzahlen: 0-5 Jahre

Anzahl der Fälle seit KW22 steigende Tendenz

Fälle im Alter 0-5 Jahre, entspricht Anteil von 1,9% an allen übermittelten Fällen

! Inz. und Anteil nach Altersgruppe

Alle betrachteten Altersgruppen zeigen steigende Tendenz

! Ausbrüche in Kindergärten/Horte

Hier zu beachten: Daten in KW32/33 noch nicht vorhanden
Größere Fallzahlen bei ältere als 15 Jahren

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Ausbrüche in Schulen</p> <p>Insgesamt 36 Ausbrüche in Schulen im SurvNet: eher bei älteren Kindern, aus den letzten zwei Wochen keine Daten</p> <p>ToDo: Lagebericht: SurvStat-Auswertung einfügen, dass zurzeit vermehrt junge Männer betroffen sind.</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>! Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Corona WarnApp (CWA) kostet viele Ressourcen, um an dieser Stelle auskunftsfähig zu bleiben, gegenüber den berechtigten Anfragen. Updates sind nicht so gut gelaufen wie erhofft. Bittet um 15 min Gespräch dazu in der nächsten Woche.</p> <p>! Europäisch kompatibel ausgerichtete CWA ist mit Ressourcen nicht zu leisten, obwohl dies legitime Überlegungen sind.</p> <p>! Grundsätzlich erfordert die Funktionalität durch wiederkehrende Modifikationen der Betriebssysteme (Google, Apple) viel Arbeit.</p> <p>! Müssen stärker in die Evaluation der CWA gehen.</p> <p>ToDo: Hr. Schmich bereitet für nächsten Montag 15 min. Update zum Stand der CWA vor</p>	Schmich/ FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Aktualisierung der Risikobewertung</p> <p>! Vorstellung der Änderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hinweis auf Anstieg der Fallzahlen -Bundesweit zu größeren und kleineren Infektionsgeschehen -Auch Reiserückkehrer tragen dazu bei -Betonung, dass wir noch viel zu COVID dazulernen müssen -RKI schätzt die Gefährdung als hoch und für Risikogruppen als sehr hoch ein (Nur Formulierung geändert, Inhalt war schon) -Bei Übertragbarkeit die Risikosituation betonen: zunächst Innenräume bei zu wenig Abstand, Singen, Sprechen, Lachen; Aber auch draußen Gefährdung bei zu geringen Abständen, daher dann MNS. -Individuelle Risiko kann epidemiologisch nicht abgeleitet werden. Ziel definieren: Zahlen niedrig halten <p>! Entwurf zur Aktualisierung der Risikobewertung als ausführlichere Gestaltung wird von Mehrheit angenommen</p> <p>! Deutschland bleibt bei cluster transmission, auch wenn die LK mit 0 Fällen weniger werden. Noch keine community</p>	Haas/ Rexroth/Alle

	<p>transmission. ! Presse bittet um Einfügen des Vermeidens von Menschenansammlungen</p> <p><i>ToDo: Abt.3 diskutiert seine Haltung zur community transmission vor</i></p>	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Übersetzung der Info in verschiedene Sprachen</p> <p>! Visualisieren von Risikosituationen, um alle anzusprechen</p> <p>! Bitten darum, dass die Ergebnisse zu den Geschlechtern nicht überbetont werden. Eher eine Solidarisierung anstreben</p> <p>Presse</p> <p>! Anfang September ist Wiedereröffnung des RKI Museums geplant. Stimmen alle dieser zu? Aus Zeitgründen Entscheidung verschoben</p> <p><i>ToDo: Wiedereröffnung des RKI Museums nächsten Montag (24.08.20) diskutieren</i></p>	BZgA
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nichts Neues</p>	BMG-Liaison (durch FG32)
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Aktuelle Entwicklungen zum COVID-19-Impfstoffe</p> <p>Update – COVID-19 Impfstoff-Entwicklung und Einführung der Impfung in Deutschland (Folien hier)</p> <p>! Überblick Impfstoffentwicklung COVID-19</p> <p>Weltweit gibt es über 170 Projekte für die Entwicklung von COVID-19 Impfstoffen</p> <p>Aktuell 26 Impfstoffe in der klinischen Entwicklung in Europa, USA, Asien / China, Aus</p>	Wichmann/ FG33



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Individuelle Entwicklungsprogramme werden kontinuierlich adaptiert</p> <p>Die meisten Impfstoffe werden global entwickelt</p> <p>In Phase 3 sind 7 Impfstoffe Zugelassen ist bisher kein Impfstoff</p> <p>! Impfstoffe, die für eine zeitnahe Impfung in Dtl. derzeit in Betracht kommen (Liste nach PEI)</p> <p>7 Impfstoffe</p> <p>Von denen hat Oxford/AstraZeneca einen Vertrag mit der EU über 400 Mio. Impfdosen</p> <p>! Oxford/AstraZeneca - ChAdOx1 nCoV-19</p> <p>Oxford/AstraZeneca im Vgl zu Meningokokken Impfstoff</p> <p>2-malige Impfung wahrscheinlich nötig</p> <p>! Safety & WT-NT Immunogenität von Oxford/AstraZeneca</p> <p>Oben zeigt gelber Streifen Reaktogenität, unten Immunität, nach erster Dosis noch unter Zielwert</p> <p>Quelle: Folegatti et al. Lancet, 2020</p> <p>! Moderna - mRNA mit Lipid Nanopartikel (LNP)</p> <p>Ergebnisse Phase 1/2 publiziert: Jackson et al. NEJM, 2020</p> <p>Placebo-kontrollierte Phase 3-Studie in USA seit Ende Juli</p> <p>! Moderna -mRNA-1273 - Nebenwirkungsprofil</p> <p>Vergleich der Dosengruppen hinsichtlich den Nebenwirkungen</p> <p>keine schwerwiegende Nebenwirkungen, aber im Vgl zu herkömmlichen Impfstoffen schon mehr</p> <p>! Moderna -mRNA-1273 - Immunogenität</p> <p>Immunogenität überzeugender als bei Oxford, nach der zweiten Impfung liegen Werte über denen von Rekonvaleszenten, sehr viel versprechend</p> <p>! BioNTech-BN162b1 - DE-Studie, Neutralisierende Antikörper</p> <p>NT unter Nutzung verschiedener Virus Varianten</p> <p>! Novavax - NVX-CoV2373, adjuvantiert</p> <p>letzte Woche erste Daten publiziert: Immunogenität 4x höher als Rekonvaleszenten gefunden</p>	
--	---	--

	<p>Zu klärende Frage: Schutz der Impfstoff nur vor der Erkrankung oder vor der Weitergabe des Virus?</p> <p>! Neutralizing Antibody Responses</p> <p>Novavax Impfstoff nach 2. Impfung Antibodies höher als bei Rekonvaleszenten</p> <p>! Timelines & Offene Fragen</p> <p>Vorliegende Daten/Studien sind alle Impfstoffe reaktogen Tatsächlicher Schutz zeigt sich erst in Phase 3 Studien Zulassung bei beiden Impfstoffen bis Ende des Jahres Mehrere Firmen haben schon mit der Impfstoff Produktion begonnen Initial werden wir keine Daten zu Kindern unter 18 Jahren haben. Erst nach Zulassung der Stoffe wird für Kinder getestet Wichtiger offener Punkt. Enhanced Disease: Dies bedeutet, dass bei Impfdurchbrüchen stärkere Erkrankung auftritt als bei Ungeimpften.</p> <p>! Von der Entwicklung bis zur Einführung</p> <p>Übersicht: Wie Abläufe bei der EMA Zulassung ab STIKO hat schon begonnen eine Empfehlung zu entwickeln, werden kontinuierlich aktualisieren; Priorisierung von Gruppen für Impfungen noch nicht erfolgt</p> <p>! FAQs zu COVID & Impfen (Stand: 03.07.2020)</p> <p>! Vorstellung Konzept für die Einführung und Evaluation einer Impfung gegen COVID-19 in Deutschland</p> <p>! Nächste Schritte</p> <p>Konzept zur Umsetzung der Impfung (Routinesystem vs. Impfstellen)</p> <p>-Entscheidung BMG/Bundesländer steht aus</p> <p>Konzept zur Impfquoten-Erfassung</p> <p>-Entscheidung BMG steht aus (Konzept KV/GKV)</p> <p>Verhandlungen mit Herstellern / Teilnahme EU Joint Procurement</p> <p>-zu Impfstoffen laufen (BMG)</p> <p>-zu Nadeln / Spritzen = Abfrage Bundesländer</p> <p>Austausch mit Bundesländern</p> <p>-erster Termin Donnerstag diese Woche (AGI)</p> <p>-Entwurf eines Impf-Konzepts durch Bremen</p>	<p>Diercke/ FG32</p>
--	--	--------------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>(Vorsitzland)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Alle Stoffe werden zunächst ab 18 Jahren zugelassen ! Keine Zulassung für Kinder und Schwangere im ersten Schritt angestrebt. Folgt nach Erstzulassung ! BMG Priorisierung in DEMIS zur Erfassung der Impfreaktionen, auch wenn dies primär ans PEI geht. Wird bilateral weiter mit FG33 gesprochen werden. 	
8	Dokumente	
9	Informationen zu Arbeitsschutz <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
10	Labordiagnostik <ul style="list-style-type: none"> ! Neurolog. Surveillance eher zwanzigjährige betroffen. Dies passt zur SurvStat Auswertung. ! Michel: Knapp 10% Positiven Rate; diese ist etwas gesunken. 	FG17 ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement <ul style="list-style-type: none"> ! Falldefinition Reinfektion ! Aus Zeitgründen auf Mittwoch verschoben <p><i>ToDo: Auf Agenda für Mittwoch, den 19.08.20</i></p>	FG36
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz	
13	Surveillance <ul style="list-style-type: none"> o Macht KoNa Sinn bei so kleinen Anteilen der Angaben zu Kontakten in den Meldungen? o Auch wenn wir in unseren Meldedaten dies nur in ¼ der Fälle sehen, wichtigste Info für unsere Handlungsempfehlungen o KoNa ist die ureigene Aufgabe des ÖGD 	Inst.-leit. Alle
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
16	Wichtige Termine <ul style="list-style-type: none"> ! Keine benannt 	
17	Andere Themen <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 19.08.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	19.08.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
 - Kristin Tolksdorf
 - Udo Buchholz
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
 - Michaela Niebank

- ! P1
 - Christina Leuker
 - Mirjam Jenny
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin
 - Sarah McFarland
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Christophe Bayer

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weltweit >21 Mio. Fälle, >770.000 Todesfälle ▪ Abstieg USA und russische Föderation, Brasilien stabil ▪ Besonders starker Anstieg in Kolumbien, Peru, Philippinen ▪ Indien: laut WHO am Montag 85% aller bestätigten Fälle in WHO SEARO Region ▪ USA: abnehmender Trend mit Vorsicht zu deuten, evtl. technische Übermittlungsprobleme mit elektronischem Meldesystem in Kalifornien sowie weniger Testungen in den letzten Wochen ○ 7-Tages-Inzidenz/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afrika: Seit Montag Südafrika (absteigender Trend) nicht mehr dabei ▪ Asien: Kasachstan nicht mehr dabei ▪ Europa: Malta laut ECDC Daten nicht mehr dabei ▪ Amerikanischer Kontinent meiste Ländern mit Inzidenz >59, dafür neu Gibraltar ○ 7-Tages-Inzidenz und Fallzahlen subnational nach WHO EURO (<u>Datenstand 17.08.2020</u>): mehrere Subregionen in Spanien betroffen, in Belgien Brüssel, in der Schweiz Genf, 1 Region in Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Nordmazedonien mehrere Regionen in Rumänien ○ Zusammenfassung Europäische Subregionen (<u>Datenstand 18.08.2020</u>), nur EU EEA und Balkanländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neu seit Montag: Albanien 2 Regionen, Bosnien und Herzegowina 2, Malta ▪ Nicht mehr dabei seit Montag: Luxemburg und zwei Regionen in Rumänien ▪ Hier Zusammenfassung dessen, was neu dazugekommen ist laut WHO Daten, nicht alle Länder mit Inzidenzen >50 wurden erwähnt <p>! Lage Kroatien</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wurde Montag präsentiert, Region Split-Dalmatien und nördlich davon Sibenik-Knin (74/100.000) mit hohen Inzidenzen, gefolgt von Lica-Senj ○ Viele Rückkehrende aus Kroatien, in mehreren BL >100 Fälle ○ Betrifft vor allem junge Erwachsene ○ Häufig wird die Aufenthaltsregion nicht spezifiziert, IfSG erwähnt Nennung des Landes (nicht der spezifischen 	ZIG1

	<p>Region),</p> <p>! BMG Kommentare</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Heute um 14:00 Risikogebietschalte ○ Gestern Austausch mit Luxemburg, es stellte sich heraus dass ECDC möglicherweise eine Doppelzählung macht und residents und non-residents ausweist, trotz Pendler aus RP, soll ECDC zukünftig beachten, Zahlen nun deutlich niedriger <p>! Lage Frankreich</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seit Juli steigende Fallzahlen, besonders letzte 4 Wochen ○ Inzidenz und Zahl positiver PCR Tests stark gestiegen, in allen Altersgruppen, aber im Vergleich zum Frühjahr vor allem 25-35 jährige, 50% der positiv getesteten sind asymptomatisch ○ Anzahl KKH Eingänge steigt, schwere Fälle nehmen weiterhin ab ○ Vor allem um Hauptstadt Paris und Mittelmeerregion, 2 Départements (Ile-de-France und Bouches-du-Rhône) als „Zonen aktiver Virusübertragung“ gekennzeichnet (Schwelle= 50 Neuinfektionen/100.000/ letzte 7 Tage) ○ Départements entlang des Mittelmeers sind touristische Orte mit hoher Menschendichte ○ Die meisten Fälle der letzten Wochen sind außerhalb der Cluster die untersucht werden, Anfang der Woche gab es 1.000 Cluster, die Hälfte wurde im beruflichen Umfeld beobachtet (Gesundheitswesen beinhaltet), 28% öffentliche oder private Zusammenkünfte, besonders Familienumfeld ○ Bei Inzidenzen für Paris zu bedenken: positive Fälle an den beiden internationalen Flughäfen werden hier mitgezählt wenn kein Wohnsitz angegeben ist, Santé Publique France will dies in den nächsten Tagen korrigieren/anpassen ○ Inzidenzen im Südosten sind in kurzer Zeit stark gestiegen (Verdopplung von 1 KW zur nächsten) ○ Maßnahmen: ähnlich Deutschland, MNB-Pflicht in Supermärkten, Nahverkehr, gestern Ankündigung dass ab 1. September auch bei der Arbeit MNB getragen werden sollen außer in Einzelraumbüros, manche Städte führen auch im freien Masken ein, öffentliche Versammlungen >10 Personen verboten, Veranstaltungsverbot für >5.000 TN ○ Schulanfang im September soll normal stattfinden, mit MNB wenn Abstand nicht eingehalten werden kann ○ In „Zonen aktiver Virusübertragung“ dürfen lokale Behörden zusätzliche Maßnahmen verfügen, z.B. Schließung öffentlicher Einrichtungen, Aufhebung von Versammlungen ○ Karte Inzidenzen mit >10/100.000 ○ Indikatoren zur Bewertung sind 7-Tage-Inzidenz, Anteil positiver Tests, RO und Belastung Intensivkapazitäten ○ Gesamtbewertung für das Festland Frankreich (noch grün) ○ Anstieg Fallzahlen auch entlang deutscher Grenzen, es 	<p>FG32</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>gibt aktuell keine Beschränkung des Grenzverkehrs, z.B. Saarland</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inzidenz an Deutschlands Grenzen zw. 10-13/100.000 Einw. <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 226.914 (+1.510), davon 9.243 (4,1%) Todesfälle (+7), Inzidenz 273/100.000 Einw., ca. 203.900 Genesene, Reff=1,03, 7T Reff=1,08 ○ Fallzahlen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuletzt Ende April so großer Fallzahlenanstieg ▪ 4 BL mit 1-stelligen Fallzahlen, großer Anstieg NRW ▪ Wochenvergleich (im Lagebericht gestern): größter Zuwachs in BY, >500 Fälle mehr in KW33 als KW32, dann NRW ○ Inzidenzen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niedrigste 7-T-I im Juni mit 2,5/100.000, nun fast 4-mal so hoch ▪ Inzidenzen von an Frankreich grenzenden Kreise zw. 5-25/100.000 ▪ Generell mehr Fälle im Westen und Südwesten als im Norden und Osten ▪ Aktuell kein Kreis mit >50/100.000 ▪ Aus nur 15 Kreisen wurden in letzten 7 Tagen keine Fälle übermittelt, 12 mit >25/100.000 ▪ Deutschlandkarte Wochenvergleich illustriert deutlich die Veränderung (dunkleres Gelb verbreiteter) ▪ Höchste Inzidenzen: SK München, SK Frankfurt am Main, noch keine offiziellen Kapazitätsengpässe gemeldet, informell wird kommuniziert dass die zusätzliche Arbeitsbelastung spürbar ist ○ Ausbrüche, in vielen Kreisen werden Reiserückkehrer für die Inzidenzen verantwortlich gemacht, z.B. Rückkehrende von Busreisen nach Kroatien ○ Expositionsort <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil Fälle mit Auslandsexposition: Anteil an allen Fällen (dunkel), Anteil an Fällen mit entsprechender Angabe (hell) ▪ Konservativere Schätzung an allen Fällen (dunkel) erscheint valider, da GA bei Fällen mit Exposition in Deutschland häufig keine Details zum Kreis eintragen, wurde auch so in Lagebericht aufgenommen, ggf. in Zukunft Ausweisung beider Zahlen ▪ Nach Altersgruppen hier vermehrt jüngere 	
--	---	--

	<p>Menschen, geringer Anteil bei älteren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Am häufigsten genannte Expositionsländer: Kosovo, Türkei, Kroatien, Bulgarien, Anteil der Nennungen und nicht der Fälle (ein Fall kann ≥ 1 Nennung haben) ▪ Daten wurden auch pro Meldewoche gewünscht, da Zahlen hoch genug sind werden hierzu für nächste Woche Ideen entwickelt ▪ Aktuell erheblicher Anteil (knapp 40%) könnte dazu führen, dass Teststrategie als sinnvoll erachtet wird ▪ Ort der Testung ist in Meldedaten nicht ausgewiesen, im Ausland erfolgte Testungen werden nicht erfasst ▪ Positivenrate in Testzerten ist mit ca. 2% gering, viele Rückkehrer werden getestet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl bei Reiserückkehrern kommt auch durch die Anzahl der Testungen zustande, diese Fälle stecken hoffentlich wenig andere an, da sie vorsichtig sind <ul style="list-style-type: none"> ○ Altersgruppen: Anteil Fälle jüngerer (bis 60) nimmt zu ○ Auflistung nach Zugehörigkeit zu Einrichtungen: Fallanteil, §33 (Schulen, Kitas, etc.) ist relativ hoch <p>! Laborbasierte SARS-CoV-2 Surveillance in ARS (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Anzahl der positiven und negativen Testungen ist kontinuierlich und deutlich gestiegen, letzten Montag gab es die meisten Testungen ○ In der Positivenrate gibt es insgesamt lediglich einen schwachen Anstieg, es stehen immer noch Nachmeldung aus ○ Daten zum Testverzug werden unterschiedlich schnell geschickt und auch hier gibt es immer noch Anpassungen, aktuell besteht kein Grund zur Sorge ○ Tests nach Abnahmeort tageweise dargestellt (Folie 7) <ul style="list-style-type: none"> ▪ rot Arztpraxis, grün KKH, blau andere ▪ Andere beinhaltet auch Teststationen, letztere sind nur durch komplexe Kleinarbeit auswertbar und datenschutzrechtlich schwierig (nicht für extern) ▪ Steigende Testzahl im blauen Bereich am Wochenende ▪ KKH Tests nehmen ab außer am Wochenende, weniger Menschen mit COVID-19 in KKH ▪ Tests in Arztpraxen nehmen auch zu ▪ Könnten Teststationen gesondert unter „anderen“ (blau) aufgeführt werden? Nicht einfach, muss an Zwischensoftwarehersteller geleitet werden, ggf. zusätzliche Kosten (ca. 50.000 Euro) ○ Testungen nach Altersgruppe: höchste Altersgruppe (≥ 80) stabil, 0-4 Jahre Anstieg KW25-27, aktuell vor allem Anstieg bei 15-59-jährigen ○ Positivtestungen nach Altersgruppe: vor allem Anstieg bei 15-34-jährigen, möglicherweise viele Reiserückkehrer 	FG37
--	---	------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Frage: soll das System erweitert werden (z.B. gesonderte Erfassung von Teststationen) durch mehr Ressourcen wenn es nicht langfristig bleibt? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es sind wertvolle Daten die mindestens auf diesem Niveau weiter erhoben werden sollten bis DEMIS da ist, können auch anzeigen ob Kapazitätsgrenzen näher rücken ▪ DEMIS ist greifbar, die technische Umsetzung ist fertig, Datenschutz steht aus, es gibt grundsätzliche Einwände des BFDI bezüglich Informationen zu nicht-erkrankten/nicht-infizierten (betrifft DEMIS und ARS) ▪ Einbindung der Labore bleibt schleppend, die Hälfte der Labore (ca. 100) verfügen über entsprechende Zertifikate und Softwarelösung, werden erneut ermuntert auf freiwilliger Basis mitzumachen ▪ BMG führt nächste Woche Eskalationsgespräch mit BFDI, ggf. ist BMG-Verordnung notwendig um Labore zu verpflichten ▪ Anlass der Untersuchung wird in DEMIS erfasst, Daten hängen von nichtnamentlichen Informationen auf den Anforderungsscheinen an die Labore ab, Kontaktdaten des Einsenders (z.B. wenn Teststation) werden erfasst ▪ DEMIS Meldeinhalte können ggf. angepasst werden bezüglich als wertvoll geschätzter Daten ▪ Ist es realistisch dass DEMIS dieses Jahr noch repräsentative und auswertbare Daten liefert? Es wird Daten geben, die Hälfte der Labore ist angebunden, zum Jahresende hin ist es möglich gute Daten zu haben, aber wenn Fallzahlen steigen kommt ggf. die Erwartung, dass Daten früher verfügbar werden und dass ARS gefragt wird ▪ In 2 Wochen ist eine konkretere Aussage zum DEMIS-Zeitraumen möglich ▪ ARS soll vorerst weitergeführt und die Datentiefe erweitert werden, 50.000 Euro für ein gut funktionierendes System sind sinnvoll investiert ▪ Tim Eckmanns kontaktiert Softwarehersteller und berichtet ○ Es gab Anfragen (auch von intern) zu einer Ausschreibung des BMWi, Daten sollen auf Kreisebene ausgewertet werden, Bezug zu COVID-Stopp Projekt von Viviane Bremer? Nicht abschließend besprochen <p>! Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb: momentane ARE Raten auf Niveau von 2018-19, unspektakulär aber nicht niedriger als sonst, ebenso nach Altersgruppen, Kinderraten sind letzte Woche 	<p>FG36</p> <p>FG36</p>
--	---	-------------------------

	<p>angestiegen und jetzt wieder niedriger, Erwachsene ungefähr gleichbleibend, beides auf dem Niveau der Vorsaisons</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ambulanter Bereich, Praxisindex: insgesamt Tief (Wanne) durch die Maßnahmen in KW12-26, jetzt wieder Anstieg und normales saisonales Verhalten ○ Konsultationsinzidenz: bei 5-14 jährigen (orangefarbene Linie) kleiner Sprung nach oben ansonsten stabil ○ Schulferien: in Berlin Brandenburg gehen die Kinder seit KW33 wieder in die Schule, in NRW Mitte der KW33, BY, BW haben aktuell noch Ferien ○ Wo noch Ferien sind ist der ist Anstieg bei Kindern wieder rückläufig, in NRW gibt es insbesondere bei Schulkindern einen starken Anstieg, dieser kann jedoch nicht nur mit 3 Tagen Schule zusammenhängen, es dauert länger, bis sich die Schulöffnungen in den Daten widerspiegeln ○ ICOSARI (1 Woche hinterher): normales saisonales Niveau, der Anstieg bei Kindern nach der Maßnahmenlockerung ist wieder zurückgegangen ○ COVID-19 Diagnose bei SARI-Fällen: der Anstieg von KW30-31 hat sich nicht fortgesetzt, in letzten 3 Wochen bis KW32 leichter Anstieg des Anteils der SARI Fälle mit COVID-19-Diagnose von 3% auf 5% <p>! Schätzung der Hospitalisierungsinzidenz (hinter Folien zu syndromischer Surveillance hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aus ICOSARI-KH-Sentinel: Gesamtzahl aller aufgenommenen (nicht nur respiratorisch bedingter) Patienten über Einzugspopulation der KKH (ca. 4,5 Mio.) ○ Ab KW 11/2020 starke Abweichung der Gesamtzahl der Neuaufnahmen, in KW26 starker Ausschlag, dann wieder fast normale Auslastung ○ Nach Altersgruppen: stärkster Rückgang bei 5-14-jährigen ○ Schätzung der COVID-19-Hospitalisationsinzidenz, Annahme des Medians der Einzugspopulation wie in Vorjahren, COVID-19-Fälle mit respiratorischer Diagnose und mit akuter respiratorischer Diagnose (alle Liegedauern): 8/100.000 ○ Nach Altersgruppen: am höchsten bei >79-jährigen während der 1. Welle, ab KW20 sehr viel geringere Inzidenz, zw. 1-2/100.000 für alle Altersgruppen ○ ICOSARI Hochrechnung liegt etwas über den Meldezahlen, in Meldedaten gibt es eine Untererfassung der hospitalisierten Fälle, in Hochzeiten waren es um die 6.000 ○ Es gibt auch eher eine Untererfassung der Intensivpatienten in den Meldedaten, keine Information ob aktuell noch auf IST und wie viele insgesamt auf IST sind (DIVI Intensiv-register enthält auch aktuell liegende Patienten) 	<p>FG36</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Generell wäre eine Nacherfassung notwendig, diese wird im Meldesystem von den GA nicht geleistet ○ Abgleich der Daten diverser Systeme ist in der Übergangszeit sehr sinnvoll (auch bezogen auf ARS-Diskussion oben) ○ Anteil der COVID-19-Fälle unter SARI-Patienten erscheint immer donnerstags im Lagebericht ○ Wird ggf. im EpiBull publiziert <p>! Auswertung Ausbrüche (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gruppe von MA aus FG36, FG31, FG34, FG32, AL3 hat Daten zu Ausbrüchen ausgewertet ○ Gewisse Vorbedingungen mussten erfüllt sein um Ausbrüche in die Analyse zu integrieren (s. Folien) ○ Auswertung wird im EpiBull veröffentlicht, diese Woche vorab online publiziert ○ Anteil von Fällen an Ausbrüchen nach Altersgruppe: bei Kindern relativ hoher Anteil (41%), bei älteren Personen Anstieg bis auf 64% (für 90+-jährige), insgesamt sind 27% aller ans RKI übermittelter Fälle als Ausbruchsfälle erfasst ○ Mehr Frauen als Ausbruchsfälle erfasst, da Anteil von weiblichen Personen in Alten- und Pflegeheimen größer ist als der männlicher ○ Infektionsumfeld: kategorisiert durch Oberbegriff z.B. Wohnstätten, dann innerhalb des Oberbegriffes noch weitere Detailebene möglich, aber nicht immer verfügbar ○ Zeitlicher Verlauf nach Infektionsumfeld (Folie 4): in KW14 und 15 besonders Altenheime, in KW 25 insbesondere Arbeitsplatz (fleischverarbeitende Betriebe, medizinische Einrichtungen, zeitnah wurde RKI Empfehlung zu Vorgehen in diesem Umfeld publiziert) ○ Verteilung Ausbrüche nach Umfeld und Fallzahl: in privaten Haushalten sehr viele Ausbrüche aber nicht so viele Fälle, in Alten- und Pflegeheimen weniger Ausbrüche aber viele Fälle, KKH hohe Ausbruchsanzahl ○ Infektionsketten in bestimmten Settings sind durch GA einfacher zu erfassen ○ Schweregrad nach Umfeld (Hospitalisierung: ja) hier Nenner = alle Fälle (auch nicht ermittelte und nicht erhobene, unbekannte, im Lagebericht ist dies anders): in privatem Haushalt 12%, in Alten- und Pflegeheimen (18%), Seniorentagesstätten (23%), Arbeitsplatz 5% ○ Zusammenfassung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Von GA leicht zu ermittelnde Übertragungsketten sind jene, wo enger und langfristiger Kontakt unter Personen besteht die sich gut kennen ▪ Viele Ausbrüche im privaten Umfeld, Fallzahl in Alten- und Pflegeheimen größer 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwere primär durch Alter getriggert, Kernbotschaft: Vermeidung schwerer Verläufe nur durch Vermeidung von Infektion bei hochaltrigen Menschen ▪ Übertragung im privaten Haushalt sehr hoch, schwer vermeidbar, wenn dort eine Person identifiziert ist frühe Isolierung und frühe Selbstquarantäne von engen Kontakten (ansteckungsverdächtige sollen niemanden anders infizieren) sinnvoll ○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> ▪ Von Spahn in Medien angesprochene private Feiern lassen sich in Meldedaten (noch) nicht so bestätigen, Wichtigkeit wird aber im Artikel erwähnt: Personen müssen überzeugt sein um dies zu vermeiden ▪ RKI Vorgehen (Autorenschaft, Danksagung) bei Gruppenpublikationen: es gibt bisher keine Regelung, inhaltlich beteiligte, die sich eingebracht haben wurden hier genannt! wird separat auch mit Jamela Seadat besprochen ▪ Zu Ausbrüchen im Bahnverkehr steht 0, dies könnte suggerieren, dass es ein sicheres Verkehrsmittel ist, die Evidenz fehlt, ähnlich Übertragungen im Flugzeug ▪ Botschaft aus Meldedaten ist, dass Verkehr kein Hauptübertragungsort ist, bis KW29 wurde von den GA keine Übertragung in der Bahn übermittelt, dies wird jedoch teilweise in der Diskussion adressiert ▪ Es ist Zeit, die verfügbaren Daten öffentlich zu machen ▪ Arbeitsplatz sticht bezüglich Fallzahlen stark hervor, aber es waren vor allem besondere Arbeitsplätze wie Schlachthöfe betroffen, sollte dies spezifiziert werden, damit nicht an allen Arbeitsplätzen Serientestungen angeleiert werden? ▪ Grundbotschaft ist, dass enger, langfristiger Kontakt und nicht Zufallsbegegnungen zu Übertragung führen ▪ Anmerkungen sind wertvoll und werden überdacht, Ergebnisse werden im Artikel eingeordnet ○ Vor Publikation soll der Artikel vorab zur Kenntnis mit Absicht der Publikation an das BMG geschickt werden 	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
4	Aktuelle Risikobewertung	

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Nicht besprochen	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Liste der Infektionsumfelder ist wichtig und hilfreich, diese werden aufgearbeitet und visualisiert</p> <p>! Auftrag von BMG der Bearbeitung von 3 Situationen: 1- Direkter Kontakt, 2-Gesprächssituation längerer Dauer, 3- schlecht belüftete Räume in Analogie zu AHA, diese werden aufbereitet und dann eingestellt</p> <p>Presse</p> <p>! STIKO Stellungnahme zu Vorgehen bei Priorisierung des COVID-19-Impfstoffes jetzt online</p> <p>! Pressestelle wird überrannt von Journalisten, die teilweise auch rechtliche Schritte einleiten wollen, Presse ist dazu im Gespräch mit Medienanwalt, weiteres Vorgehen ist nicht klar</p> <p>! Zunehmend wird der Punkt erreicht dass es nicht mehr geht</p> <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Großes Problem ist das Ausweisen der Risikogebiete, z.B. ist Bild hervorgesprescht und hat publiziert, dass RKI Mallorca als Risikogebiet ausweist obwohl uns die Liste noch gar nicht vorlag ○ Risikogebiete machen darüber hinaus und generell unfass-bar viel Arbeit, Unmengen Anfragen und Telefonat von Presse, Bürgerschaft, Fachpersonal ○ Verweis an BMG/BMI/AA reicht nicht immer bzw. löst das Problem nicht, die Anfragen kommen trotzdem und müssen beantwortet werden 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>Anpassung KoNa Management Papier (Link hier)</p> <p>! Das Papier soll angepasst werden, Udo Buchholz hat Vorschläge entwickelt</p> <p>! Anpassung veralteter Einschätzung „aufgrund aktuell rückläufiger Anzahl“ zu „moderater Anzahl der neuen,</p>	<p>FG36</p>

	<p>autochthonen...“ in der Vorbemerkung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anpassung infektiöse Phase symptomatischer Fälle: „ab 2. Tag vor Auftreten der ersten Symptome des Falles bis zum 10. Tag nach Symptombeginn. Schwer verlaufende Fälle und Einzelfälle können länger infektiös sein“ ! Trotz Publikation aus der Schweiz (die bis zu Tag 6 vor Symptombeginn Infektiosität suggeriert) werden die 2 Tage vor Symptombeginn festgehalten, andere Veröffentlichungen unterstützen dies nicht, von GA-Seite wird auch nicht suggeriert, dass es nicht passt ! Der Symptombeginn ist nicht einfach und nicht klar definiert, manche Symptome treten früher auf (z.B. Geschmacksverlust bei 1 Fall 4 Tage vor angegebenem Symptombeginn), mehrere Fälle haben in prodromaler Phase noch kein Fieber und Husten, eine gewisse Unsicherheit bleibt bestehen, jedoch kein Grund die vorhandene anzupassen ! KoNa KP Kat I: Ergänzung, dass Aerosol ggf. auch jenseits der 1,5m um Quellfall herum ist, z.B. wenn Quellfall sich länger im Raum aufgehalten hat, wurde etwas spezifiziert ! Zahnarztpraxen: Durchführung aerosolproduzierender Aktivitäten mit FFP2-Maske, was ist nach 1h wenn nächster Patient kommt? Dies würde unter Umständen hierrunter fallen, Lüften zwischendurch wäre sinnvoll ! Liegt in der Hand der Fachgesellschaft, diese hat ein Tool angekündigt, durch das Übertragungen in Zahnarztpraxen (von Patienten und Angestellten) gemeldet werden ! Neu: Ermutigung zum Pragmatismus in Gruppensettings um die Ermittlungsarbeit zu erleichtern, z.B. Kitagruppe, Schulklasse, ggf. keine individuelle Evaluierung des individuellen Status, sondern alle in häusliche Quarantäne schicken „Quarantäneanordnung für alle aus der Gruppe ohne individuellen Risikoermittlung sinnvoll“ ! Anpassung der Reihenfolge für symptomatisch KP Kat I: erst GA-Kontakt, dann Isolation, dann Diagnostik ! KP Kat II Ergänzung: wo kein Anhalt für Aerosolübertragung >2m vom Quellfall entfernt stattgefunden hat ! Doublemasking: wenn Patient und medizinisches Personal bei <1,5m Abstand ohne aerosolproduzierende Maßnahmen beide MNS getragen haben, welche KP Kategorie? GA interpretieren dies unterschiedlich, dies wird noch einmal besprochen zw. FG36, FG37 und FG14, Konsens wird ersucht und dann wird Papier erneut herumgeschickt und verabschiedet (Freitag oder nächste Woche) 	
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Falldefinition Reinfektion</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

11	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen	
12	Surveillance ! Nicht besprochen	
13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Nicht besprochen	
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Nicht besprochen	
15	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	
16	Andere Themen ! Teilnehmer für United Kingdom's Civil Service Languages Network panel event to highlight the different approaches taken by European countries to COVID-19: German approach by RKI ! nicht besprochen ! Nächste Sitzung: Freitag, 21.08.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	21.08.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Maria an der Heiden
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Stefan Kröger
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse

- Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Sarah McFarland
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anstieg der neuen Fälle seit Ende Juli/Anfang Aug., über EWRS haben viele Länder über importierte Fälle berichtet <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 230.048 (+1.427), davon 9.260 (4,0%) Todesfälle (+7), Inzidenz 277/100.000 Einw., ca. 205.800 Genesene, Reff=1,02, 7T Reff=1,12 ○ Fall-Verstorbenen-Anteil über die Zeit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fall-Verstorbenen-Anteil sinkt, v.a. da derzeit eher jüngere Personen infiziert sind und Todesfälle grds. hinterherhinken ○ Fälle und Todesfälle pro BL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meiste Fälle aus BY und HE ▪ BE und NW zeigten Rückgang der 7-Tagesinzidenzen ca. 5 Tage nach Ferienende, BY und BW haben noch Ferien, aber Zusammenhang noch nicht geklärt ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ SK Offenbach zeigt 7-Tages-Inzidenz >50/100.000 EW, v.a. Reiserückkehrer und Cluster nach Hochzeitsfeier ▪ Nordosten deutlich geringere 7-Tages-Inzidenzen als Süd-Westen ▪ Viele LK mit 7-Tages-Inzidenz über 25 ▪ 25 LK ohne Fälle in den letzten 7 Tagen ○ Landkreise mit den höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen <ul style="list-style-type: none"> ▪ SK München hat die meisten Fälle ▪ Kein Rückmeldung zu Kapazitätsengpässen der TOP15 LK mit den höchsten Fallzahlen, aber enormer Arbeitsaufwand ▪ 2 LK aus SH haben gemeldet, dass Kapazitätsengpässe bestehen ○ Aktuelle Ausbrüche im SK Offenbach, LK Groß-Gerau 	<p>alle</p>
--	---	-------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>und SK Frankfurt (Oder)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl Labortestungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ deutlicher Anstieg der Anzahl der Testungen, wahrscheinlich aufgrund der Testung der Reiserückkehrer, Positivenanteil weiterhin um 1, Datenerfassung sehr mühsam, mit enormen personellen Ressourcen verbunden ▪ Testkapazitäten für dieses Woche ca. 1,3 Mio Tests ▪ 64 Labore haben einen Rückstau von insgesamt 17.142 abzuarbeitenden Proben ▪ Fast ¼ der Labore (41) nannten Lieferschwierigkeiten für Reagenzien ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland (DESTATIS): <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 Wochen Latenz, keine Übersterblichkeit, etwas unter Durchschnitt der Vorjahre ○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Man sieht bei den Fällen der Reiserückkehrer wahrscheinlich nur die Oberfläche. Es könnte sein, dass die Folgeinfektionen von infizierten Reisenden, die nicht in Quarantäne waren bzw. nicht getestet wurden erst in 1-2 Wochen sichtbar werden. ▪ Die Prävalenz der Reisendenpopulation liegt bei ca. 1%, Prävalenz in Allgemeinbevölkerung niedriger ▪ Ca. 50% der gemeldeten Fälle im Meldesystem haben Symptome ▪ Wichtig wäre Kommunikation, dass bei Einreisen aus Ausland ohne Testung bzw. mit negativer Testung, trotzdem AHA-Regeln eingehalten werden müssen und man insbesondere nicht an Feiern teilnehmen sollte. ▪ Risiko durch Testung um 1/7 reduziert, negativ Getestete wiegen sich oft in falscher Sicherheit, ggf. im Lagebericht unterbringen ▪ Die BZgA hat ihre Informationsblätter in 14 Sprachen übersetzt und ist bei der finalen Abstimmung der bildhaften Darstellung. Der Hinweis, 	
--	--	--

	<p>dass auch die, die ein neg. Testergebnis haben, auf Symptome achten sollen, ist enthalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Botschaft, dass man sich auch mit milden Symptomen testen lassen sollte, haben viele, v.a. Jüngere noch nicht verinnerlicht. Abgeschlagenheit und Halsschmerzen werden nicht unbedingt mit COVID assoziiert. 	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ZIG sehr beschäftigt mit Auswahl der Risikogebiete ! Corona Global Projektantrag: <ul style="list-style-type: none"> ○ Erste Sondierung zu Projektantrag durch BMG angefordert ○ Umfasst zunächst ein breites Spektrum im Haus. Es gab eine gute Besprechung wie das zusammengeführt werden kann. ○ Treffen dazu nächste Woche ! Viel Austausch mit anderen Ländern ! Mission nach Usbekistan <ul style="list-style-type: none"> ○ Mit WHO Teilnahme ○ ZIG macht Intra Action Review und unterstützt im weiteren Verlauf, aktive Beteiligung anderer Abt. und FGs ! Anfrage des Kosovo nach RKI-Mission <ul style="list-style-type: none"> ○ Durch die Veröffentlichung der Zahlen zu Expositionsorten ist auch im Kanzleramt verstärkt Wunsch nach Unterstützung des Kosovo vorhanden ○ FG32 (u.a. Fr Halm) hat Kontakte in den Kosovo, enge Zusammenarbeit mit ZIG ○ Mission mit Intra Action Review geplant für Anfang September ! Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nachfrage, ob nochmal nachgefragt werden könnte, ob die Ausweisung der Risikogebiete nicht auf die Internetseiten des BMG, des AA bzw. der Bundesregierung überführt werden könnten, da dort auch die inhaltliche Verantwortung liegt. Es wurde jedoch ursprünglich von der Politik sehr bewusst die Veröffentlichung auf RKI-Seiten gewählt. <p><i>ToDo: Fr. Hanefeld wird nochmals nachfragen, ob die Risikogebiete auf Seiten der Ministerien bzw. der Bundesregierung ausgewiesen werden</i></p>	<p>ZIGL</p> <p>alle</p>

	<i>können.</i>	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
4	Aktuelle Risikobewertung ! Nicht besprochen	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! s.o. zu Informationen zu Reiserückkehrern ! Ergänzender Text für Quarantäneinformation eingefügt zu Umgang mit positiv getesteten Kindern ! Die Bürgeranfragen zeigen eine starke Polarisierung, von Angst/Panik zu sehr großer Lässigkeit bzw. Infragestellung <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Alle Bürgeranfragen, die ankommen können an Info@rki.de weitergeleitet werden. ! Bitte, dass bei Problemen mit Dashboard (bzw. auch bei langsamem Aufbau der Fallzahlen), dass ganz früh ein Disclaimer geschaltet wird bis die endgültige Fallzahl angezeigt wird, da sonst viele Nachfragen eingehen. <ul style="list-style-type: none"> ○ Bisher Prozess immer um 5 Uhr, da fällt das i.d.R. nicht auf. ○ Inzwischen ist ESRI mit 100 Personentagen beauftragt, nächste Woche Treffen dort, da ESRI offiziell Auftragnehmer ist, kann das RKI besser darauf hinwirken, dass bst. Sachen umgesetzt werden. ! Wenn möglich, sollten Dokumente nicht abends, sondern früh am Tag veröffentlicht werden, damit bei großem Presseecho das ggf. schnell eingefangen werden kann und nicht erst am nächsten Morgen. ! Die Veröffentlichung „Infektionsumfeld von erfassten COVID-19-Ausbrüchen in Deutschland“ ist seit heute online verfügbar. 	<p>BZgA</p> <p>Presse, FG32</p>
6	Neues aus dem BMG ! Nicht besprochen	

<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorschlag zur Veränderung der Krisenstabssitzung für größere Effektivität: <ul style="list-style-type: none"> 1. Lagedarstellung und Ergänzungen zur syndromischen Surveillance noch weiter straffen 2. Vorträge sollen maximal 5-6 Folien umfassen 3. Strategische Fragen sollten identifiziert werden und in jeder Sitzung zumindest eine diskutiert werden ! Der Informationsteil sollte wenn möglich 60 min dauern und dann wenn notwendig 60 min für Diskussionen. ! Strategische Fragen können nicht vom LZ identifiziert werden, sollten aus der Krisenstabsgruppe eingebracht werden. ! Die Themen sollten zunächst vordiskutiert werden und dann im Krisenstab der Input des gesamten RKI eingeholt werden. ! Es gibt bst. Themen, die die Presse sehr beschäftigen, bzw. die von der Öffentlich und Politik kritisch aufgenommen werden, es wäre gut solche Themen vorab schon im Krisenstab zu diskutieren. ! Wichtig wäre die Klärung der langfristigen Strategie (Rolle des Impfstoffs, der unkomplizierten Erkrankungen). ! Im Strategiepapier sind mehrere Strategiefragen, die diskutiert werden könnten. Es sollte eigentlich in dieser Woche ans BMG geschickt werden, aber Hr. Schaade klärt mit Hr. Wieler, ob das Papier breiter abgestimmt werden kann und die Fragen am Montag, 24.08. zunächst im Krisenstab besprochen werden können. <p><i>ToDo: Strategiefragen aus Strategiepapier sollen am Montag im Krisenstab besprochen werden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frequenz des Krisenstabs soll nicht reduziert werden, aber es sollte straffer organisiert werden. 	<p>Hr. Schaade, alle</p>
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kontaktpersonenpapier <ul style="list-style-type: none"> ○ Input von FG37 wird noch aufgenommen ! Vulnerable Gruppen 	<p>FG36</p> <p>FG32</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ebenfalls noch in der Pipeline, soll, an AGI und BMG parallel versendet werden. 	
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</p> <p>! Arbeitsschutzstandards der stationären Altenpflege der BGW Arbeitsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt ein Dokument der BGW, das schon veröffentlicht ist, zu PSA in Alten- und Pflegeeinrichtungen, dabei speziell zum Atemschutz ○ Es gibt eine Diskrepanz zw. den Empfehlungen (auch zur BAUA/BMAS-Empfehlung) – dies macht es für Anwender kompliziert. In BGW-Empfehlung wird empfohlen, dass wenn Bewohner MNS nicht tolerieren von den Pflegekräften FFP2-Masken getragen werden sollen. ○ Das BMG hat für nächsten Fr. (28.08.), zu einem Termin mit dem BAMA, dem BFARM, den Berufsgenossenschaften (BGN) und dem RKI geladen (13:30-15 Uhr per Webex). ○ FG37 und FG14 werden teilnehmen, es ist möglich, dass Empfehlungen geändert werden müssen aufgrund des Arbeitsschutzes ○ Es handelt sich um ein sehr sensibles Thema, daher ist eine Abstimmung sehr wichtig. ○ Es gibt einen Kontakt zu den BGN (Hr. Vogt). Er hat sich für den ÖGD als Ansprechpartner zur Verfügung gestellt und hat auch Liste mit weiteren Ansprechpartnern der versch. BGN geteilt. <p><i>ToDo: Fr. Rexroth sendet die Liste der BGN-Ansprechpartner an den Krisenstabsverteiler.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Kontakt zu BMAS geht im Haus über Fr. Julia Sasse. Sie ist aber bis Sept. nicht erreichbar. IBBS kann gerne an dem Termin teilnehmen. ○ BGN haben einen anderen Fokus/Blickwinkel, den Schutz der Mitarbeiter, müssen als Versicherer auch Folgekosten im Blick haben. ○ Ergebnisse des Termins werden im Krisenstab vorgestellt und diskutiert. 	FG37
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! ZBS1:</p>	ZBS1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1.071 Proben untersucht, nur 29 pos. für SARS-CoV-2, niedrigste Positivenrate seit Beginn, viele Proben aus Heimen und von Schulklassen ○ Personal zur Unterstützung eingestellt ○ Derzeit Vorbereitung auf Studien <p>! FG17, virolog. Surveillance:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 155 Einsendungen, 84 pos. für Rhinovirus, alle anderen getesteten Erreger negativ <p>! AG Diagnostik im BMG:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ FF der AG Diagnostik inzwischen im BMG, Moderation von Fr. Korr ○ BMG kann besser auf PEI, BFARM und Industrie einwirken als RKI ○ Unterarbeitsgruppen mit speziellen Themen, insbes. AG-Teste neben PCR-Testen als Erweiterung für bst. Testindikationen (um PCR-Testkapazitäten nicht weiter zu belasten) und Fragen der Testvalidität von AK-Testen ○ Einbindung der Studien ist auf Wunsch von Hr. Mielke erfolgt, Hr. Haas wird ebenfalls teilnehmen zu Tests und Probennahme bei Kindern ○ Interne AG Diagnostik existiert weiter <p>! Attenuierende Mutationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hr. Dürrwald hat letzte Woche vorgetragen, dass es Mutationen mit besserer Transmissibilität gibt, die jedoch keine Attenuierung zeigen, Studie von Joung et al. zeigt ggf. doch Attenuierung ○ Studie wird am Di im Rahmen der internen AG Diagnostik diskutiert und im Rahmen des Krisenstabs vorgestellt <p><i>ToDo: Studie zur möglichen Attenuierung wird in der AG Diagnostik diskutiert und im Krisenstab vorgestellt.</i></p>	<p>FG17</p> <p>AL1, FG36</p>
<p>11</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>12</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>13</p>	<p>Surveillance</p>	<p>FG 32</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! SurvNet-Update:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ende Aug. gibt es das neue SurvNet-Update ○ Rollout der neuen SurvNet-Version wird sich über Wochen hinziehen, bis auch die anderen Software-Anbieter alles angepasst haben ○ Während dieser Zeit wird es eine Mischerfassung geben, es wurde versucht, soweit möglich zwischen der alten und neuen Erfassungslogik konstant zu bleiben <p>! DEMIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die meisten Softwarehersteller können DEMIS umsetzen ○ Von den meisten GÄ wurden Ansprechpartner benannt und 211 GÄ sind empfangsbereit im Rahmen von DEMIS ○ Die Seuchenreferenten der Länder der GÄ, sich noch gar nicht gemeldet haben, wurden angeschrieben, um möglichst bald eine 80% Abdeckung zu erreichen ○ >200 Labore wurden angeschrieben, hier ebenfalls viele Ansprechpartner benannt ○ Testumgebung seit dieser Woche, derzeit fließen aber noch wenige Daten, Labore sind zurückhaltend und versenden die Meldungen nicht. ○ Insgesamt relativ positive Rückmeldung zu DEMIS, außer bei kleinen Laboren (z.B. Uni-Labore) für die das einen enormen Aufwand bedeutet. Spätestens im Herbst soll es eine Verordnung vom BMG zur Verpflichtung der Labore geben. ○ Die Labore müssen auch die Schnittstellen zur CWA-App umsetzen, Priorisierung (DEMIS vs. CWA-App) unbekannt ○ Reiserückkehrer können prinzipiell über die CWA-App ihr Ergebnis erhalten, die Labore müssen aber eingebunden sein. Die Telekom kontaktiert die Labore und versucht sie einzubinden. Es gibt zusätzlich noch die App „Mein Laborergebnis“ (z.B. von EUROFINS genutzt), was aber ein reines Mitteilungssystem für Laborergebnisse ist. Von RKI-Seite ist die CWA-Nutzung zur Übermittlung der Ergebnisse erwünscht. <p><i>ToDo: Hr. Schmich soll die Informationen zur Übermittlung der</i></p>	
--	--	--

	<i>Testergebnisse mittels CWA in einer der nächsten Krisenstabssitzungen vorstellen.</i>	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Aussteigekarten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Derzeit werden die Aussteigekarten in Papierformat per Post versendet. Es kommt zu Kapazitätsengpässen in GÄ. Die beiden GÄ aus SH haben sich bei den Anzeigen im Rahmen des Kapazitätenmonitorings auf die Problematik bei den Aussteigekarten bezogen. Insgesamt sind die GÄ sehr unzufrieden. ○ BMG, BMVI und RKI arbeiten an einer digitalen Lsg., Scan-Straße für den Übergang. ○ Wie gehen wir damit um, wenn ein Amtshilfeersuchen zur Verteilung der Aussteigekarten eingeht? Da wir auch fachlich nähere Amthilfesuchen aus Kapazitätsgründen derzeit auch nicht bedienen können, müssen wir solch ein Amtshilfeersuchen mit diesem Sachgrund ablehnen. ○ In IfSG §36 Abs. 8, steht das die Bundespolizei helfen kann/soll. Aber Bundespolizei lehnt ab bei der Kontrolle zu helfen. ○ Aber die Bundeswehr hilft bundesweit sehr stark (FRA, Schönefeld), ggf. darauf verweisen <p>! Treffen der Chief Medical Officers im Rahmen der EU-Ratspräsidentschaft Deutschlands:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ende September zum Thema Contact tracing. Das 2,5-stündige Treffen soll nur zugespitzt sein auf den Transportsektor. Hr. Holtherm und Hr. Wieler begrüßen, JA Healthy Gateways trägt Ergebnisse vor, FG32 hat im RKI FF (Fr. Schöll und Fr. an der Heiden). ○ ZIG soll dem BMG per Erlass neue Indikatoren für die Risikogebiete bis zum 31.08. nennen. Nachfrage, ob man Überlegungen wie man das internationale Reisen aus dem Infektionsschutz-Blickwinkel sicherer gestalten könnte, ggf. auch mit in das Treffen aufnehmen könnte. Fr. an der Heiden und Fr. Hanefeld tauschen sich bilateral aus. <p>! Veröffentlichung aus Frankfurt zu Übertragungen im Flugzeug: mehrere Fälle, bekanntes Cluster, aus Tel Aviv nach Frankfurt.</p>	FG 32; ZIG
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Der geplante Inter Action Review liegt immer noch beim Datenschutz. Da keine Freitext-Kommentare bei einem anonymen Fragebogen erlaubt sind, soll der Fragebogen nun</p>	FG 32

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>doch personalisiert werden, wird aber nicht personalisiert ausgewertet.</p> <p>! Weiterhin an einigen Positionen große Probleme, v.a. der Lagebericht. Letzte Woche gab es eine Einführung, davon ein Teil auch bereit erklärt zu unterstützen, aber eher in anderen Positionen als dem Lagebericht. Die Position Lagebericht ist eine anspruchsvolle Position, die viele versch. Aspekte beinhaltet (Ausbruchsscreening, Krisenstabsfolien, BMG-Morgenbericht etc.).</p> <p>! Es soll nächste Woche nochmal berichtet werden, ob genügend Unterstützung gefunden wurde.</p>	
<p>16</p>	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>17</p>	<p>Andere Themen</p> <p>! Bewertung PrePrint Modellierungsstudie Transmissionswahrscheinlichkeit von Goyal et al.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hr. Wieler hatte Bewertung durch Hr. an der Heiden angefordert. ○ Es geht um Superspreading – große Dispersion, wird erklärt durch Viruslast und Kontakt, Schwankungen durch aerosolische Übertragung ○ Insgesamt keine wichtigen neuen Erkenntnisse. <p>! Teilnehmer für United Kingdom's Civil Service Languages Network panel to highlight the different approaches taken by European countries to COVID-19: German approach by RKI?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soll nochmal geprüft, aber wenn möglich abgesagt werden <p><i>ToDo: LZ/Fr. Rexroth prüft, ob die Teilnahme abgesagt werden kann.</i></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 24.08.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	<p>FG 34</p> <p>FG 36</p>

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	26.08.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Martin Mielke (Abt. 1), Maria an der Heiden (FG 32)

Teilnehmende:

- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Ulrike Grote
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! P1
 - Christina Leuker
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! ZIG (INIG)
 - Eugenia Romo Ventura
- ! MF3
 - Nancy Erickson (Protokoll)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Top 10: Indien, USA, Brasilien, Kolumbien, Peru, Argentinien, Spanien, Mexiko, Russische Föderation, Philippinen ! Bislang 33 Länder mit einer 7-Tages-Inzidenz > 50 / 100.000 Ew.; Paraguay und Montenegro im Vgl. zur Vorwoche nicht mehr aufgeführt; Brit. Jungferninseln, Libanon, Gibraltar, Färöer Inseln, Kosovo* und Luxemburg neu hinzugekommen ! Derzeit über 40 europäische Subregionen mit einer 7- Tages-Inzidenz >50 pro 100.000 Ew. (WHO EURO) <p><i>To dos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! <i>Der Kosovo* ist auf Europ. Folie Serbien zugeordnet, Dtl. erkennt Kosovo jedoch als Republik an ! ungünstige Darstellung, es sollte die offizielle Lesart der Bundesregierung verwendet werden, Bitte an ZIG um Diskussion zu Anpassung</i> ! <i>aktuelle Situation in Schweden soll in einer der nächsten Sitzungen beleuchtet werden, da Sonderstellung in europ. Raum</i> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anstieg im Vergleich zum Vortrag um 1.576 bestätigte Fälle und 3 Verstorbene ! 7-Tage-Inzidenz von 10,2 ! Aktuell ITS: 223; beatmete Patienten: 133; ! R und 7-Tage-R weiterhin unter 1 ! 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer steigt weiterhin an, <ul style="list-style-type: none"> ○ v.a. Hessen betroffen: laut Epilag bzw. zust. Landesbehörde v.a. aufgrund des Anstiegs der Testung Einreisender, zusätzliche Ausbrüche bspw. bei Hochzeiten wirken sich weniger stark auf Gesamtzahl aus <p><i>To do: v.a. Einreisende und familiäres Umfeld betroffen, Formulierung nicht ganz eindeutig, ggf. Rückfrage und Anpassung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bayern: derzeit etwas abgeflacht 	<p>ZIG</p> <p>FG32</p>



VS-NURFÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ BaWü: erneuter Anstieg ○ ! aufgrund der Wellenform schwer zu interpretieren, weiter beobachten, keine Entwarnung, Trend ansteigender Fallzahlen, siehe auch Vergleich Meldewochen 33 und 34 (s.u.) <p>! Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Landkreise): 19 keine Fälle in letzten 7 Tagen übermittelt, 17 über 25, einer (Offenbach) über 50</p> <p>! Vergleich Meldewochen 33 und 34: Fallzahl und Inzidenz nach Bundesland: starker Anstieg der Gesamtinzidenz von 9,5 (KW 33) auf 11,1 (KW 34), darunter: starker Anstieg in BW (+105%), Bayern (+59 %) und Hessen (+ 43 %) bzw. Bremen (+46 %); demgegenüber starke Abnahme in SH (-44 %), Thüringen (-25 %), NRW (-22 %)</p> <p><i>To do: bei den Anstiegen sollte verfolgt werden, ob es sich um linearen oder exponentiellen Anstieg handelt</i></p> <p><i>To do: Meldedatenauswertung: Anfrage an Matthias an der Heiden, ob Sonderauswertung für Freitag oder Montag möglich sei</i></p> <p>! Wochenvergleich KW 10 - 34: COVID-19-Fälle nach Geschlecht, Alter, Hospitalisierung, Verstorbene :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ KW 33/ 34: Fälle mit dem geringsten Altersmittelwert (32 Jahre), Vergleich KW 15: 52 Jahre ○ KW 34: derzeit weiterhin mehr Männer (55 %) als Frauen (45 %) betroffen ○ Anteil Hospitalisierter / Verstorbener mit Vorsicht zu betrachten, da erst im Verlauf Erkrankungsschwere evident; Anteil Hospitalisierter derzeit 5 %; Anteil Verstorbener derzeit 0,1 %; (Vergleich Höchstwert KW 15/16 mit 6,8 bis 7 % Verstorbener (und höchstem Altersmittelwert); ○ Geschlecht- und Altersverteilung der Verstorbenen werden weiter analysiert <p><i>To do: Bitte um graphische Darstellung für kommende Sitzungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anm.: Zählung von an Covid-19 Verstorbenen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ es werden alle diejenigen Verstobenen gezählt, die zu einem gegebenen Zeitpunkt als Covid-19-positiv gemeldet worden sind 	
--	--	--

- es existiert keine Frist für einen zeitlichen Zusammenhang
- Zählweise Gegenstand der Diskussion, Kritik „künstlich erhöhter Todesfallzahl“
- Vorgehen jedoch binnen der letzten Monate konsistent und weiterhin vernünftig
- Wissenschaftlich kein klarer cutoff möglich, vor allem auch hinsichtlich Vorerkrankung
- Konsens kürzlicher Pathologenkonferenz: aufgrund des vielfältigen Organotropismus v.a. bei schweren Fällen ist Covid-19 in mutmaßlich 75 % der Fälle direkt ursächlich für das Versterben
- insgesamt ist Untererfassung sehr wahrscheinlich (bspw. lost follow-ups)

To do: Erhebung der Zeitdauer zwischen Laborbestätigung und Tod.

Syndromische Surveillance (Folien [hier](#))

- ! Grippeweb ARE-Raten bis 34 KW: Anstieg insges. v.a. bei Kindern
- ! Praxis- und Konsultationsinzidenz derzeit erneut angestiegen (v.a. bei 0- bis 4- und 5- bis 14-Jährigen, war während der Ferien gefallen)
- ! Berlin/BB & NRW (nach Ferienende) vs. Bayern & BaWü (aktuell noch Ferienzeit) im Vergleich (senkrechte Linien: Ferienende):
 - Berlin/BB: Kurve der 0- bis 14-Jährigen steigt steil an, 4- bis 14-Jährige erreichen sogar Niveau der 0- bis 4-Jährigen (ungewöhnlich); NRW ähnlich, Trend der letzten Woche verstärkt sich
 - Bayern & BaWü: vergleichsweise niedrige, saison-typische ARE-Raten
- ! Darstellung von Covid-Meldeinzidenz (li Achse, gestrichelte Linie) vs. ARE-Konsultationsinzidenz (re Achse, Faktor 100, durchgezogene Linie) für Berlin/BB: Vergleich KW 33 und 34 5- bis 14-Jährige: steiler Anstieg der ARE-Konsultationsinzidenz von etwas über 1.000 auf 3.000 pro 100.000 Ew.; zeitgleich Covid-Meldeinzidenz von ca. 20 auf 10 pro 1000.000 Ew. gesunken (im Vergleich: starker Anstieg der Covid-Meldeinzidenz in den Vorwochen – KW 30 bis 33 – von von ca. 3 auf 20 pro 1000.000 Ew.)



VS-NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<p>! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 33. KW: Covid-19-Anteil an SARI zurückgegangen</p> <p>! Anm: ARE-Anstieg in Schulen mglw. durch Rhino- oder andere, typische Erkältungsviren bedingt, so starker Anstieg nach Ferienende im Vergleich zu Vorjahren jedoch recht untypisch, vor allem in Berlin auffällig (und Mecklenburg-Vorpommern, hier jedoch weniger Sentinelpraxen vorhanden), ggf. jedoch auch awareness-Effekt mitursächlich</p> <p>! <i>To do: weitere Analyse hinsichtlich Auswirkung von Feriende, v.a. auch hinsichtlich Bayern und BaWü</i></p> <p>Laborbasierte Surveillance (Folien hier)</p> <p>Anzahl</p> <p>! Labore: 70</p> <p>! Krankenhäuser: 959</p> <p>! Arztpraxen: 20.476</p> <p>! Testungen mit Ergebnis: 4.490.888</p> <p>! Testungen pro 100.000 Ew stratifiziert nach Altersgruppe und Kalenderwoche: Altersgruppe der > 80-Jährigen: konstant >> 400 Tests pro 100.000 Ew. seit April (Altersgruppe mit höchster Testungszahl); Altersgruppe der 15- bis 34- und 35- bis 59-Jährigen: starke Zunahme der Testungen seit KW 30 von ca. 250 auf um die 400 Tests pro 100.000 Ew.; alle Altersgruppen derzeit > 200 Tests pro 100.000 Ew</p> <p>! Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Tag: derzeit starker Anstieg der Testung insgesamt zu verzeichnen (Erreichen der Testkapazität ggf. möglich), am Wochenende nach wie vor wesentlich geringerer Testumfang, Positivanteil weiterhin gering</p> <p>! Anteil Personen mit positiver SARS-CoV-2-Testung nach Altersgruppe: recht einheitliche, geringe Positivrate, geringster Anteil positiv Getesteter in der Altersgruppe > 80-Jähriger mit ca. 0,34 %</p> <p>! Testverzug: KW 33 zeigt geringfügig steigende Tendenz, ein Erreichen der Testkapazität schlägt sich hier jedoch noch nicht nieder</p> <p>! Anm: Stratifizierung der Positivrate nach Altersgruppe:</p>	
---	--

	<p>intensiv von Presse angefragt, welche Altersgruppe besonders hervorsticht; große Anzahl an 80-Jährigen bei vergleichsweise sehr geringer Positivrate von 0,2 % sind hinweislich auf die Validität der Methodik</p> <p><i>To do: Testkapazität wird erst im Laufe des Mittwochs gemeldet, wird am Freitag präsentiert</i></p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Derzeit kein Anpassungsbedarf.</p>	alle
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Darstellung der Risikosituationen (geschlossene Räume, Gruppenbildung, Gespräche):</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Erarbeitung einer bildlichen und ggf. textlich mehrsprachigen Konzepts, um vor allem junge Menschen zu erreichen > Poster für bildliche Darstellung der drei Risikosituationen ! Virtuelles Paket in Analogie zu Pandemiebeginn geplant, damit alle links und Downloads den Schulen zur Verfügung stehen. ! Maskenpflicht strittiges Thema: AGI-Abfrage vom 25.08.2020: nur in NRW derzeit dezidierte Maskenpflicht auch im Unterricht, in anderen BL nur auf Verkehrsflächen mit Clusterbildungsmöglichkeit, zudem strittig ob Lehrende einen MNS tragen müssen (Alternative: Visier). Starke Heterogenität bedingt hohe Anfragezahl; Sachstand wird recherchiert und mit Berufsverbands-Fachgesellschaften beraten. <p><i>To do: aufgrund Nachfrage und aktueller, öffentlicher Debatte Literaturrecherche hinsichtlich Studien, die sich mit der Auswirkung vom Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (MNS) beschäftigen</i></p> <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Für kommenden Sonntag geplante Corona-Demonstration wurde vom Senat verboten. 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



VS-NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

6	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	BMG-Liaison
7	<p>Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Covid-19-Testgeschehen und Quarantäneregime (Folien hier)</p> <p>Beschluss besitzt Diskussionsbedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Testung von Einreisenden soll zum 15.09./01.10. gestoppt werden, unabhängig ob aus Risikogebiet oder nicht ! Quarantäneregime - zwei Eckpfeiler: Testung nach 5 Tagen vs. 7 Tagen; Quarantäne 10 Tage vs. 14 Tage, laut Beschluss jedoch lediglich 5 Tage. ! Verkürzung der Quarantäne/ politische Entscheidung kollidiert mit outcome internationaler Studien/ fachlicher Einschätzung (Inkubationszeit max. 14 Tage, zu spätestem Zeitpunkt können noch Erkrankungen in ca. 1 – 10 % der Fälle auftreten) ! Quarantäne (nach Kontakt mit potentiell infizierter Person) und Isolation (bei Erkrankung) werden begrifflich nicht sauber getrennt ! Diskussion wird fortgesetzt <p>RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Verweis auf Papier von Frau Hahnefeld als Basis für weitere Diskussion 	
8	<p>Dokumente</p> <p>RKI-Zwischenbericht-COVID-19 (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kurzzvorstellung Zwischenbericht: zwei Teile: 1. Lageentwicklung international und national, 2. Spezielle Themen (u.a. Kommunikation, Labordiagnostik, Infektionsschutzmaßnahmen) ! Besprechung des Zwischenberichtes wird auf Freitag, den 28.08. vertagt, da aufgrund der Relevanz des Schriftstückes Anwesenheit von VPraes erforderlich <p><i>To do: Bitte um finale Durchsicht bis Freitag (letzte Möglichkeit für Änderungen), v.a. hinsichtlich des Inhaltsverzeichnisses und der "Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften" (S. 41), welches thematisch recht kurz behandelt ist mit der Bitte, Änderungen direkt im Dokument vorzunehmen</i></p> <p>Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! „noch moderaten“ (S. 1) streichen, sonst ständige Notwendigkeit der Aktualisierung ! „Vorwärts- und Rückwärts-Ermittlung“ (S. 2): BMG hatte angefragt, ob Rückwärts-Ermittlung bereits umgesetzt werde 	FG32 (Grote) FG36/FG37

- dies ist schon seit geraumer Zeit der Fall
 - Ggf. ist hier ein Hinweis zur Priorisierung nötig im Falle des Erreichens des Kapazitätslimits: Rückwärts-Ermittlung sollte nicht der Vorwärts-Ermittlung ggü. priorisiert oder von ihr getrennt werden
 - Eine Priorisierung sollte vielmehr anhand der aktuellen Risikosituation vorgenommen werden (bspw. bei Anhaltspunkt für Ausbruch in größerem Setting, ggf. Hinweis auf Sachverstand vor Ort /die sachkundige Einschätzung und Priorisierung durch lokale Behörden)

To do: Vorwärts- und Rückwärts-Ermittlung gleichermaßen von Bedeutung ! Bitte um Austausch zwischen FG 14 und FG 36 (Diskussion war aufgrund technischer Störung nicht abzuschließen)

- ! Umgang mit Kontaktpersonen eines bestätigten Covid-19-Falles (S. 2): Einigung Definition symptomatische Fälle mit bekanntem Symptombeginn auf „bis mindestens 10 Tage nach Symptombeginn“
- ! Aerosole (S. 3): Definition auf 1,5 m (statt 2 m) Abstand von Quellfall vereinheitlicht (siehe auch S. 7)
- ! Anpassung Management im Flugzeug (S.3):
 - Defintionsfestlegung auf „Armlehnenkontakt bzw. direktem Sitznachbar“ (= Kat. I) **versus sich vorne und hinten anschließende Sitzreihen (=Kat. II)**: Studie aus Frankfurt, die Transmission innerhalb von zwei oder mehr Sitzreihen anführt, definiert nicht den Zeitpunkt der stattgefundenen Übertragung
 - alte Nomenklatur „direkter Sitznachbar“ soll beibehalten werden
- ! Beispiel „Schule“ (S. 4): Definitionen der Kategorien und Maßnahmen werden dadurch vermischt, auf Beispiel verzichten, zumal Schule/Schulklasse schwer differenzierbar (Punkt unter Management)
- ! Einschub: Aerosolübertragung soll ausgeschlossen werden (S. 5); Aktivität und Dauer entscheidende Faktoren; Unterschiede in Schutzmaßnahme vor Übertragung über kurze oder weite Distanz
- ! Zu Kat. III-Kontaktpersonen (S. 6): Anregung für zukünftige Diskussionen, ob Kat. III ggf. gestrichen werden sollte
 Pro: Einteilung in drei Kategorien oftmals irritierend, starke, teils dysproportionale Ressourcenbindung (bspw. zwecks Protokollführung)
 Contra: Maßnahmen Kat. II vs. Kat. III sind grundlegend unterschiedlich: Mund-Nasen-Schutz (MNS) der Allgemeinbevölkerung vs. Arbeitsschutz (Frage der Relevanz, Wertigkeit, aber auch der Praktikabilität)

*To do: Synopse essentiell für Verständlichkeit ! ggf. Verbesserung der graphischen bzw. layouttechnischen Übersichtlichkeit (farbige Gestaltung), Infografik hierzu sollte ebenfalls angepasst werden
 Anm.: Tabellenformate sind in html nicht gut umsetzbar, Formatierung ggf. als pdf-Dokument*



VS-NURFÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Quellfall: Begrifflichkeit kontrovers diskutiert, weitere Formulierungsvorschläge sind willkommen, Begriff „Quellfall“ spiegelt derzeit jedoch inhaltlich am prägnantesten und deutlichsten dessen fachliche Definition wieder, bspw. auch hinsichtl. Unterschied Quellfall (Infektionsquelle) und Indexfall (erster Erkrankungsfall)</p> <p><i>To do: Papier gilt somit als besprochen, muss nun in Reinform gebracht werden; cave: „Absonderung“ sollte in „Quarantäne“ oder „Isolation“ je nach Kontext abgeändert werden – „Absonderung“ = Begrifflichkeit nach IfSG (juristischer Begriff), „Quarantäne“ und „Isolation“ fachliche Begriffe > Beibehalten einer begrifflichen Ebene nötig</i></p> <p><i>To do: Infografikanpassung sollte nach Anpassung des Papiers am Freitag möglichst zeitnah vorgenommen werden</i> Anm.: Anpassung der Infografik und des Papiers gehen i.d.R. Hand-in-Hand, die Ausarbeitung sollte im Dialog erfolgen</p> <p>Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal (Dokument hier)</p> <p>! Nicht weiter besprochen</p> <p><i>To do: sämtliche Dokumente sollten bis Freitag nochmal durch den Krisenstab zirkuliert werden (Teile ggf. als Fußnoten im „Mutterdokument“ (s.o.) auslagern)</i></p> <p>Besprechung der Dokumente am Freitag, den 28.08.</p>	
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG37
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Aktuelle Lage unverändert: übersichtlicher Probeneingang, ggf. geringfügig mehr Aufkommen, nachweislich ausschließlich Rhinoviren detektiert, 50 % der eingesandten Proben positiv</p> <p>! Nachweis endemischer Coronaviren kann aufgrund geltender Rechtsvorschriften nicht tagesaktuell durchgeführt werden, Schadensfrist muss abgewartet werden, dazu derzeit Anfrage bei Datenschutz und Rechtsabteilung</p> <p>To do: Antigentest und Laborstandards sollen noch...???</p> <p>! Zu „falsch positiven Ergebnissen“: eine Erörterung wurde kürzlich an den Spiegel geschickt, Auszüge werden für die FAQs verwendet werden können</p> <p>Anm.: das Einbringen neuer Zahlen gibt Anlass zu neuerlichen Nachfragen oder Missverständnissen, es muss sprachlich präzise formuliert werden, aus Erfahrung werden stratifizierte Positivraten von der Bevölkerung am besten nachvollzogen werden können</p>	FG17/ZBS1

	<i>To do: Ergänzung des FAQs unter Berücksichtigung o.g. Aspekte</i>	
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Nicht besprochen	FG36/IBBS
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Arbeit der WHO IPC Gruppe zu MNS und Atemschutz sowie zu Übertragungswegen im Gesundheitswesen (Folien hier)</p> <p><u>Veröffentlichung des WHO Expertengremiums bezüglich möglicher Übertragungswege im Gesundheitswesen und Schutz des medizinischen Personals</u> (Kommentar, kein systematic review)</p> <p>! Vorherrschende Übertragungswege im Gesundheitswesen: Respiratorische Tröpfchen und/oder Kontaktroute</p> <p>! Secondary attack rate (3-10 %; aus Übertragungen in Haushalten ermittelt) und R0 von SARS-CoV (2,0-2,5) sind nicht konsistent mit einer obligat aerogenen Übertragung</p> <p>! „opportunistic“ airborne Übertragung bei aerosol-generierenden medizinischen Maßnahmen („AGMPs“) bei > 1 m Entfernung möglich</p> <p>Erforderliche Maßnahmen für den Schutz des medizinischen Personals:</p> <p>! Einsatz von PSA oder Abstand von > 2m</p> <p>! Laut WHO sind MNS („medical masks“) oder Atemschutz („respirators“; N95) grundsätzlich geeignet für die Versorgung von an COVID-19-erkrankten Personen</p> <p>! In DE wird der Einsatz von Schutzmasken von BAuA/Arbeitsschutz geregelt (bei Versorgung von COVID-19-infizierten: FFP oder mehr).</p> <p>! Wichtige Faktoren beim Einsatz von MNS und Atemschutz sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Risiko der Selbstkontamination beim Tragen und insbesondere beim An- und Ablegen („Donning/Doffing“) ○ Personal braucht einfache Protokolle ○ Personal muss geschult werden ○ Dichtsitz bei Atemschutz etc. <p>! Anm.: der MNS sollte bei Klinikpersonal aber zwingend dicht anliegen und nicht angefasst/verschoben werden (unterschied zur Verwendung als Alltagsmaske in der breiten Bevölkerung, cave: Infektionsschutz vs. Arbeitsschutz)</p> <p>Freitag: Telefonkonferenz mit BMG zur Versorgung von Covid-19-Patienten und Personalschutz:</p> <p>To do: das betreffende Papier dazu sollte bis dato noch detaillierter begutachtet werden</p>	FG14 (Melanie Brunke)
13	Surveillance ! Einsatz mobiler Containment Scouts: ! 3 am RKI, 17 in Gesundheitsämtern ! 50 % mobil einsetzbar, 50 % vor Ort ! Antrag für „Folge-Containment“: zukünftig sollen 10	FG32



VS-NURFÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Containment Scouts am RKI stationiert werden</p> <p>! sehr kurzfristige Mobilisierung derzeit problematisch, diese muss konzeptionell überarbeitet, bzw. die Priorität auf Einsatz / kurzfristige Mobilisierung gelegt werden</p> <p>! Wiesbaden – Amtshilfeersuchen <u>wahrscheinlich</u> aufgrund aktuell hoher Fallzahlen bedingt durch <u>zwei-einen Ausbruch auf einer Hochzeiten</u>, epidemiologische Expertise erbeten</p> <p>! <u>Wird in heutiger Telefonkonferenz des „Health and Security Committee“ weiter erörtert</u></p>	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Nicht besprochen</p>	alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 28.08.2020, 11:00 Uhr – 13 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	28.08.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG28
 - Claudia Santos-Hövener
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Maria an der Heiden
 - Ulrike Grote
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Matthias an der Heiden
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Stefan Kröger
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse

- Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann
- ! BMG
 - Iris Andernach

	<p>sinnvoll. Es sollte dennoch nicht zu sehr ins Detail gegangen werden.</p> <p><i>ToDo: M. an der Heiden entwirft eine FAQ dazu.</i></p> <p><i>ToDo: Folien zu Fällen im Ausland werden an Fr. Andernach und Hr. Bayer weitergegeben.</i></p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 239.507 (+1.571), davon 9.288 (3,9%) Todesfälle (+3), Inzidenz 288/100.000 Einw., ca. 213.200 Genesene, Reff=0,94; 7T Reff=1,01 ○ Aktuell auf ITS 241 (+13), davon beatmet 140 (+7) ○ Fallzahlen geringer als letzte Woche, trotzdem aber noch relativ hoch, Anzahl der Verstorbenen steigt nur minimal. ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Höchste Inzidenzen in Bayern, Hessen und BW. In Hessen geringer Abfall der Kurve seit Mittwoch, in Bayern noch Anstieg, jedoch geringer als zuvor, insgesamt Plateauphase erreicht. ▪ Nach Schulferienende in allen BL sind detailliertere Auswertungen hierzu geplant. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aus 21 LK keine Fälle übermittelt ▪ 1 LK mit Inzidenz > 50 Fälle: Rosenheim ▪ Ein paar hessische LK mit Inzidenz >25 ▪ München: Anruf aus LGL, Brief von Oberbürgermeister. München ist Kreis mit den meisten Fällen, Inzidenz ist knapp unter 35, soll an zu niedrigen Bevölkerungszahlen bei Berechnung liegen. ○ Anzahl Labortestungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ In KW34 wurden fast 1 Mio. Testungen durchgeführt. Anzahl pos. Tests liegt auf Niveau der Vorwoche, Positivenrate ist leicht gesunken. ▪ Ca. 1,4 Mio. Tests pro Woche möglich, Testkapazität aber durch Lieferschwierigkeiten limitiert (betrifft 50 Labore). Rückstau der zu bearbeiteten Proben ist angestiegen. 	<p>FG34 (an der Heiden)</p>
--	--	-----------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etwa auf Niveau der Vorjahre (bis zu 4 Wochen Verzug), bisher noch kein Anstieg. Welchen Einfluss die heißen Tage haben, ist noch nicht klar. ▪ Keine Untersterblichkeit im Nachgang der Übersterblichkeit durch COVID-19. ! Trend der Fallzahlen nach Bundesländern (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Entwicklung der Anzahl neuer Fälle, Unterteilung in Exposition im Ausland ja, nein, unklar : Anstieg seit Anfang Juli, im Moment Plateaubildung ○ Trend: exponentieller Anstieg, im Mittel 2,8% pro Tag; Verdoppelungszeit: 25 Tage; mittlerer R-Wert: 1,12 ○ ohne Fälle mit Exposition im Ausland: auch exponentieller Trend, aber flacher: im Mittel 1,5% pro Tag; Verdoppelungszeit: 46 Tage; mittlerer R-Wert: 1,07 ○ Nowcasting: bundesweit Plateau ○ Hessen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zwischenzeitlich wieder sinkende Fallzahlen, Anstieg der Fallzahlen ging über Ferienende hinaus. ▪ Trend der letzten 30 Tage: exponentielle Rate: 3,7%; ohne reiseexponierte Fälle: 2,9%, Anstieg flacher ▪ Nur letzte 21 Tage berücksichtigt: bei nicht reiseassoziierten und unbekanntem Fällen ist Kurve sogar etwas steiler. ○ Baden-Württemberg: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Später Ferienbeginn, sehr deutlicher Anstieg in letzten 3 Wochen, überwiegend der reiseassoziierten Fälle (exponentielle Rate: 7,7%). Jedoch auch ohne reiseassoziierten Fällen relativ steiler Anstieg (exponentielle Rate: 7,0%). ○ Bayern: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ähnlich wie in BW, stärkerer Anstieg zuletzt, Trend nicht ganz so stark wie in BW. ○ 3 BL mit deutlichem Trend. Hoffnung, dass Fälle mit Exposition im Ausland nach Urlaubszeit wieder deutlich 	
--	--	--

	<p>sinken.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nordrhein-Westfalen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Starker Anstieg, nach Ende der Ferien sehr deutlicher Rückgang. ○ Fälle, bei denen die Exposition unbekannt ist, werden zum Inland gezählt. Vermutlich müssten dabei noch reiseassoziierte Fälle enthalten sein. ○ Bis jetzt gibt es noch keinen Anhaltspunkt dafür, dass die Infektionen in Bevölkerung eingetragen werden. Ob ein Eintrag in die Bevölkerung stattfindet, kann wegen des Verzugs von 1-2 Wochen noch nicht entschieden werden. ○ Ein Zusammenhang zwischen NRW, HE, BW, BY ist eine starke Industrie und Landwirtschaft, bei der auch zu einem großen Teil Arbeitskräfte aus Südosteuropa eingesetzt werden. ○ Bundeswehr hat eine Tabelle mit Angaben zu Saison-Arbeitern, wo sie sich wann befinden. Die saisonale Gemüse-/Obsternte sollte miteinbezogen werden und könnte eine Prognose liefern, wo Schwerpunkte im Herbst liegen könnten. In den nächsten Wochen werden ca. 60.000 Erntehelfer aus Südosteuropa zur Apfel- und Weinernte erwartet. Die Bundeswehr wurde gebeten diese Tabelle mit dem Krisenstab zu teilen. Eine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse für Erntehelfer sollte erreicht werden. <p><i>ToDo: Fr. Roßmann schickt Folien ans Lagezentrum. Diese sollen bei der AGI auf die Tagesordnung gesetzt werden. (FF Fr. Diercke).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Könnten diese Ergebnisse bei der Publikation von Fr. Frank untergebracht werden? Könnte versucht werden mit Trends zu kombinieren, sollte möglichst zeitnah publiziert werden mit Konzentration auf Reisefragestellung. Konsequenzen aus Fallanstieg sind relevant. 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ausweisung von Risikogebieten: vermehrte Anfragen von qualitative Daten ! Anträge zu corona global (Projekte für die nächsten 2 Jahre) werden mit BMG besprochen. ! Heute Beendigung der Mission mit WHO Beteiligung in Usbekistan, sind sehr gut aufgenommen worden. ! Vorbereitung Mission im Kosovo: erste Assessment Mission in den Kosovo in 2 Wochen unter Beteiligung von Abt. 3 in Absprache mit WHO Büro vor Ort geplant. ! Großes Interesse vom AA, Bundeskanzleramt auch in Hinblick auf Erntehelfer. 	ZIG

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Bundesregierung hat vor allem Interesse im Bereich Diagnostik (deutliche Untererfassung). Relativ dramatisch ist die Krankenversorgungslage vor Ort. STAKOB wird mit Teilnahme von Intensivmediziner helfen. ! In Hinblick auf den Kosovo gibt es auch große Expertise der Bundeswehr, die dort auch Fachärzte eingesetzt hatte. Angebot der Unterstützung. <p>ToDo: Fr. Hanefeld nimmt Kontakt auf mit Bundeswehr auf.</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Allgemeine Einordnung soll im Lagebericht geringfügig angepasst werden. Soll evtl. Montag besprochen werden. 	Alle
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hinsichtlich der Beschlüsse der MPK muss geklärt werden, welche Materialien geändert werden müssen. ! Materialien für Schulen werden überarbeitet. Heterogenität in diesem Bereich bei BL spiegelt sich in Anfragen. ! In Telefonberatung steht psychische Problematik im Vordergrund. ! Erntehelfern und Arbeitgebern im Herbst kann Infomaterial zur Verfügung gestellt werden. Grundkonstellationen und Liste der möglichen Risikosituationen sind beschrieben. Ein 1.Entwurf der Clusterung soll nächste Woche online gehen und sollte in der nächsten AGI vorgestellt werden. <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Im Infopostfach findet sich vermehrt die Unterstellung, dass Reiserückkehrer nicht wirklich krank wären, sondern nur positiv getestet. Dauerbrenner bei den Fragen sind weiterhin falsch positive Tests. ! Fr. Seodat ist 2 Wochen im Urlaub, kurzfristige Veröffentlichungen im Epid.Bull sind in dieser Zeit schwierig. 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kernthema ist MPK-Konferenz. Beschluss hat Einfluss auf alle Strategien, Gesetze usw. Diese müssen alle angepasst werden. 	BMG-Liaison

	<ul style="list-style-type: none"> ! RKI wird im Laufe des Tages einen Erlass zur Erstellung eines Berichts über vorhandene Testkapazitäten und neue diagnostische Optionen von Hr. Rottmann erhalten. ! Außerdem einen Erlass zur Auswertung von Studien und Erkenntnissen zu Quarantäne-Dauer, Austausch und Abstimmung mit EUR Partnern und ECDC und Vorlage eines Berichts und Schlussfolgerungen. Hierbei soll die Frage berücksichtigt werden, ob ein Nachweis von Nicht-Infektiosität trotz positiver PCR durch AK-Test oder bestimmten Ct-Wert die Quarantäne-Zeit verkürzen kann. ! Termin wird zeitnah sein, da nächste Woche zur Dauer der Quarantäne eine Ministerschleife auf europäischer Ebene mit Einbindung des ECDC stattfindet. (vermutlich Kompromiss in Richtung mind. 10 Tage Quarantäne, Test nicht vor 5. Tag) ! Quarantänezeit wurde diese Woche von ZIG kommentiert. ECDC wird Vorschläge machen, wie Risikogebiete auf europäischer Ebene ausgewiesen werden könnten. ! Digitalisierung der Aussteigekarten könnte für das RKI eine starke zusätzliche Belastung werden. Eine der möglichen Optionen würde das RKI miteinbeziehen, noch ist nichts beschlossen. ! GHPP + Corona Global Anträge werden zurzeit bewertet, mit einer zeitnahe Rückmeldung kann gerechnet werden. ! Fr. Andernach verlässt nächste Woche die Liaison Funktion. Vielen Dank für die Zusammenarbeit. ! Bitte bei Vorbereitung Erlass: Isolierung von Erkrankten soll sprachlich von Quarantäne getrennt werden. 	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Beschluss der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder zur Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie vom 27.08.2020 <ul style="list-style-type: none"> o Hr. Rottmann wird Arbeitsaufträge ans RKI schicken. o MPK Beschluss war Gegenstand der TK heute Morgen. Testkapazitäten und neue Testoptionen, Teststrategie allgemein, Dauer der Quarantäne sind Punkte die das RKI unmittelbar tangieren, viele rechtliche Aspekte wird RKI nur indirekt betreffen. <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG32
8	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! RKI-Zwischenbericht-COVID-19 	FG32 (Grote)

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2 Teile: Entwicklung der Lage und spezielle Themen, viele Fachgebiete haben beigetragen, Stand 15. Juli <i>ToDo: PDF wird im Krisenstab zirkuliert. Hr. Schaade sieht sich Vorwort und Fazit bis Montag an.</i> ○ Statt „herausragende“ soll besser der Begriff „zentrale“ Rolle des RKI verwendet werden. ○ Es besteht noch die Möglichkeit weitere Anmerkungen am Wochenende zu machen. Bericht soll am Montag fertiggestellt werden und danach dem BMG vorgelegt werden. ○ Zweck des Berichts: primär fürs BMG und als Vorbereitung für Abschlussbericht bis hin zu möglicher Befragung vor Parlament im Rahmen eines Untersuchungsausschusses. ○ Die Frage, ob eine gekürzte Version ins Internet gestellt werden sollte, wurde diskutiert. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Falls ja, müsste auf korrekte Schwerpunktsetzung geachtet werden, da kritische Beurteilung durch die Öffentlichkeit zu erwarten wäre. ▪ Dagegen spricht, RKI steht im Moment sehr im Fokus der Öffentlichkeit. Ist es deshalb wirklich sinnvoll, jetzt einen Zwischenbericht zu veröffentlichen? ○ Entscheidung: Interner Zwischenbericht geht zunächst nur ans BMG. Später kann überlegt werden, ob in der Zukunft Auszüge daraus oder eine gekürzte Version veröffentlicht werden. <p>! Kontaktpersonenmanagement und Optionen bei med. Personal (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grunddokument wurde an Verteiler Krisenstab versendet, alle geklärten Punkte sind angenommen, wenige Punkte noch offen. ○ Geändert wurde bei allgemeinen Prinzipien: Kontaktpersonen des med. Personals Kat. 3 sollen vor Kat. 2 bearbeitet werden. Priorität KP1 > KP3 > KP2 ○ Tabelle zur Einstufung von KP für Gesundheitsämter wurde geändert. Hilfestellung für Gesundheitsämter, wie Maßnahmen die Kontaktpersonen Kategorien beeinflussen. ○ KP1, Schutz in Nahdistanz und mit Abstand: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enger Kontakt (<1,5m, > 15 min), Räumlichkeit nicht relevant ▪ Kontakt mit Abstand (>1,5m, > 30 min), Räumlichkeit relevant ○ KP2: gleiches Prinzip außerhalb med. Versorgung. Wenn Mindestabstand nicht eingehalten werden kann: Tragen von MNS/MMB von beiden Beteiligten. Wichtig als Ergänzung zur Compliance sind die Mindestanforderungen: eng und im Sinne des BfArM ohne Ausatemventil korrekt getragen. Kommentar soll in Tabelle ergänzt werden. ○ KP3: Maske wird grundsätzlich von Patient und Personal 	<p>FG32, FG37</p>
--	--	-------------------

	<p>getragen. Adäquate Maßnahmen bei aerosol- produzierenden Maßnahmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Med. Personal hat andere Vorbildung bezüglich des korrekten Tragens der PSA. Die Kategorie KP3 könnte wegfallen und in den anderen Kategorien aufgehen, wäre eine Vereinfachung. ○ FG36 möchte bei dieser Aktualisierung ungern auf KP3 verzichten. KP3 werden früher bearbeitet, Differenzierung soll beibehalten werden. ○ Frage, ob Emanzipierung von BAuA Empfehlungen möglich. Wird nicht machbar sein. Auf Empfehlung BAuA muss bei med. Personal verwiesen werden, da in deren Zuständigkeit. ○ Bei KP2 in Tabelle genauer erläutern, dass für die Einstufung die Anwendung des MMS entscheidend ist, in Fußnote auf BAuA verweisen. ○ Kontaktpersonen der Kat. I: Quellfall wurde definiert, längere Zeit wurde mit >30 min definiert. Hier sollte die Belüftung mitaufgenommen werden (ist im Flugzeug adäquat). ○ Es wäre sinnvoll, Lautstärke des Sprechens mit in Betracht zu ziehen. ○ Kernprinzipien bei med. Personal wurden gestrichen. Hier soll auf Dokument von FG 37 verwiesen werden, da das Dokument so übersichtlicher wird. -> Maßnahmen zu med. Personal nicht mehr im Grundpapier <p><i>ToDo: FG37 informiert FG36 auf welches Dokument verlinkt werden soll.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Dokument mit den Ausnahmeregelungen für med. Personal bei Personalmangel wurde überarbeitet. (Wie kann der Betrieb aufrechterhalten werden, wenn sich ein relevanter Teil des Personals angesteckt hat.) ○ Gilt nur für absolute Ausnahmesituationen: Personal darf arbeiten. Einzige Ausnahme der Quarantäne ist die Arbeit, für alle übrigen Lebensbereiche gelten die allgemeinen Quarantäneregeln. ○ Fälle unter Personal dürfen nur in absoluten Ausnahmefällen SARS-CoV-2 Patienten behandeln. 	FG37
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In der KW 35 gingen 577 Proben ein, davon waren 41 (7%) positiv auf SARS-CoV-2. <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 55% der Proben pos. auf Rhinoviren; kein Nachweis weiterer Erreger. ○ Auftrag zur Einsatzfähigkeit von Antigentesten wurde erteilt. ○ Falsch positive Ergebnisse liegen im Bereich von 1,2 	ZBS1 FG17

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Promille.</p> <p>! In Australien wurde für den Winter eine doppelte Welle von Influenza und Covid-19 erwartet. Dies ist nicht eingetroffen, jedoch ist eine deutliche Zirkulation von Rhinoviren zu beobachten.</p>	
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>! Erste Ergebnisse der Studie in Bad Feilnbach (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wurden am Dienstag im Rahmen einer Pressekonferenz vorgestellt. ○ Ziele: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie viele sind akut infiziert oder haben die Infektion bereits durchgemacht? ▪ Wie oft verläuft die Erkrankung ohne Symptome? ▪ Wie viele Erkrankungen sind unentdeckt? ○ Methoden: Erhebung vom 23.6. - 4.7., repräsentative Stichprobe, 2.153 Teilnehmende (Response ca. 59%) ○ Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> ▪ kein Nachweis einer akuten Infektion ▪ 6% Erwachsene mit pos. Antikörper-Nachweis ▪ Frauen und Männer gleich häufig, jüngere Altersgruppe häufiger betroffen. ▪ Nur 14,5% der Personen mit pos. Antikörper-Nachweis hatten keine Krankheitssymptome. ▪ Dunkelzifferfaktor: Nur 2,6 mal mehr Infektionen nachgewiesen als bei Studienstart bekannt. ▪ Bei 39,9 % (42 Personen) konnten trotz positivem SARS-CoV-2-Test (Eigenangaben) keine Antikörper nachgewiesen werden. Selbstangabe ist fehleranfällig, passt aber zur Meldeinzidenz im Rahmen der Stichprobe. ○ Nur bei 60% der Teilnehmenden mit selbstberichteter pos. PCR war der Neutralisationstest positiv. ○ Publikation: für 1. Ort Kupferzell ist eine Kurzpublikation in Euro-Surveillance innerhalb der nächsten 2 Wochen geplant, analog auch eine deutsche Publikation. ○ Inhalte sollen sein: die Seroprävalenz nach IGg, NT und hochgerechnet mit PCR-positiven. ○ Nicht alle PCR-positiven zeigen Antikörper, dies wird bei Hochrechnung miteinbezogen. ○ Leichte Erkrankungen im Nasenraum führen erfahrungsgemäß nicht unbedingt zur Antikörperbildung. 	<p>FG28 (Santos-Hövenner)</p>

	<p>Kann abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil derjenigen ist, die keine Antikörper gebildet haben? Mit Limitationen behaftet.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt die Idee die zelluläre Immunität zu untersuchen und dafür weitere Proben von Teilnehmern zu nehmen, deren PCR positiv und Antikörper negativ waren. <p><i>ToDo: Fr. Santos-Hövenner nimmt hierzu Kontakt mit Hr. Vogt (FG12) auf.</i></p>	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Stand Projekt „Digitale Aussteigekarte“ ○ Nicht besprochen 	FG32
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Viele neue Mitarbeiter; 2 neue Personen bei Schichtleitung, hier evtl. noch Bedarf ! Amtshilfeersuchen des RKI bzgl. int. Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen ! Amtshilfeersuchen aus Hessen (Wiesbaden) <ul style="list-style-type: none"> ○ Heute TK zu Wiesbaden (Hochzeitsgesellschaft), Teilnahme M. an der Heiden, U. Buchholz, K. Alpers ○ Epidemiologische Expertise erwünscht ! Unterstützung vor Ort in Hessen (Offenbach) <ul style="list-style-type: none"> ○ 5 Containment Scouts vor Ort 	FG32
16	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Montag, 31.08.2020, 13:00 Uhr, via Vitero 	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	31.08.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Esther-Maria Antao
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann

- ! BMG
 - Iris Andernach



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 242.381 (+610), davon 9.298 (3,8%) Todesfälle (+3), Inzidenz 292/100.000 Einw., ca. 216.200 Genesene, Reff=0,94; 7T Reff=0,88 ○ Aktuell auf ITS 246 (+1), davon beatmet 128 (-3) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle BL haben am Wochenende Zahlen übermittelt. ▪ Zahlen etwas unter Niveau der Vorwoche ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Höchste 7-Tages-Inzidenzen in Bayern und BW ▪ In Hessen gehen die Zahlen zurück, in Bremen kleiner Anstieg und in Berlin Plateau. ▪ Gesamt hat sich auf hohem Niveau eingependelt. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ In 5 LK ist die Inzidenz > 35. Dies ist zum Teil auf einzelne Ausbrüche, zum Teil auf Reiserückkehrer zurückzuführen. ▪ Aus 20 LK (überwiegend Norden und Osten) wurden keine Fälle übermittelt. ○ Anteil COVID-19-Fälle mit Expositionsort im Ausland, nach Meldewoche <ul style="list-style-type: none"> ▪ KW35: Exposition im Ausland bei 59% der Fälle mit entsprechender Angabe und 36% aller Fälle. Anteil geht leicht zurück. ○ Anteil COVID-19-Fälle mit Expositionsort im Ausland, nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Personen unter 50 Jahren ist der Anteil mit Expositionsort im Ausland am größten. ○ Am häufigsten genannte Expositionsländer KW32-35 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kroatien und Kosovo, Fallzahlen sind jedoch 	FG32

	<p>zurückgegangen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In allen Ländern Rückgang der Fallzahlen, nur in Ukraine gleich geblieben (sehr kleiner Anteil). ▪ Relativ häufig Expositionsland Kroatien, warum sind nur 2 Regionen als Risikogebiet ausgewiesen? <p>○ Anteil der Hospitalisierten ist gleich geblieben. Kommen die geringeren Todesfälle durch eine Verschiebung der betroffenen Altersgruppen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bis Mittwoch sollen Auswertungen nach Alter und Hospitalisierung überblicksartig dargestellt werden. <p>! Der Saisonarbeitskalender der Bundeswehr, anhand dessen Gebiete in Deutschland identifiziert werden können, in denen Saisonarbeiter bei Gemüse- und Obsternte eingesetzt werden, wurde mit FG32 geteilt. Die 5 Karten können an die AGI weitergegeben werden.</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Anbindung der CWA an Labore auf 02.09.2020 vertagt</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kleine Änderungen zur Risikobewertung im Lagebericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In den letzten Tagen stagnierende Fallzahlen: Soll die Formulierung bei Zusammenfassung der aktuellen Lage bei „bleibt diese Entwicklung sehr beunruhigend“ bleiben? Wurde gestern zu „bleibt die Entwicklung der letzten Wochen weiterhin beunruhigend“ geändert. ○ Es gibt keine allgemeine Stagnation, sondern einen Anstieg in mehreren BL, gefolgt von einem Rückgang nach Ende der Schulferien, was in der Summe zu einer gleichbleibenden Inzidenz führt. ○ Wie sich die Lage weiterentwickelt, ob von Reiserückkehrern Infektionsketten ausgehen und wie sich die Öffnung der Schulen auswirkt, ist noch nicht abzusehen. Das spricht gegen eine Änderung der Formulierung im Moment. ○ Sollte die Formulierung bei stagnierenden Fallzahlen nicht etwas neutraler formuliert werden um Glaubwürdigkeitsprobleme zu vermeiden? Wie kann die höchste Compliance in der Bevölkerung erreicht werden? ○ Lageberichtsformat wird so beibehalten, kann jederzeit kurzfristig eskaliert werden. Für Anpassung der Formulierung soll bis Mittwoch gewartet werden. 	Alle

	<p>durch Beratung in der Fläche in Form von Webseminaren und telefonischer Bereitschaft. Erste Webseminare zu Grundlagen wurden bereits durchgeführt. Danach wird es Seminare zu 6 spezifischen Fachthemen geben, ca. 40 Seminare bis Ende des Jahres. Ab 9.9 soll verstärkt dafür Werbung gemacht werden.</p> <p>! Im Moment ist vor allem die jüngere Population betroffen. Haben mittlerweile auch die Fortschritte im klinischen Management Einfluss auf den Verlauf? Sind neuere Daten durch das COVID-Register möglich?</p> <p><i>ToDo: Weitergeben dieser Frage an die Fachgruppe (Hr. Herzog)</i></p> <p>! In wieweit wirken sich die unterschiedlichen Behandlungsansätze (Antikoagulation, Cortison) auf Schwere der Krankheitsverläufe, Hospitalisierungen, Liegedauer und Fallsterblichkeit aus?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ LEOSS: Sehr viele Gruppen bearbeiten unterschiedliche Fragestellungen. Was wurde bereits ausgewertet, was kann RKI beisteuern? Anfangs Probleme an die Daten zu kommen. Aktueller Sachstand wäre sinnvoll (Hr. Koppe). ○ ICOSARI: betrachtet hospitalisierte Patienten, unklar, ob Zahl ausreicht um Unterschiede zu erkennen. Wird sich Fr. Tolksdorf ansehen. 	<p>FG34</p> <p>FG36</p>
<p>12</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Fr. Abu Sin und Hr. Thanheiser haben an Termin mit BMAS, BMG, Berufsgenossenschaft und BfArM zum Thema Masken in der Pflege teilgenommen. Der Vorschlag der Berufsgenossenschaft, ab jetzt nur noch FFP2-Masken in der Pflege zu verwenden, wird nochmal überarbeitet (von „immer“ zu „in Ausnahmefällen“). Noch wurde keine endgültige Entscheidung getroffen. Am Ende soll ein praktikables Papier entstehen, bei dem Arbeitsschutz und Infektionsschutz getrennt werden.</p>	<p>FG37 / FG14</p>
<p>13</p>	<p>Surveillance</p> <p>! Infektionscluster Jugendreisegruppe Balatonsee</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Jugendreise nach Ungarn zu verschiedenen Zeitpunkten, Alter: 14-17 Jahre, 230 Personen, bei Rückkehrern bisher 6 pos. getestet. Sind entgegen Empfehlung mit Bus nach Deutschland zurückgereist. Hygieneregeln wurden weitgehend nicht eingehalten. ○ Ausbruch ist Bundesland übergreifend. Soll RKI bei Auswertung eine Rolle spielen? Bisher Amtshilfeersuchen aus Sachsen-Anhalt vorhanden, ist das ausreichend oder sind Amtshilfeersuchen aus weiteren BL nötig? ○ Wenn Kapazitäten vorhanden sind, ist Untersuchung auf jeden Fall sinnvoll. Ob weitere Amtshilfeersuchen nötig sind, kann bei L1 erfragt werden. ○ Normalerweise gilt, dass die Einladung von 1 BL nicht ausreicht. Bei COVID-19 handelt es sich um eine andere Situation, weil RKI IfSG Koordinierungsrolle innehat. <p>! Corona-KiTa-Studie (Folien hier)</p>	<p>FG32</p> <p>FG36</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ entspricht dem jahreszeitlichen Verlauf in den verschiedenen Altersgruppen, Zirkulation von anderen Atemwegsviren ○ Entwicklung Fallzahlen: 0 – 5 Jahre <ul style="list-style-type: none"> ▪ wieder deutlicher Rückgang ○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzidenz und Anteil stabilisiert sich in verschiedenen Altersgruppen ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur wenige dazugekommen ○ Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> ▪ In KW34 9 zusätzliche Ausbrüche in Schulen mit 2-9 Fällen, betrifft NRW, Hessen, Berlin, Saarland ▪ Auch jüngere Altersgruppen betroffen ▪ Es muss noch abgewartet werden, wie sich die Schulsituation entwickelt. ▪ Kann man zwischen Schülern und Personal unterschieden werden? Bisher fehlt diese Information. Meldesysteme müssen adaptiert werden, um mehr über betroffene Gruppen zu erfahren. Im Moment nur Unterscheidung nach Alter < bzw. >= 21 Jahre möglich. <p>! Heute Vormittag TK der WHO Euro Region, Italien zur Schulsituation: deutsche Perspektive wurde vorgestellt. In europäischer Region wird viel darüber diskutiert, wie Kontinuität aufrecht erhalten, wie Ausbrüche verhindert und wie mit Ausbrüchen umgegangen werden kann.</p>	
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Nicht besprochen	
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Wiesbaden (Marokkanische Hochzeit mit 35 Fällen und Folgefällen in allgemeiner Bevölkerung): <ul style="list-style-type: none"> ○ Letzten Freitag TK mit GA und Hessischer Landesbehörde: Jemand von Landesbehörde wird morgen in Wiesbaden vor Ort sein und von 2 Personen vom RKI vor Ort unterstützt werden; am RKI Unterstützung durch Hr. Buchholz. 	FG32
16	Wichtige Termine !	Alle
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 02.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	02.09.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade (VPräs)

Teilnehmende:

- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
- ! P1
 - Mirjam Jenny
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - Sandra Beermann
- ! ZIG (INIG)
 - Eugenia Romo Ventura

- ! ZBS1
 - Eva Krause
- ! MF3
 - Nancy Erickson (Protokoll)

	<p>! Im Wochenvergleich KW 34 und KW45: in mehr als 50 % der BuLä rückläufige Inzidenz</p> <p>! Anteil der Altersgruppen an Hospitalisierten: rote Linie = Gesamtzahl; Höchststand in KW 14, dann rückläufig und ab ca. KW 22 in etwa konstant</p> <p>! Anteil Hospitalisierter je Altersgruppe an COVID-19 Fällen: rückläufiger Trend KW34/35 aufgrund des Zeitverzuges der Diagnosestellung mit Vorsicht zu interpretieren, insgesamt recht konstant</p> <p>! Anteil der Altersgruppen der Verstorbenen über die Zeit (nach Meldewoche): insgesamt größter Anteil bei der Altersgruppe der über 80-Jährigen, jedoch gewisse Veränderung des Anteils jüngerer Altersgruppen über die Zeit zu verzeichnen</p> <p>! Anteil Verstorbenen je Altersgruppe an COVID-19 Fällen: Anteil der Altersgruppe der über 80-Jährigen von 35 % auf derzeit unter 10 % zurückgegangen, ähnlicher Trend bei der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen</p> <p>! Deutlicher Hinweis, dass sich der Anteil an Verstorbenen über die Zeit verändert hat, Rückläufigkeit sehr interessant:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vermehrte Testung nicht ursächlich, da in dieser Altersgruppe im Vergleich nicht zunehmend getestet wird ○ Dezierte Aufschlüsselung hinsichtlich Altersgruppen nötig, auch hinsichtlich möglicher Ursache dieser Abnahme ○ Hierbei ggf. relevante Parameter: Meldedaten, Positivraten, syndromische Daten, Anzahl der Tests, absolute Fallzahlen, therapeut. Regime, klinische Verläufe und outcome, Setting, Hospitalisierung j/n, Geburtskohorten ○ Dezierte Aufschlüsselung auch hinsichtlich Kommunikation hochrelevant ○ Weiterhin Analyse hinsichtl. Stratifizierung der Anzahl der Verstorbenen im Ländervergleich von Interesse, ebenso der jeweilige Anteil der Verstorbenen nach Altersgruppe ○ Gesamtbetrachtung nötig <p><i>To do: Bitte um Schärfung der Fragestellung und dementsprechende, gezielte Auswertung</i></p> <p>! 7-Tages-Inzidenz von COVID-19 in Abhängigkeit vom Ende</p>	
--	---	--



	<p>der Ferien (Folie hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hochrelevant und höchstwahrscheinlich Gegenstand zukünftiger Kommunikation/Diskussion ○ Folie „Ferienende/Schulstart“ kommunikatorisch möglichst neutral fassen: „wird weiter beobachtet“ bzw. hinsichtlich Reiserückkehrer: „diese haben im Zusammenhang mit dem Reiseende zu keinem wesentlichen Anstieg der Inzidenz in Bevölkerung zu diesem Zeitpunkt beigetragen“ ○ Cave: sehr vorsichtige und zurückhaltende Interpretation nötig, bestenfalls ausschließlich hinsichtlich der Reiserückkehrer formulieren, zumal zeitlicher Verzug der Meldedaten wahrscheinlich ○ Wäre auch für das BMG in abgerundeter Narrative von Interesse <p><i>To do: Einbettung in den Lagebericht gewünscht</i></p> <p>Laborbasierte Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anzahl Testungen pro 100.000 Ew. nach Altersgruppe und KW: Mutmaßlich sinkende Mortalität innerhalb der Altersgruppe der über 80-Jährigen (s.o.) muss an anderem Setting liegen, da Anzahl an Testungen seit mehreren Wochen nahezu konstant ! Ursache sollte, auch im internationalen Vergleich, eruiert werden ! Mittlere Altersgruppen insgesamt Zunahme an Tests, ebenfalls an Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Tag – bundesweit sichtbar ! Anzahl Pers. mit positiver SARS-CoV-2-PCR-Testung pro 100.000 Ew. nach Altersgruppe und KW: alle Altersgruppen rel. ähnlich, Altersgruppe der 15- bis 14-Jährigen um 34. KW erhöht und nachfolgender Abnahme (ggf. durch Reisetätigkeit - hierzu Abgleich mit anderen Datensätzen nötig) ! Testverzug: relativ stabil, Zunahme der Vorwoche wird sich höchstwahrscheinlich aufgrund der Datenübermittlungszeit nivellieren ! Cave: die verschiedenen Eingriffe von Entscheidungsträgern auf die Auswahl der zu testenden Personenkreise erschwert die Interpretation <p><i>To do: Bitte an Herrn Eckmanns um Bereitstellung einer Datentabelle</i></p>	
--	---	--

zu Positivraten nach Altersgruppe für die AG Diagnostik zur Justierung von Teststrategien.

Syndromische Surveillance (Folien [hier](#))

- ! Grippeweb: bevölkerungsbasierte ARE-Raten ansteigend bis 35. KW (noch im Rahmen der Vorjahres vergleichbar, bei Kindern jedoch auffällig);
- ! Arbeitsgemeinschaft Influenza - ARE-Konsultationen, bis zur 35. KW: von KW 13/14 bis KW 23 „Allzeittief“, Anstieg bis zur KW 29, konsekutive Ab- und derzeit erneute Zunahme;
- ! Konsultationsinzidenz nach Altersgruppe und BuLä:
 - Bayern, BaWü: niedrige ARE-Raten
 - Berlin/BB: starker Anstieg in Vorwoche, derzeit wieder absteigend
 - NRW: Anstieg unabhängig der Ferien
- ! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle:
 - Covid19 spielt für Aktivität als Einzelerreger in der Bevölkerung keine Rolle (hier bei ca. 1 %; unter den SARI-Fällen (=hospitalisiert) konstant unter 3 %)
 - Nutzung als sensitives Instrument der zeitnahen Erfassung, wann Covid19 hier eine entscheidende Rolle spielt, möglich?
 - 2 Faktoren:
 - Syndromisch meldende Praxen (Zunahme ihrer Anzahl = Abnahme der Unsicherheit, die mit der Berechnung der Konsultationsinzidenz einhergeht)
 - Virologische Surveillance (derzeit ca. 100 Praxen, Stichprobennahme muss geographisch, technisch und der Fachrichtung der Praxen entsprechend repräsentativ korrekt gewählt werden)
 - Sentinelvorgehen gern ausweitbar, BMG hat Unterstützung bereits zugesagt, ITZ Bund Priorisierung derzeit zur Klärung

Falldefinitionen und Testzahlen, Anfrage von Prof. Krüger (u.a. Wiss.



	<p>Beirat PEI) (Kommunikation hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Derzeitige Ausdrucksweise in Kommunikation mit der Öffentlichkeit scheinbar missverständlich bis zu abstrakt ! Kernaspekte des derzeitigen öffentlichen Interesses: 1. Sind die erhöhten Fallzahlen durch vermehrte Tests bedingt? (Erläuterung Testzahlen hier) 2. Sinkt die Todesrate pro gemeldeter Fälle? (FAQ dazu von Presse geplant) ! Einfache Botschaft an prominenter Stelle nötig ! Lagebericht kann technisch bleiben, aber Trendwenden oder Kernpunkte des öffentlichen/pressetechnischen Interesses sollten im Lagebericht auf der zweiten Seite („Allgemeine Situation“) in verständlicher und ausführlicher Weise angeführt und als vereinfachte Sprachregelung auf der Website veröffentlicht werden <p><i>To do: Mirjam Jenny (P1) und Abt. 3 (jew. Lageberichtsautor*innen) schließen sich dazu kurz, Implementierung erst ab nächster Woche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Begrifflichkeit und Falldefinition „Covid-19 Erkrankung versus Infektion“ – klare begriffliche Trennung hinsichtlich Allgemeinverständlichkeit nötig, Falldefinition gibt Anlass zum Missverständnis ! Cave: Falldefinition selbst sollte ggf. nicht geändert werden <p><i>To do: Als TOP einer der nächsten Sitzungen</i></p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
3	<p>Update digitale Projekte (nur diese Woche am Mittwoch)</p> <p>Anbindung der CoronaWarnApp an die Labore (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Problematik mit QR Code: Nutzer installiert Warnapp, kann positives Testergebnis eingeben, wird durch QR Code oder Verifikationshotline via Tele-TAN verifiziert, dann entscheidet Nutzer aktiv, ob Ergebnis an Personen innerhalb der Risiko-Definition mitgeteilt werden darf (im Sinne der Mitteilung „Risikobegegnung erfolgt“) ! Risikoermittlung: niedrig (keine Begegnung), niedrig mit Risikobegegnung (die aber nicht als erhöhtes Risiko eingeschätzt wird - Abstand zu groß oder zeitlich zu kurz), hoch (längerer Kontakt, kurze Distanz; nur hier Textempfehlung zum weiteren Vorgehen) ! Laboranbindung: Muster geht ans Labor, QR Code zum Nutzer ! Labor gibt nicht-personenbezogene Daten auf Server ein ! Abgleich mit App (wenn Lab nicht angeschlossen ! App-Nutzer 	<p>Beermann/ Schmich</p>

	<p>muss via Hotline Tele-TAN erbitten); Arzt muss vor Probenahme Einverständnis von Patienten zur elektron. Übermittlung über WarnApp einholen;</p> <p>! Problematiken:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Angeschlossene Labore <ul style="list-style-type: none"> ○ Priorisierung auf niedergelassene Labore; Krankenhäuser und Unikliniken noch kaum angeschlossen ○ 183 Labore für SARS-CoV-2-Testungen ○ 120 Labore sind technisch angeschlossen ○ 70 % der Testkapazitäten in D ○ 103 Labore E2E (end 2 end), Eurofins ist nicht angeschlossen ! Häufigste Fehlerquellen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Labore sind nicht an CWA angebunden ○ Verwechslung mit anderen Labor-Apps ○ Änderung der CWA-Funktion ○ Verifikation positiver Ergebnisse vs. personalisierte Befundmitteilung ! Häufigste Fehlerquellen Muster 10C, Muster ÖGD <ul style="list-style-type: none"> ○ Dokument wurde kopiert und für mehrere Nutzer verwendet ○ Der individuelle Abschnitt wird den Nutzern nicht ausgehändigt ○ Einverständniserklärung fehlt ○ Kontaktdaten nicht leserlich ○ QR-Code wurde in sehr schlechter Qualität gedruckt ○ Verwechslungsgefahr: <ul style="list-style-type: none"> ▪ QR-Code kann auch von anderen Apps genutzt werden, die mit anderen Laboren verbunden sind ▪ Eigene Laborcodes werden ausgegeben ! Häufigste Nutzungsfehler: QR-Code wird vorzeitig gelöscht oder mehrfach eingescannt ! Lösungsansätze: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diskussion über Veröffentlichung einer Liste mit allen an die CWA angeschlossenen Laboren ○ Texte in der App werden überarbeitet (z.B. Fehlerhinweise, Anleitung für QR-Codes) ○ Information an Teststellen und Hausärzte zum richtigen Umgang mit Muster 10C ○ Einbeziehung und Sensibilisierung der GÄ durch die AG Infektionsschutz ○ BMG und RKI haben eine Liste mit Kontaktadressen für Teststellen an Grenzübergängen und Flughäfen erstellt, um Rückfragen aus der Bevölkerung besser beantworten zu können ○ Priorisierung der Laboranbindung bei Grenzübergängen und Flughäfen 	
--	---	--



<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Deeskalierendes Wording im Lagebericht angepasst an die aktuelle Situation – und daran angeschlossen angepasst an die Risikobewertung ! Da Fallzahlen derzeit stabil soll wording entsprechend angepasst werden <p><i>To do: Vorschlag dazu soll im Anschluss im Krisenstab-Verteiler verschickt werden (Vorschlag hier: „muss weiter intensiv beobachtet werden“)</i></p>	<p>alle</p>
<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Bundesgesundheitsblatt: Themenheft "Erkennen, bewerten, handeln – die Reaktion des ÖGD auf COVID-19"</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Neu eingestellt und downloadbar: grafische Aufbereitung „Einreisen aus Risikogebiet <i>versus</i> aus Nicht-Risikogebiet“ (Anpassung am 15.09./ 01.10. nötig) ! Bei terminologischer Unschärfe - Vorschlag: an entsprechenden Stellen aufeinander verlinken ! Rückmeldung aus Telefonberatung: große Verunsicherung zum Umgang mit Infektanzeichen (Erkältungssymptome) ! Fieber als Einschätzungsparameter: wird in Schulen sehr unterschiedlich gehandhabt (Temperaturprotokoll, Risiko der Falschpositivität), Papier und Links werden an LageAG gesendet <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Englischsprachige Website zu COVID-19 im Aufbau ! Begrifflichkeiten „Isolierung“ (von Erkrankten) versus „Quarantäne“ (von Kontaktpersonen) werden weiterhin vermischt <p><i>To do: Bitte an Presse um ersten Aufschlag hinsichtlich einer Erklärung Isolierung versus Quarantäne</i></p> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Antigen-Test als Vortest: prinzipiell denkbar in Abhängigkeit des Testmaterials, der Verwendung (als Screening?), Warnung vor Empfehlung von Tests unklarer Spezifität, bleibt zur 	<p>BZgA Presse Bremer/ Schaade</p>

	<p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Heute und Montag Telefonkonferenzen mit BMG und BfArM geplant ○ Klares Signal von Länderseite zur differenzierten Umsetzung nötig aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse der Praxen (Pädiatrie weitaus höhere Anzahl potentiell infektiöser Patienten als Internisten bspw.) ○ Ggf. Zusammenarbeit mit KBV/KV hinsichtlich gemeinsamer Lösung / Empfehlung denkbar? ○ Wird bei Tagung der beim BMG diesbezüglich angesiedelten AG am Donnerstag thematisiert <p>! Bundesgesundheitsblatt - Konzept wurde weitgehend zugestimmt</p> <p>! Vorschläge zu Verbesserungen wurden eingereicht</p> <p>! Artikel zu Schulen oder zu Deutschland im internationalen Vergleich mit Einreichungs-Deadline 01.10. sehr willkommen</p>	
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nicht besprochen</p>	BMG-Liaison
7	<p>Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Diskussion zur Verkürzung der Quarantänezeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bereits thematisiert in EU Ministerkonferenz und ECDC ! Ohne Test Quarantänezeit nicht verkürzbar, im Rahmen von Contacttracing ggf. auf 10 Tage verkürzbar ! Bericht auf Basis der Arbeit von Herrn von Kleist und Kolleg*innen wird dazu verfasst ! Cave: Compliance sollte berücksichtigt werden ! Erlass muss noch bearbeitet werden ! Diskussion wird vertagt <p>RKI-intern</p> <p>Strategiepapier „COVID-19: Die Pandemie in Deutschland in den nächsten Monaten“ (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wurde im Krisenstab vormittags in aktueller Version (in Positionierung erneut angepasst) verbreitet ! Zur Vorlage bei Herrn Wieler am Montag ! Ggf. bei Bedarf Diskussion der Zielstellung am Freitag (ggf. inkl. ppt in Abhängigkeit des Umfangs der Änderungsvorschläge) 	Hanefeld



	<i>To do: Bitte von Frau Hanefeld an den Krisenstab um Durchsicht hinsichtlich der jeweiligen Expertise und Signal bis Donnerstag hinsichtlich zu überarbeitender Punkte</i>	
8	Dokumente <ul style="list-style-type: none"> ! Dokument „Marginalisierte Gruppen“ finalisiert ! Wurde BMG bereits vorgelegt, Rückmeldung dazu ausstehend ! Erneute Zusendung an das BMG in finalisierter Form zur Kenntnisnahme („Veröffentlichung heute in nochmals überarbeiteter Form auf der Website“) 	
9	Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ! Arbeitsschutzstandards der stationären Altenpflege der BGW nicht besprochen 	FG37
10	Labordiagnostik <ul style="list-style-type: none"> ! Weiterhin ca. 10 Einsendungen pro Tag ! Davon 70 bis 80 % positiv auf Rhinoviren ! Andere respiratorische Viren unterhalb der Nachweisgrenze 	FG17/ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG36/IBBS
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
13	Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ! DEMIS – Versand von falsch positiven Daten an Gesundheitsämter seitens Labor (Häkchen bei „positiv“, jedoch aus Meldung selbst ersichtlich, dass „negativ“) ! Übermittlung dieser Daten als sicherheitsrelevanter Vorfall deklariert (kein Versand von Negativdaten an Gesundheitsamt laut IfSG) ! Falsch positive Daten sind jedoch derzeit höchstwahrscheinlich nicht in der Statistik erfasst ! Labor bereits gesperrt ! Derzeit Erhebung der genauen Faktenlage ! Presse soll informiert werden, Bitte dazu um Sprachregelung, wenn Faktenlage ausreichend eruiert 	FG32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ! Aussteigekarte – Amtshilfe durch RKI-Beauftragung der Deutschen Post: Scanlösung bei der Post durch BMG angestrebt, Amtshilfe erbeten, RKI hierbei lediglich als Mittler, Auftrag soll per Mail rausgeschickt werden 	FG32
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)	

	! Nicht besprochen	
16	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	alle
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Freitag, 04.09.2020, 11:00 Uhr – 13 Uhr, via Vitero	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	04.09.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade (VPräs)

Teilnehmende:

- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG13
 - Jennifer Bender
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Dr. Dschin-Je Oh
- ! FG 24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Michaela Diercke
 - Nadine Zeitlmann
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Stefan Kröger
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! L1
 - Joachim-Martin Mehltitz
- ! Presse

- Ronja Wenchel
- ! P1
 - Mirjam Jenny
 - Christina Leuker
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! ZIG (INIG)
 - Sarah McFarland
- ! ZIG 2
 - Charbel El Bcheraoui
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! BMG
 - Christophe Bayer
 - Iris Andernach
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>! 26.059.065 Fälle gemeldet (Stand: 04.09.2020), davon 3,3 % Verstorbene</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: Reihenfolge und Zusammensetzung der Länder hat sich nicht geändert, 8 von 10 Ländern zeigen einen aufsteigenden Trend. Indien hat weiterhin sehr viele neue Fälle. Einen Anstieg über 20% in den letzten 7 Tagen zeigen Spanien, Argentinien und Frankreich, 7 der Länder haben eine 7-Tages-Inzidenz über 50/100.000 Ew., 5 Länder über 100/100.000 Ew..</p> <p>! 41 Länder/Territorien mit einer 7-Tages-Inzidenz > 50 Fälle / 100.000 Ew.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 Länder in Afrika, allg. Rückgang in Afrika zu verzeichnen. ○ Amerika: v.a. Südamerika sehr stark betroffen. ○ Asien: Israel zeigt aufsteigenden Trend, partieller Lockdown in 30 Gebieten, auch in Myanmar steiler Anstieg seit Mitte August ○ Europa: 9 Länder, wie am Mittwoch, Anstieg in mehreren Ländern ○ Ozeanien: In Neuseeland Maßnahmen in Auckland bis Mitte Sept. verlängert <p>! Zusammenfassung der Europäischen Subregionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Subregionen in der EU/EEA/UK-Region und Schweiz mit einer 7- Tages-Inzidenz >50 pro 100.000 EW: Belgien (1), Frankreich (4), Kroatien (6), Norwegen (1), Portugal (1), Rumänien (9), Schweiz (2), Spanien (18), Tschechien (1), Vereinigtes Königreich – Gibraltar (1) (Datenstand 03.09.) ○ Seit 01.09. neu auf der Liste: Frankreich (Nouvelle-Aquitaine), Norwegen (Viken), Portugal (Lissabon) ○ Seit 01.09. nicht mehr auf der Liste: Kroatien (Brodsko-Posavska), Rumänien (Dâmbovița, Ilfov) ○ In Frankreich gibt es sehr große Unterschiede der regionalen Inzidenzen. BMG versucht Regionalisierung aufrecht zu erhalten. 	<p>ZIG1, BMG</p> <p>FG32</p>

	<p>! Frankreich und Niederlande haben für sich selbst für die ECDC-Karte community transmission angegeben.</p> <p>! Es gibt einen Vorschlag von ECDC und EC zur Ausweisung von Risikogebieten: Wenn Länder über Grenzwert von 50/100.000 Ew. in 2 Wochen und Positivitätsanteil unter 3% sollen sie nicht als Risikogebiet ausgewiesen werden und keine Reiserestriktionen gelten.</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <p>! Da am Donnerstag nur bis 16 Uhr manuell eingelesen wurde, fehlen 650 Fälle, wodurch die Fallzahlen und weiteren Daten für den heutigen Tag nicht interpretierbar sind. Daher sind die ersten drei Folien ebenfalls nicht aussagekräftig. Auf der Webseite ist ein Disclaimer geschaltet und auf dem Dashboard soll auch ein Disclaimer geschaltet werden.</p> <p>! Die Daten konnten inzwischen eingelesen werden und es soll noch ein weiterer Datenstand 8 Uhr erzeugt werden, um damit weiterzuarbeiten. Sollte es nicht möglich sein einen weiteren Datenstand zu erheben, kann der Lagebericht nur sehr verkürzt erscheinen und die Daten werden am morgigen Tag dazu addiert, so dass es ggf. viele Nachfragen gibt. Priorität hat daher, dass ein weiterer Datenstand erstellt und die Fallzahlen auf der Webseite und dem Dashboard aktualisiert werden.</p> <p>! Labortestungen: Anzahl Testungen gestiegen, 50.000 mehr durchgeführt, Positivenanteil etwas gesunken, Testkapazitäten niedriger als in Vorwoche. Probenrückstau hat über die Zeit deutlich zugenommen: 49 Labore haben Lieferschwierigkeiten benannt, in der KW35 wurde das erste Mal genannt, dass MA knapp werden.</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Vorbereitung der Kosovo-Mission mit FG32, dazu auch enge Zusammenarbeit mit Bundeswehr</p> <p>! Austausch mit Kanadiern: Kanadier haben Dank ausgedrückt, interessiert an weiterer Forschungskollaboration</p> <p>! Risk Communication and Community Engagement (RCCE) during the COVID-19 pandemic: a multi-site international study (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vorstellung der ZIG2 COVID-19 Forschungsprojekte: u.a. ist geplant den Einfluss der COVID-19 Pandemie auf Gesundheitssysteme zu untersuchen (Malaria in Guinea, Liberia und Sierra Leone, Hepatitis B und C in Osteuropa (FG34)) ○ Risk Communication and Community Engagement (RCCE) 	<p>ZIGL</p> <p>ZIG2</p>

Antigen-Selbstteste

- ! RKI ist zuständig nach Medizinprodukteabgabeverordnung für die Genehmigung von Selbsttesten bei meldepflichtigen Erkrankungen
- ! Ein Hersteller hat angekündigt, dass in Kürze ein Antigen (AG)-Test zur Verfügung steht, Apothekerverband hat sich daraufhin geäußert, dass sie an Laien, außer in Ausnahmefällen keine Teste abgeben dürfen. Der Hersteller hat mit dem RKI noch keinen direkten Kontakt aufgenommen.
- ! Rechtslage wurde geprüft: Das Medizinprodukt muss nach IVD verkehrsfähig sein und ein CE-Zertifikat haben, der Hersteller muss Genehmigung beim RKI beantragen. Gründe müssen im RKI geprüft werden – neben der Verlässlichkeit des Testes, muss auch die Frage geklärt werden, ob die Genehmigung aus Gründen des Gesundheitsschutzes sinnvoll ist.
- ! Zunächst müssen die Leistungsparameter geprüft werden. Der Test muss hinreichend sicher sein und ein hinreichend sicheres Ja/Nein-Ergebnis liefern. Die prädiagnostischen Schritte (bes. Probenentnahme) sind zu beachten.
- ! Vor- und Nachteile müssen gut gegeneinander abgewogen werden. Nachteile u.a. für das Meldesystem und Kontaktpersonennachverfolgung, Vorteile ggf. unmittelbare Selbstisolation.
- ! Bisher ist ein Selbsttest nur für HIV genehmigt worden. Bei HIV muss das Ergebnis aber bestätigt werden, damit die Patienten eine Therapie erhalten.
- ! Antikörper- und AG-Test und PCR-Teste werden in Presse oft nicht sauber unterschieden.
- ! In der BMG-AG Testung wird derzeit der Nutzen von AG-Testen diskutiert und ein entsprechender Bericht für die GMK bis 08.09. beantwortet. Mo, 10 Uhr TK mit BfARM und Diskussion zu Standards mit Hr. Drosten und Hr. Nitsche. Enge Abstimmung mit dem BMG zu den Indikationsgebieten für den Einsatz von AG-Testen (bspw. im Rahmen einer Vortestung zur Entlastung von Pädiatern). Die AG beschäftigt sich auch mit Fragen der Qualität der Teste.
- ! Verstärkte Einbeziehung der Abt 3 in die BMG-AG Diagnostik (u.a. zur Thematik der Surveillance-Systeme, Diagnostik von Kindern und Jugendlichen) wäre wünschenswert und die Ergebnisse sollten zu einem Zeitpunkt im Krisenstab vorgestellt



	<p>werden, zu dem noch Änderungen möglich sind. Es sollte bedacht werden, dass bei einer AG im BMG eine Trennung zw. fachlichen und politischen Aspekten schwierig ist.</p> <p>! Sollte es sich abzeichnen, dass Selbstteste genehmigt werden, muss die Kommunikation dazu rechtzeitig vorbereitet werden.</p> <p><i>ToDo: Hr. Melitz und Presse entwerfen eine Sprachregelung zur Antwort auf die Fragen aus der Presse, die sich auf den formalen Prozess beschränkt.</i></p> <p><i>ToDo: Hr. Mielke spricht Punkt der Selbstteste in der BMG-AG Diagnostik an, so dass auch die Selbstteste explizit in dem Bericht adressiert werden. Er stellt am Montag die Ergebnisse der Diskussion um die AG-Teste im Krisenstab vor.</i></p> <p><i>ToDo: LZ setzt Testkriterien im Hinblick auf PCR-Testungen auf die Agenda einer der nächsten Krisenstabssitzungen.</i></p>	
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
7	<p>Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>! Fr. Neuhauser wurde kontaktiert als beratendes Mitglied im Lenkungsausschuss Nationales Pandemie Kohorten Netz (NABKON) mitzuarbeiten (s. Projektskizze). Es sollen drei Kohortenplattformen aufgesetzt werden. Weitere Information dazu von Interesse.</p> <p><i>ToDo: Fr. Neuhauser wird beratendes Mitglied im Lenkungsausschuss NABKON und informiert den Krisenstab in regelmäßigen Abständen über die Vorhaben der NABKON.</i></p> <p>RKI-intern</p> <p>Differenzierung zwischen COVID-Fall, -Erkrankten und SARS-CoV-2 Infizierten</p> <p>! Von Laien wird häufig ein COVID-19-Fall mit einer COVID-19-Erkrankung gleichgesetzt, da der Begriff COVID-19 die Bezeichnung der Erkrankung ist.</p> <p>! Die weitere Differenzierung/Erklärung der Begrifflichkeit COVID-19-Fall soll im Lagebericht in der Einführung eingefügt werden (inkl. Referenz für internat. Std. der WHO/ECDC) und weitere Erläuterungen unter Hinweise zur Datenerfassung und –bewertung gesetzt werden. Die Falldefinition sollte nicht geändert werden.</p> <p>! Auf dem Dashboard und der Webseite sollte diese Definition im</p>	<p>AL2</p> <p>VPräs, AL1, AL3, FG36, FG37, FG32</p>

	<p>Disclaimer wiederholt werden.</p> <p>! Zusätzlich soll im Lagebericht der Anteil der COVID-19-Fälle genannt werden, für die keine Symptome angegeben wurden (ca. 12/13%). Der Anteil passt zu den Ergebnissen des Anteils der asymptomatischen Infektionen im Rahmen der serolog. Studien. Die Info, dass es sich um eine Momentaufnahme handelt und die Symptome zum Teil nachgetragen werden, sollte ggf. auch unter klin. Aspekte eingefügt werden.</p> <p><i>ToDo: Lagebericht, Webseite und Dashboard werden entsprechend angepasst.</i></p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>! Dokument „Allgemeine Hinweise für Gesundheitsbehörden zur Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit marginalisierten Bevölkerungsgruppen“ ist online.</p> <p>! Überarbeitung des Dokuments zum Kontaktpersonenmanagement besprochen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn in Allgemeinbevölkerung beide Personen MNS/MNB tragen, können sie bei engem Kontakt über 15 min als KP2 eingestuft werden. ○ Im medizinischen Setting kann medizinisches Personal (unabhängig davon, ob der Pat. MNS/MNB getragen hat) bei Tragen von MNS und engem Kontakt über 15 min als KP3 eingestuft werden. ○ Grundsätzlich ist im medizinischen Setting allerdings Doublemasking etabliert und sollte auch weitergeführt werden. ○ Bei KP3 wurden die organisatorischen Maßnahmen gestrichen, da sie in anderen Dokumenten ausführlicher dargestellt sind, allg. Hinweise werden belassen. <p><i>ToDo: W. Haas finalisiert Kontaktpersonenmanagementdokument.</i></p>	
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! ZBS1 wird am Montag über erste Austestungen eines Lateral Flow AG-Tests und eines isothermalen Tests berichten.</p>	ZBS1
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Thema der aerosolproduzierenden Maßnahmen wurde in KRINKO reingetragen und wird dort diskutiert</p>	



13	Surveillance ! Nicht besprochen	
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Aussteigekarten: Das BMG steht mit der Deutschen Post (DP) in Verhandlung, damit sie in großem Umfang die Aussteigekarten einscannet und an die Landesämter und GÄ sendet. Das BMG möchte, dass das RKI für dieses Projekt als Auftraggeber fungiert. Rechtlich ist dies möglich. Es sind allerdings Datenschutzfragen zu klären, u.a. um die Verantwortlichkeit für Aussteigekarten, die nicht richtig ausgefüllt werden können (Clearingstelle). Aus Kapazitätsgründen soll versucht werden den Aufwand möglichst zu reduzieren und wenn möglich sollte die Clearingstelle nicht im RKI angesiedelt werden. ! Für die Zukunft ist ein Projekt für digitale Einreisemeldungen geplant. Für dieses Projekt soll ebenfalls das RKI der Betreiber werden. ! Es wurde gegenüber dem BMG kommuniziert, dass das RKI/Abt. 3 mit einem weiteren Großprojekt unter bekanntem IT-Mangel höchstwahrscheinlich nicht mehr arbeitsfähig wäre und andere wichtige Aufgaben nicht mehr geleistet werden können. ! Im Rahmen der IFG ist das LZ auch am Rande der Möglichkeiten angekommen. Es gab zuletzt eine Anfrage, die technisch derzeit nicht zu beantworten ist (Anfrage zu eingehenden und ausgehenden E-Mails, System bricht bei Abfrage zusammen). <i>ToDo: Hr. Mehlitz, Fr. Rexroth, Fr. an der Heiden und Hr. Hamouda schreiben einen Initiativbericht ans BMG, in dem sie auf die Probleme mit diesen Aufgaben und die möglichen Folgen hinweisen.</i>	FG32
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Nicht besprochen	
16	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag, 07.09.2020, 13:00 Uhr – 15 Uhr, via Vitero	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	07.09.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG13
 - Jennifer Bender
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG24
 - Thomas Ziese
 - Alexander Rommel
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - Muna Abu Sin
- ! FG38
 - Nadine Zeitlmann
 - Ulrike Grote
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! IBBS
 - Christian Herzog

- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Maud Hennequin
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Christophe Bayer

	<p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 250.799 (+814), davon 9.325 (3,7%) Todesfälle (+0), Inzidenz 302/100.000 Einw., ca. 225.000 Genesene, Reff=1,12; 7T Reff=0,95 ○ Aktuell auf ITS 228 (+10), davon beatmet 134 (+8) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Am Wochenende haben 14 von 16 BL übermittelt, keine Übermittlung aus MV wegen geringer Fallzahlen und aus Hamburg wegen technischer Probleme. ▪ Fallzahlen sind wieder etwas höher als WE davor, R-Wert ist leicht über 1, kaum Unterschiede bei Anzahl Personen auf ITS. ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesamt-Inzidenz seit längerem auf Plateau ▪ Entspannung in Hessen ▪ Fallzahlen in BY und BW noch nicht rückläufig. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Höchste Inzidenzen in SK Landshut und SK Memmingen, vor allem auf Reiserückkehrer zurückzuführen ▪ Inzidenz in München > 35 ▪ Relativ hohe Inzidenz in Berlin Friedrichshain, bisher auf kein spezifisches Geschehen zurückzuführen ○ Frage: Sollte das Wording im Lagebericht bereits angepasst werden? Stabilisierung ist nach wie vor in Ordnung. Sollte im Lagebericht eine sinkende Tendenz erwähnt sein, sollte diese rausgenommen werden. <p><i>ToDo: Anpassen des Wording der Zusammenfassung und allgemeinen Einordnung im Lagebericht und Altersverteilung ansehen, gehen die Fallzahlen bei den Älteren hoch? (FG 32)</i></p> <p>! Flussschema COVID-19 Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Jeder mit akuten respiratorischen Symptomen soll getestet werden, unabhängig von Risikofaktoren. ○ Frage: Könnte das in der Erkältungssaison zu sensitiv sein und zu viele Teste generieren, die dann evtl. nicht mehr abgearbeitet werden könnten? Sollten für den Herbst ggf. etwas weniger sensitive Testkriterien vorbereitet werden? ○ So sagt z.B. das Kultusministerium in Berlin, dass Kinder bei 	<p>Schaade / Alle</p>
--	--	---------------------------



	<p>unspezifischen Erkältungssymptomen ohne Fieber nicht getestet werden müssen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ECDC nennt Husten, Fieber oder Atemnot. Möglicherweise könnten Symptomkombinationen oder Zusatzkriterien epidemiologischer Art verwendet werden. ○ Eine Teststrategie ist vorhanden. In dieser wird die Testung symptomatischer Patienten priorisiert. 2.Priorität haben Kontaktpersonen der Kat 1. ○ Auf Routinetestung und Screeningmaßnahmen könnte zuerst verzichtet werden. ○ Bei Isolierung und Quarantänezeitverkürzung mit abschließenden Tests könnte die Quarantänezeit wieder verlängert und auf Tests verzichtet werden. ○ Solange es möglich ist, sollte ausreichend breit getestet werden. Die Testung sollte erst eingeschränkt werden, wenn die Testkapazitäten knapp werden, dann Einschränkung nach Symptombild, Risikogruppe oder Risikoeinrichtung. ○ Wenn nicht mehr alle symptomatischen Personen getestet werden, hat das Einfluss auf das ganze System der Kontaktpersonen Nachverfolgung. Die aktuelle Containment-Strategie trägt dazu bei, dass in Deutschland die Situation weiterhin stabil ist. ○ RKI sollte sich nicht ganz von gelebter Praxis entfernen, Empfehlungen sollen in der Praxis anwendbar sein. Bisher folgen nur Kultusministerien nicht, die von Kinder- und Jugendmedizinern beraten werden. ○ Die Kombination von Symptomen und individuellem Risiko könnte bei nicht ausreichender Testkapazität eine Strategie sein. Für eine individuelle Risikoabwägung müsste ein Arzt die Expositionssituationen evaluieren. Ein Expositionsansatz wäre auch besser als ein regionaler Ansatz. ○ Herausforderung: auf welche Szenarien bereiten wir uns vor? Bei einer sustained community transmission wäre eine grundlegend andere Teststrategie nötig. <p><i>ToDo: Teststrategie bei einzelnen Szenarien im Strategiepapier überlegen; Arbeitsauftrag für Strategiegruppe, FF Fr. Hanefeld, Hr. Mielke (AG Diagnostik?)</i></p> <p>! Verkürzung Isolierungsdauer</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In der Presse herrscht ein großes Durcheinander zwischen 	<p>Schaade / Alle</p>
--	--	---------------------------

	<p>Isolierung und Quarantäne und Aussagekraft der Ct-Werte.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ist es sinnvoll nach Ct-Werten zu entscheiden, ob ein Patient infektiös ist? Es handelt sich um eine individualmedizinische Testperspektive: wie geht man grundsätzlich mit infektiösen Personen um, wie gut ist die Probe (schwankt über den Tag)? ○ Hilfreich wären solide Studien, die die Symptomatik mit der Virusausscheidung korrelieren. Wie weit ist die Virusausscheidung vorverlagert? Wie lange ist sie noch so relevant, dass Personen isoliert werden müssen? Wenn solche Studien vorhanden wären, könnte anhand der Symptomatik entschieden werden. Bisher keine Studien bekannt. ○ Um alle Begrifflichkeiten und deren Zusammenhänge zu erklären, wäre eine FAQ überfrachtet. Ein Vorschlag wäre deshalb, einen Epid. Bull.-Artikel mit grafischen Darstellungen zu schreiben. ○ Presse: Eine FAQ zu Isolierung und Quarantäne gibt es bereits. Die Frage ist, ob sie ausreichend ist. <p><i>ToDo: Schreiben eines Epid.Bull.-Artikels; FF Autorenteam aus IBBS, FG37, ZBS, Max von Kleist und FG17; Zeitrahmen bis Mitte nächster Woche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Themen: Begriffsklärungen, Viruskinetik, Ansteckungsfähigkeit, Aussagekraft von Ct-Wert und von Antigen-Testen. Klärung von Zusammenhängen, Erläuterung anhand von Grafiken. ○ In Hinweisen zur Diagnostik ist eine Korrelation von Viruslast und Infektiosität enthalten. Vergleich mit Symptomatik ist nicht vorhanden. ○ Ein Erlassbericht zur Verkürzung der Quarantäne ist schon letzte Woche ans BMG gegangen und kann mitverwendet werden. ○ Eine Verkürzung der Quarantänezeit führt zu Verlust an Sicherheit, für die Modellierung Hr. von Kleist dazu nehmen. 	
2	<p>Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung ! Nicht besprochen</p>	Alle



5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Letzte Woche wurden Links rumgeschickt. Einer verweist auf die Beschreibung der Risikosituationen. Wäre es sinnvoll einen Fragebogen mit den Risikosituationen für Praxen und den öffentlichen Gesundheitsdienst zu erstellen?</p> <p>! Soll am Mittwoch nochmal besprochen werden.</p> <p>Presse</p> <p>! Nichts Neues</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Es gibt einen Vorschlag von Europäischer Kommission und ECDC mit einem differenzierteren System für die Ausweisung von Risikogebieten (zu finden auf Webseite von ECDC).</p> <p>! Hierbei werden neben Inzidenz weitere Indikatoren verwendet, wie Zahl der Testungen pro Woche und Positivenrate</p> <p><i>ToDo: Bewertung vom RKI erwünscht, FF ZIG</i></p>	<p>BMG-Liaison</p>
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>! Die Krankheitslast durch COVID-19 in Deutschland (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ziel <ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankheitslast von Covid-19 einordnen, Methoden entwickeln ▪ Bereits verschiedene Studien aus anderen Ländern vorhanden ○ Krankheitslast <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zentraler Indikator: durch Krankheit und Tod verlorene Lebensjahre (DALY), hat eine Morbiditätskomponente, durch Krankheit verlorene gesunde Lebenszeit (YLD) und eine Mortalitätskomponente, durch vorzeitiges Versterben verlorene Lebensjahre (YLL) ▪ Datenbasis sind Meldedaten ▪ Geografisch ist eine Nord-Ost/Süd-West Teilung von Deutschland sichtbar. ▪ 103 DALY/100.000 Einwohner, zu 99% auf vorzeitiges Versterben zurückzuführen ▪ DALY steigen mit Alter stark an ▪ Anteil der YLD an den DALY geht mit dem Alter zurück 	<p>FG24 Rommel /FG34 /FG37</p>

- Zeitliche Entwicklung verlorener Lebensjahre
 - Bekannter Krankheitsverlauf mit Peak im April, zeitweise im Bereich einer beträchtlichen Krankheitslast, vergleichbar mit dem Tagesmittel von 2017 bei Trachea-, Bronchial- und Lungenkrebs.
 - Das COVID-Tagesmittel von März-August liegt eher im Bereich von unteren Atemwegsinfektionen.
 - Aktuell Infizierte schlagen sich nicht in Krankheitslast nieder.
- Verlorene Lebensjahre (YLL)
 - Alter und Geschlecht: deutliche Geschlechterunterschiede: Männer $\bar{\text{ø}}$ 12,0 Jahre, Frauen $\bar{\text{ø}}$ 8,7 Jahre
 - Relativ großer Anteil der Krankheitslast bei Personen < 70 Jahre: $\bar{\text{ø}}$ 25 Jahre
- Fazit & Ausblick
 - Krankheitslast:
 - ! entsteht überwiegend durch vorzeitiges Versterben,
 - ! war zeitweise sehr hoch, seit Mai/Juni stark rückläufig,
 - ! entfällt zu 1/3 auf Personen unter 70 Jahren, zu 2/3 auf Männer
 - Zurzeit letzte Abstimmung der Publikation, Einreichung bei Bundesärzteblatt nächste Woche geplant
- Noch wurde nicht berücksichtigt, dass Krankheit Spätfolgen hat, sollte unbedingt mit ins Papier hinein.
 - Spätfolgen sind eine Limitation, werden bei der klassischen Burden of Disease Berechnung aber häufig nicht einbezogen.
- Wurden Komorbiditäten mitberücksichtigt?
 - Es gibt eine Studie aus Schottland, bei der auf Vorerkrankungen kontrolliert wurde. Normalerweise wird dies jedoch nicht gemacht. Wird im Papier aber diskutiert.
- Meldedaten eignen sich nicht für Fragen zum längeren Verlauf. Langzeitfolgen können in Daten nicht untersucht werden.
- Gibt es Überlegungen einen Prozentsatz der Untererfassung einfließen zu lassen?
 - Die Berechnung basiert auf Fällen, die gemeldet wurden. Untererfassung korreliert wahrscheinlich mit leichtem Verlauf. Bei Verstorbenen wird davon ausgegangen, dass Untererfassung nicht so groß war.
 - Annahme, dass nur leichte Fälle untererfasst werden, ist nicht zulässig. Bei älteren Menschen könnte genau das Gegenteil der Fall sein. -> wird in Diskussion mitaufgenommen

ToDo: Papier soll zur Abstimmung auch an FG36 und AL3 gegeben werden.

	<p>Kopfschmerzen, Husten, Geschmacksverlust und Fieber genannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Transmissionskette (modelliert, da manche Fälle mehr als eine Quelle nannten): <ul style="list-style-type: none"> ▪ mittleres serielles Intervall: 4,7 Tage, mittlere Inkubationszeit: 5 Tage, mittlere Generationszeit: 4,8 Tage ▪ Kein asymptomatischer Fall als Quellfall ○ Transmissionraten auf Kontaktpersonen <ul style="list-style-type: none"> ▪ höchste Transmissionsrate in präsymptomatischer Phase ○ Schlussfolgerungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitation: Basis ist Auskunft der Fälle, Kontaktpersonen wurden nicht kontaktiert ▪ Potentielles Super-Spreading bei kleineren Massenveranstaltungen ▪ Keine Infektionen ausgehend von asymptomatischen Fällen ▪ Höchste sekundäre Transmissionsrate in präsymptomatischer Phase ▪ Wichtige Daten zu Generations-/Inkubationszeit und seriellem Intervall ○ Manuskript ist fast fertig, soll bald in Emerging Infectious Diseases und für die Escaide eingereicht werden. ○ Bewertung Einsatz: viel Routinearbeit, deshalb sind Containment Scouts sehr wichtig; unzureichende IT-Nutzung, sehr viel Nachholbedarf 	
<p>13</p>	<p>Surveillance</p> <p>! Corona-KiTa-Studie (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklung setzt sich fort. Inzidenzen steigen weiter an und liegen leicht über Niveau Vorjahr; Nachweise von Rhinoviren. ○ Entwicklung der Fallzahlen: 0-5 Jahre <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittlerweile wieder KiTa-Regelbetrieb in allen BL, COVID-19 Fallzahlen gehen zurück. ○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurzer Anstieg um 33.Woche, dann Rückgang ○ Betreuung in einer Einrichtung gemäß §33 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Steigender Anteil bedeutet nicht automatisch, dass Fälle durch Betreuung infiziert wurden. ▪ Kann in naher Zukunft genauer analysiert werden. ○ 3 neue Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Rahmen einer Eingewöhnung, eine betroffene Erzieherin war gruppenübergreifend tätig. ▪ 5 Kinder und 4 Erzieherinnen, vermutlich mehrere Gruppen betroffen. ▪ Kleiner Ausbruch mit 2 Fällen bei Erziehern. ○ 2 neue Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lehrerin als Indexfall, bis auf 1 Schüler alle 	<p>FG36 (Haas)</p>



	<p>asymptomatisch</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 Schüler und 3 Lehrerinnen, vermutlich mehrere Klassen betroffen, vermutlich von Lehrerin ausgegangen 	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zurzeit diverse Erlasse ! Aussteigekarten: Zwischenlösung mit RKI als Auftraggeber für Deutsche Post, Datenschutzfolgeabschätzung erforderlich. ! Evaluierung, wie gut DEMIS als dauerhafte Lösung für digitale Aussteigekarten wäre. Kapazitäten sind sehr limitiert, im Moment Lösung mit DEMIS nicht sinnvoll. 	FG32
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMG schickt in letzter Zeit Dokumente zur Publikation direkt an RKI webmaster - mit der Folge von mehreren zusätzlichen Kommunikationen, ob das bereits abgestimmt war usw. <ul style="list-style-type: none"> ○ Sorgt für Verwirrung bei Presse, welche Version publiziert werden soll. Besser wäre nur das fertige Produkt an Presse zu schicken. <p><i>ToDo: Fr. Hanefeld meldet an BMG zurück, dass Dokumente an Schichtleitung oder ZIG geschickt werden sollen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nach Freigabe durch Schichtleitung oder ZIG gehen die Dokumente an die Presse. ○ RKI sollte nicht nur Plattform und Sprachrohr von BMG werden. 	FG32
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>!</p>	
17	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	09.09.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Marc Thanheiser
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG23
 - Antje Gößwald
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1
 - Ester-Maria Antao
- ! Presse

- Marieke Degen
- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin
 - Regina Singer
- ! BMG
 - Iris Andernach
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Vergleich zur Vorwoche verzeichnet Frankreich unter diesen Ländern die größte Zunahme ▪ Brasilien schwankt zwischen Zu- und Abnahmen, ansonsten keine besonderen Änderungen ○ Übersicht globale Situation nach WHO Regionen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Südostasien trägt zunehmend mehr zum Geschehen bei, vor allem durch Indien getrieben ▪ Anteil Europa steigt an ▪ Afrika und Westpazifik nur kleinen Anteil ▪ Ostmediterrane Region relativ gleichbleibend ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. auf Länderebene <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl der Länder mit 7-T-I >50/100.000 hat abgenommen und liegt jetzt bei 37 (vorher 41), keine neuen Länder hinzugekommen ▪ Afrika: Inzidenzen bis auf Libyen abnehmend ▪ Amerika: Südamerika weiterhin sehr stark betroffen ▪ Europa: zwei Mikroregionen (San Marino, Monaco) sind nicht mehr dabei, dafür Anstieg in anderen Ländern und Regionen ▪ Noch nicht auf der Liste aber exponentieller Anstieg in Tschechien und Ungarn, in letzterem knapp 50% der Fälle aus Budapest, das mittlere Alter der Fälle liegt um die 30, eher jüngere Gruppen betroffen ▪ Ozeanien: wenig Veränderungen, Inzidenzen nehmen (bis auf Guam) ab ○ Inzidenzen >50/100.000 Einw. in Subregionen in EU/EEA/UK & CH <ul style="list-style-type: none"> ▪ Albanien: eine Region (Hauptstadt) ▪ Frankreich: zunehmend mehr Regionen betroffen (7) ▪ Niederlande: bereits im Juli höhere Fallzahlen, jetzt neu mit den Provinzen Nord- und Südholland, Inzidenzen steigen stetig an, weitere Regionen sind zu erwarten ▪ Spanien: 18 Regionen, keine neue seit dem 07.09. ▪ Rumänien: 13 Regionen wovon 4 neue seit dem 07.09. <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlen sind aktuell vielerorts hoch aber die 	ZIG1

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>wird eine Herbstferien Reisewelle geben, die Folgen hiervon werden wegen der fließenden Übergänge wahrscheinlich nicht klar auseinanderzuhalten sein (z.! . unterschiedliche Ferientermine)</p> <p>! Syndromische Surveillance (mittwochs) (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ARE Aktivität GrippeWeb: in letzten Wochen gab es einen Anstieg bei Kindern, ein solcher ist jedes Jahr mit Ende der Sommerferien zu beobachten ○ Konsultationsinzidenz bundesweit: extremer Rückgang der ARE-Arztbesuche nach KW 12, anschließend erneuter Anstieg bei Kindern, jetzt, wo in vielen BL die Schule wieder begonnen hat ist sowohl bei Kindern als auch älteren ein Konsultations-Anstieg sichtbar ○ Beispiel Bayern Altersverteilung COVID-19- (durchgehende Linie) und ARE Konsultations-Inzidenz (gestrichelt): bei letzterer geht es in Richtung der älteren, bei COVID-19 ist die Altersgruppenverteilung umgekehrt, ansteigend in den letzten Wochen bei 15-34-jährigen, jetzt etwas rückläufig ○ ARE-Konsultationsinzidenz folgt ihrem üblichen Muster und wurde lediglich durch die Maßnahmen leicht beeinflusst ○ ICOSARI: Anteil von laborbestätigten COVID-19 unter SARI Fällen ist mit ca. 3% stabil in den ganzen letzten Wochen <p>! Testkapazität und Testungen (mittwochs) (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl Testungen pro 100.000 nach Altersgruppen: ist über alle Altersgruppen scheinbar rückläufig aber mit Vorsicht zu interpretieren ○ Erstmalig gibt es weniger Tests in allen Altersgruppen, es bleibt zu beobachten ob sich dies stabilisiert, bei 15-34-jährigen wird genau so viel getestet wie bei älteren ○ Es sind zwei große Labore hinzugekommen die jetzt auch melden, deswegen ist dies noch nicht klar interpretierbar ○ Testverzug (Abnahmedatum bis Labortestung): ansteigend aber <1,4 Tage, dies muss beobachtet werden, da das hohe Testniveau ggf. nicht mehr so flüssig abgearbeitet werden kann ○ Darstellung der Testungen nach Abnahmeort (auf 100% Aufteilung): Arztpraxen (eher Zunahme), KKH (abnehmend) und andere (Testzentren, GA-organisierte Testungen, Flughäfen, Busbahnhöfen) 	<p>FG37</p>
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	Vergleichen, Kollaboration RKI Abt. 2 und 3, Link hier: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/JoHM/2020/JoHM_Inhalt_20_S07.html	
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FG17: Probeneinsendungen auf üblichem Niveau, nur Rhinovirus Nachweise ! Übergang auf multiplex PCR wird vorbereitet, andere saisonale Coronaviren werden einbezogen ! Vorbereitung der Influenza Saison ! Influenza <ul style="list-style-type: none"> ○ In der Südhalbkugel gibt es aktuell kaum Nachweise, dies könnte eventuell auf einen Erfolg der Maßnahmen deuten ○ Global sind nur 46 Influenza Nachweise an die WHO gegangen, das sind sehr wenige und es gibt nur eine geringe Positivrate ○ Bei den IfSG-Meldungen gibt es das übliche Sommerniveau an Influenzameldungen, ggf. wird in Deutschland insgesamt auf Atemwegserreger mehr getestet als anderswo? Hierzu ist den anwesenden Personen nicht mehr bekannt ○ Wenige Länder in der Südhalbkugel machen zusätzlich zu Influenza Sentinel noch Standard-Laborbestätigung und –Meldung, für Europa sollte dies noch eruiert werden, ggf. bei RespVir ○ Könnten die Isolate aus den Laboren auch ans RKI gehen? Es werden in den meisten Fällen positive PCR-Nachweise sein und keine Isolate oder Anzuchtung, die noch weiter untersucht werden könnten, Proben werden normalerweise nach 7 Tagen verworfen ○ Im Sommer könnte dies in die integrierte molekulare Surveillance Strategie mit aufgenommen werden zur weiteren Charakterisierung im nationalen Referenzzentrum ○ Dies wäre auch für die WHO hilfreich da sie im Sommer praktisch keine Informationen erhalten haben und aktuell eine sehr magere Datenbasis gegeben ist, dies wird unter den Influenza-mitarbeitenden weiter besprochen 	FG17
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zur Kenntnis: in der AGI findet aktuell die Abstimmung eines Dokumentes zu Veranstaltungen statt 	FG32

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>letzten 30 Tagen (COVID-19 in Meldedaten) sind in Vorbereitung</p> <p>! Jedes BL sieht nur seine Daten und die seiner GA, GA sehen nur die Informationen zu wenigen Indikatoren für ihren Kreis</p> <p>! Dies wurde noch nicht verteilt aber bereits mit der AGI diskutiert und abgestimmt, jetzt wird es mit den Landesämtern besprochen und dann hoffentlich automatisch einmal pro Monat verteilt</p> <p>! Ein anonymes Beispiel zur Darstellung ist in Vorbereitung</p> <p>! Dies soll helfen zu sehen, wo die Kreise stehen, letztendlich ist eine Verbesserung der Datenqualität erhofft durch das Identifizieren und Erheben von möglichen Problemen</p>	
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
15	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Nicht besprochen</p>	alle
16	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 11.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	11.09.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Leitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! L1
 - Joachim-Martin Mehlitz
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Marc Thanheiser
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Michaela Diercke
- ! FG 33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
 - Stefan Kröger

- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! P1
 - Mirjam Jenny
- ! Presse
 - Maud Hannequin
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss

	<p>! Präs bittet um Findung eines pragmatischen Kommunikationsweges zur im Oktober anstehenden Regelung</p> <p>b) RKI-intern</p> <p><i>ToDo:</i> -Zum Pakt ÖGD: Beim nächsten Jour Fixe beim BMG nachfragen, inwiefern Gelder an das RKI geht -Zum Ministertermin: Fr. Michel erstellt Gesprächsnotiz zur Veraktung -Leitung bittet -als eine Kommunikation zur im Okt. anstehenden Quarantäneänderung- um einen Artikel im Epi Bull. zur Bedeutung einer Verkürzung der Quarantänedauer. Mit Fokus auf das entstehende Infektionsrisiko. Drafting Group sollte Mitte nächste Woche draft abgeben und zügig publizieren. FF Bettina Rühle</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>! Umfangreiche Updates zum Kontaktpersonenmanagement Als Info Punkt für alle</p>	FG36, 37
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>! 673 untersuchte Proben ! 7,3% pos. Rate ! Promo-Proben aus Straubingen untersucht bislang alle negativ</p> <p>! Arbeitsschutz steht vor der Fertigstellung</p>	FG17 IBBS
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Webseminare erhalten viel Interesse ! Telemedizin Unterstützung beides läuft zum Ende des Jahres aus; wird zu Nachfragen dann führen, läuft bisher sehr gut</p>	IBBS
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Surveillance</p> <p>! In der nächsten Woche wahrscheinlich SurvNet-Update ! Kooperationsanfrage der Charité durch Prof. Kuhlmeier zu COVID-19 in der Gerontologie. Möchten IfSG-Meldedaten zu COVID-19 einbeziehen. Diese Daten würden zusätzlich zu GKV-Daten ausgewertet werden. Für Meldedaten braucht die Charité Expertise zu den Meldedaten. Fr. Diercke schlägt Meldedatengruppe vor. Dies erfordert Koop-vertrag und Datenschutzvereinbarung. Im FG37 sind schon Aktivitäten zur Auswertungen von COVID-19 Fällen in Pflegeheimen (Fr. Schweigert). Gerne kann sie unterstützen.</p>	FG32 FG23/ FG32/ FG37
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Update Scanlösung der Aussteigekarten Soll am kommenden Montag starten, es fehlt noch Kostenzusage an RKI für den Vertrag mit der Post: bei Übernahme der Lösung sollen 30T Euro gezahlt werden; Pauschale für 14T/Monat; Bei</p>	L1

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>knapp 100 T Euro/Monat plus Mwst.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ein Amtshilfegesuch von Rheinland-Pfalz noch offen ! Am Sonntag muss Datenschutzabfolge fertig sein, zunächst auch ohne vorab Bundesdatenschutz; RKI gut im Zeitplan ! Zweiter Teil der Lösung ist die Einführung einer bundesweiten Reisedatenbank. Diese wird unter dem IfSG als Nebensystem von DEMIS etabliert ! Schaade mit Rottmann gesprochen, dass dies personell mehr fordert und rechtlich vielleicht nicht in IfSG verankert. Daher wird zweite Lösung angedacht und die die Scanlösung wird länger als Oktober bestehen. RKI und BMI sehen diese Daten eher im BMI-Bereich. 	
<p>14</p>	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMG Termin zur Kürzung bzw. Frequenzreduktion des täglichen Lageberichts <ul style="list-style-type: none"> o Minister Spahn stimmte der Kürzung zu, möchte aber weiterhin täglich die Tabelle zu den Pflegeheimen o Es erfolgte Abstimmung dazu was am BMG wann gebraucht wird o Gekürzter Bericht wird am Montag einsetzen o Zur Info wird die ab Montag aktuelle Struktur einmal per Mail an Krisenstab geschickt ! Vorstellung Schichten und E-Mail Kommunikation im Lagezentrum (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ! 3.481 Schichten im Lagezentrum-Schichtplan erfasst ! Knapp 150 Mitarbeitende beteiligt <ul style="list-style-type: none"> o Durchschnitt: 24 Schichten/ Person o Median: 15 Schichten o Spanne: 1- 118/ Person ! Fazit: <ul style="list-style-type: none"> o Fast ¾ RKI-interne Kommunikation o März und August bislang größte Belastung o Range: ca. 100 – 900 E-Mails/ Tag o Peak: bis zu 24/ Minute o Samstag: durchschnittlich ruhigster Tag o Hauptaktivität 7.00 bis 22.00 Uhr o Plateau: zwischen 9.00 Uhr und 17.00 Uhr o Ruhezeit: Zwischen 1.00 Uhr und 5.00 Uhr ! Rechtsreferent erhält viele Anfrage nach IFG ! Zur Reduktion der kleinen Anfragen hat Minister Spahn sich bereit erklärt wöchentlich den Gesundheitsausschuss für Bundestag zu halten. Fragen werden vor Ort beantworten, damit weniger kleine Anfragen 	<p>FG32</p> <p>Leitung</p>

15	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag, 14.09.2020, 13:00 Uhr, via Vitero	

Ergebnisprotokoll Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	14.09.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
 - Bettina Rühle
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Marieke Degen
- !
 - ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - Sandra Beermann
 - Sarah Esquevin
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss

- ! Protokoll
 - o Janet Frotscher

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <ul style="list-style-type: none"> ! International ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Vergleich zur Vorwoche verzeichnet Frankreich unter diesen Ländern die größte Zunahme ▪ Indien meldet Tagesrekorde, Hotspot Marrakesch über 1 Mio Fälle / Tag ▪ Afrika: Trend insgesamt abnehmend ▪ Südamerika: Infektionsgeschehen ist ausgewogen ▪ Israel führt ab Freitag, 18.09.2020, für mind. drei Wochen Lockdown durch ▪ Europa Trend steigend (neu auf Liste: Tschechische Republik und Monaco) ! National ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> o SurvNet übermittelt: 260.355 (+927), davon 9.350 (3,6%) Todesfälle (+1), Inzidenz 313/100.000 Einw., 7-Tage-Inz. 10,3/100.000, ca. 233.300 Genesene, Reff=0,1,18 7T Reff=1,04 o In Bayern kleinere Ausbrüche, z.B. in einem Pflegeheim in Kaufbeuren o Ausbrüche in Risikogruppen: hier muss genau beobachtet werden! o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) 	<p>ZIG1 Frau Esquevin</p> <p>FG32 Frau Diercke</p>
2	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mission Kommission Macron (Email von Professor Didier Pittet): Frau Hanefeld informiert über geplanten 2-tägigen Besuch Anfang November, um mit deutschen Akteuren (RKI, Charité) über Verbesserungsmöglichkeiten Frankreichs im Umgang mit Covid-19 zu sprechen – Herr Hamouda stellt sich als Gesprächspartner zur Verfügung <p><i>ToDo: Abklärung: Teilnahme von Herrn Wieler / Herrn Schaade</i></p>	<p>ZIG Frau Hanefeld</p>
3	<p>Update Digitale Projekte (nur montags)</p>	

	<p>! Corona WarnApp (CWA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - BMG kürzt Gelder für die CWA - Interoperabilität wurde vom BMG priorisiert, Anfrage um unterstützende Drittmittel läuft -RKI hat Priorität auf Funktionsverbesserung -für die CWA arbeiten 5 MA fachlich in den Bereichen Technik, Epidemiologie, Laboranbindung, ÖGD-Abstimmung, Öffentlichkeitsarbeit; 3 MA helfen täglich bei eingehenden Bürgeranfragen aus (+ FG 37, + Rechtsabteilung, + Datenschutz) - pro Monat ca. 80 Presseanfragen und ca. 500 Bürgeranfragen pro Tag - Das RKI wurde aufgefordert bis zum 16.09.2020 ein Evaluationskonzept zur CWA einzureichen. FF FG21 -zusätzlich führt FG37 mit der Uni Marburg ein Projekt zur Evaluation von Containment Scouts und Befragung zu CWA durch <p>! RKI-Labor ist in den letzten Zügen um an CWA angebunden zu werden</p> <p>! BZGA aktualisiert das virtuelle Schulpaket und fragt bei Kultusministerien ab, welche Empfehlungen diese weitergeben</p>	<p>Frau Beermann / Frau Thaiss / Herr Eckmanns</p>
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>alle</p>
5	<p>Kommunikation</p> <p>! Plakat zu drei elementaren Risikosituationen https://www.infektionsschutz.de/fileadmin/infektionsschutz.de/Downloads/Merkblaetter/3Gs/Infografik_3g.pdf</p> <p>! Frau Thaiss schlägt gezieltere Verlinkung zur BZGA bezüglich begleitender Materialien (wie z.B. Übersetzungen u.ä.) vor</p> <p>! RKI-Startseite wird leicht modifiziert</p> <p>! Dokumente, die häufig gesucht werden, sollen auf Startseite des RKI abrufbar sein (Link folgt)</p> <p>! A-Z soll entschlackt werden</p> <p>! Ziel: mehr Übersichtlichkeit</p> <p>! Herr Mielke berichtet von Interesse von Seiten der AGI zu Informationen zu Antigentests, er stellt sich im Sinne</p>	<p>BZgA Presse</p> <p>Frau Thaiss / Frau Degen / Herr Mielke</p>

	<p>des koordinierten Vorgehens und einer souveränen Planung den Fragen zur Verfügung</p> <p><i>ToDo: gekürzter Lagebericht muss gut kommuniziert werden !!</i></p>	
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nicht besprochen (Nachfolger*in von Frau Andernach noch nicht bestimmt)</p>	
7	<p>Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Quarantäne- und Isolierungsdauer bei SARS-CoV-2 – Grundlagen für eine Risikoabwägung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Rühle stellt den Entwurf des EpiBull-Beitrages vor und weist auf Beteiligung vieler Fachgebiete hin (FG37, FG36, FG17, ZBS1, Abt. 1, MF1, IBBS) - Grundidee im Einleitungsteil: wie wichtig sind sorgfältige Empfehlung zu Quarantäne und Isolierung -Grundlagenteil zur Definition, Überleitung zur Viruskinetik (FG17) -Hauptteil: beide Konzepte sind separat voneinander zu betrachten - Meinungsäußerung des RKIs - Verkürzung in Kombination mit Testung von 14 auf 10 Tage - Zustimmung der Sitzungsteilnehmer, der Ansatz wird als gut empfunden, mit zusätzlichen Textbausteinen kann mit dem Entwurf gut gearbeitet werden <p>b) RKI-intern</p>	<p>IBBS</p> <p>Frau Rühle / Herr Mielke / Herr Hamouda</p>
8	<p>Dokumente</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</p>	IBBS
10	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 1076 untersuchte Proben ! 7,25 % positive Rate ! In der Virologische Surveillance sind 184 Proben/4 Wochen eingegangen ! Davon waren 98 Proben positiv für Rhinovirus. Die Testung auf alle anderen respiratorischen Viren, incl. SARS-CoV-2 und Flu A/ Flu B, war negativ. ! Herr Mielke erwartet Stellungnahme des BMG (Reaktion des GMK Beschlusses) 	<p>FG17</p> <p>Frau Michel / Frau Oh / Herr Mielke</p>

11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Nicht besprochen	FG36/IBBS
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Infos zum Impfen: ab jetzt immer fester Top Freitags ! Abordnung von Frau Matysiak-Klose (FG33) ans BMG ! Tim Eckmanns weist auf erste ökologische Studie in den USA zum Infektionsschutz durch Maskentragen hin (Mask Wearing and Control of SARS-CoV-2 Transmission in the United States) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32869039/	Herr Hamouda / Herr Eckmanns
13	Surveillance ! Corona-KiTa-Studie -Meldezahlenrückgang der Altersgruppe 0 bis 5 Jahre -Inzidenz und Anteil nach Altersgruppen: leichter Rückgang -13 Fälle / 4 Kinder im Alter von 5 Jahren (vermutlich sind auch Betreuer betroffen) <i>ToDo: Herr Haas stellt am Freitag, 18.09.2020, Fragen zur Hospitalisierung vor</i>	FG32 FG36 / Herr Haas
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)	FG32
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)	
16	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	alle
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch 16.09.2020, 11:00-13:00	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	16.09.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! FG38
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Inessa Markus (Protokoll)
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Marieke Degen
- ! P1
 - Esther-Maria Antao
- ! ZIG1
 - Regina Singer
- ! BMG

- Iris Andernach

	<p>Malta, Voralberg/Österreich</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In Tschechien sind 2 Regionen dazugekommen, somit haben 10/14 Regionen 7d-Inzidenz über 5/100 000 Ew. ○ drei weitere Regionen in Ungarn <p>National</p> <p>Heute Morgen gab es Serverprobleme, diese scheinen behoben zu sein</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 263.633 (+1901), davon 9.368 (3,6%) Todesfälle (+6), Inzidenz 317/100.000 Einw., ca. 236.000 Genesene, Reff=1,00; 7T Reff=1,06 ○ ITS Kapazitäten: keine Veränderungen <p>7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BY (17/ 100 000) höchste Inzidenz, gefolgt von HH, BE, BW ○ Wenig Veränderung bei BW und NRW ○ Restliche BL unter dem Bundesdurchschnitt (11); seit längerem auf einem Plateau; rückläufig in HE <p>Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 LK >50-100 Fälle/100.000 Einw ○ Führend in der Liste: <ul style="list-style-type: none"> Würzburg und Garmisch- Partenkirchen (GP) Rückmeldung Epilag: Das Geschehen in GP steht nicht nur im Zusammenhang mit einer Person (Superspreaderin); großes mediales Interesse <p>In der AGI sehr kritische Wahrnehmung dieser Darstellung, da häufig kleine Landkreise mit wenigen Fällen schnell einen Wert über und/oder sehr nah an 50/100 000 Ew. kommen. Im Vergleich hat SK München 500 Fälle an einem Tag übermittelt und man sieht hier wenig Veränderung.</p> <p>COVID-19-Fälle mit Expositionsort im Ausland</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Angabe zu Expositionsort Ausland nimmt trotz Fallzunahme 	<p>FG36/ Alle</p>
--	--	-------------------



	<p>in KW 37 ab. Es scheint, dass die Mehrzahl der Übertragungen in Deutschland stattfindet, das sollte weiter beobachtet werden</p> <p>Häufigsten genannte Expositionsländer der in den Meldewochen 34-37 übermittelten COVID-19-Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weiterhin häufig Balkanstaaten ○ In KW 37 ist Türkei führend ○ Tschechische Republik nimmt im Zeitraum KW34-KW37 zu ○ Bild übereinstimmend mit der internationalen Lage <p>Wochenvergleich Verteilung nach Altersgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verschiebung in ältere Altersgruppen hat zugenommen <p>Ausbrüche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Geschehen in LK Neu-Ulm und LK Würzburg eher diffus (priv. feiern, Haushalte), keine großen Ausbrüche ○ LK Cloppenburg: Fußballmannschaft mit 10 Spielern und der Trainer wurden positiv getestet, alle haben milde Krankheitsverläufe ○ LK Weimarer Land: Senioren-Busfahrt nach Tschechien, importierte Infektionen, Familienfeier <p>Interpretation/Allgemeine Einordnung im Lagebericht sollte angepasst werden angesichts der Zunahme der autochthonen Fälle sowie Zunahme der Fälle unter den Älteren</p> <p>Jede Anpassung des Lageberichts sollte gut durchdacht erfolgen, da diese viel zitiert werden. Die Graphik (Folie 4) sollte genau beschrieben werden, genaue Berichterstattung fördert Transparenz</p> <p>Anpassung der allgemeinen Einordnung wird am Freitag erneut diskutiert.</p> <p>Syndromischen Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Entwicklung der ARE-Rate entspricht dem Vorjahr mit einer zeitlichen Verschiebung um eine Woche nach vorne (Folie 2) ○ Keine außergewöhnliche Entwicklung der ARE-Zahlen in der Bevölkerung, Rebound-Effekt bleibt aus ○ Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz befinden sich insgesamt im Bereich der Vorsaisons. Bei den 5- bis 14- 	<p>FG37</p>
--	--	-------------

	<p>Jährigen ist der Wert im Saisonvergleich erhöht.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 37. KW 2020 in insgesamt 28 (76 %) der 37 eingesandten Sentinelproben Rhinoviren identifiziert, darunter eine Doppel-infektion mit Influenza B-Viren (Victoria-Linie). ○ SARI-Fallzahlen und Anteil COVID seit KW 33 stabil bei 3%; deutlicher Anstieg in der AG 5-14 Jahre <p>Lockdown leitete das Ende der Influenza-Saison ein. Auswirkung von AHA-Regeln auf respiratorische Viren und Influenza-Saison sind noch unklar. Aktuell haben wir eine sehr exklusive Zirkulation von Rhinoviren. Der Anteil von Rhinoviren, die über Oberflächen übertragen werden ist deutlich höher als bei anderen resp. Viren.</p> <p>SARS-CoV-2 in ARS (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl der positiven und negativen Testungen pro KW – bundesweit: Im Vergleich zu Vorwoche hohe Testaktivität, keine Veränderungen ○ Testverzug: leichten Anstieg im Testverzug, 1,25/1,3 Tage Turnaround-time ○ Positivenanteil nach Altersgruppe und Kalenderwoche: Positivenanteile bei max. 1,1; für über 80J bei 0.4% ○ Anzahl Testungen pro 100.00 Einwohner nach Altersgruppe und Kalenderwoche: geht in allen Alterskategorien bis auf 15-34 J und 60-79 J zurück <p>Lob für das Erfassungssystem; wichtiges Zeichen wie wertvoll, dass die Zahlen zu Testung in dieser Weise auswertbar sind</p> <p>Qualitativ gesicherte Diagnostik durch Validierung durch Fachleute ist der Begrenzungsfaktor bei Ausweitung der Testkapazitäten</p>	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
4	Aktuelle Risikobewertung ! Nicht besprochen ! Kein Änderung/Anpassung ohne Abstimmung mit der Institutsleitung, daher auf die nächste Sitzung verschoben	FG38
5	Kommunikation	BZgA



<p>BZgA</p> <p>! nicht anwesend</p> <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Rückfragen an die Presse zur Änderung des Lageberichtes. Es wurde eine gute Lösung mit der Erklärung online gefunden <p>Bereitstellung von Daten an die Datenjournalisten:</p> <p>Bereits Anfang Juli gab es ein Treffen der Datenjournalisten mit M. Diercke und M. an der Heiden. Es wurden besprochen, dass die Ergebnisse in Tabellenform im Situationsbericht verfügbar gemacht/dargestellt werden</p> <p>Aktuell einige Nachfragen seitens Journalisten zu dem Stand dazu.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tabellenerstellung sowie die Morgenmail an wird BMG/BMI mit Fallzahlentabelle wird aktuell automatisiert. Die kumulativen Fallzahlen müssen epidemiologisch eingeordnet werden. ○ Position Lagebericht ist sehr ausgelastet, der Versand an Presse kann organisiert werden, aktuell wird am Automatisierungsprozess gearbeitet. Es wird noch geprüft welche Tabellen auf die Webseite gestellt können. Sonderauswertungen können nicht bereitgestellt werden. Zeitnahe Umsetzung wird angestrebt. ○ Dashboard wird aktualisiert um das aktuelle Geschehen/Lage besser darzustellen. Es wird stärker die 7-Tage Inzidenz betont, 14-Tage Inzidenz kann aufgenommen werden. <p>Anpassung Pressemeldungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es werden eine Menge Pressemeldung über die Pressestelle an den Verteiler Corona geschickt. Die aktuelle Darstellung (nach Datum und Uhrzeit sortiert) wird als unübersichtlich empfunden. Für bessere Übersicht werden die Themen als erstes in der Mail zu sehen sein. <p><i>TODO Presse: Pressemitteilungen-E-Mails anpassen</i></p> <p>Anfrage Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme FOKUS zu Nutzung von Katwarn für Benachrichtigungen zu COVID-19 durch RKI</p>	<p>Presse</p>
---	---------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Der Vorschlag wurde in der AGI TK diskutiert. Es gab Vorbehalte gegen den Vorschlag sowohl in den Ländern als auch am RKI, da die Systeme (auch NINA/BKK) hauptsächlich durch die Kommunen und Länder mit Inhalten gefüllt/gestaltet werden. RKI Informationen sollten nicht den lokalen/kommunalen Infos widersprechen und müssten genau geprüft und mit den Ländern abgeglichen werden. ○ Insgesamt sind die Instrumente (CtaWarn Fraunhofer/Nina BBK) bekannt und werden auf Landes- und kommunaler Ebenen auch benutzt. Zusätzlicher Input von der nationalen Ebene wird auch aus technischer Sicht kritisch gesehen. <p>Morgen trifft sich die Kommunikationsgruppe des Health Security Committees. Es wurde die Presse und Wissenschaftskommunikationsgruppe dazu gebeten.</p>	
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Thema Impfung ist im Moment „hot topic“ am BMG (Verteilung, Beschaffung, Logistik etc.) Ole Wichman hat bereits im Expertenrat Influenza dazu vorgetragen. Im BMG ist das Referat 614 zuständig und war in Person von Herrn Cornelius Barthels vertreten Ein Beitrag zu Impfung ist am Freitag im Krisenstab geplant.</p> <p><i>TODO: Anfragen, ob FG33 am Freitag im Krisenstab teilnehmen wird.</i></p> <p>! Festlegung der Risikogebiete macht viel Arbeit und benötigt viele Abstimmungen.</p>	BMG-Liaison
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>Antigen-Test:</p> <p>Morgen AG Diagnostik unter Leitung BMG</p> <p>Aktualisierung der Hinweise zu Testung auf SARS-CoV-2 und die Aussage im EpiBull Artikel werden harmonisiert. Die Aktualisierung wird nächste Woche dem Krisenstab vorgelegt.</p>	AL1
8	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Ausformulierung/detaillierte Darstellung der Kategorisierung von KP in Klassen/Kita hat zu vielen Rückfragen, ob Quarantänisierung ganzer Klassen 	FG38 /FG36



	<p>erforderlich ist, geführt. Es sind keine Vorgaben sondern nur Vorschläge, das Vorgehen situationsbedingt anzupassen, wenn eine Kategorisierung nicht möglich ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lessons learned: Eine häufige Anpassung von Dokumenten sollte vermieden und schrittweise durchgeführt werden. Hier ist es nicht gut gelungen und wird als Neuerung wahrgenommen. ○ Das Papier zu marginalisierten Gruppen wurde kritisiert, dass es Stigma verstärken könnte. Es besteht ein Dialog mit der Migrationsbeauftragten und es wird evt. Anpassungen im Wording geben. 	FG38
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen !</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Virologische Surveillance Niedriges Niveau der Aktivität und es werden bis zu 90% Rhinoviren nachgewiesen. Diese Woche wurde erstmalig Influenza B (Viktoria Linie) bei 25-jährigen Patient*in aus NRW mit typischen Symptomen nachgewiesen. Unklar ob die Infektion in NRW oder Ausland erworben wurde. Einfluss des Lockdowns im Sentinel gut sichtbar. Eine Woche nach Lockdown erfolgten keine Virusnachweise mehr, mit den Lockerungen nahmen Nachweise von Rhinoviren zu. Bisher keine anderen Viren nachgewiesen.</p>	FG17
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! EpiBull Artikel wird von Bettina Rühle erstellt und zur Kommentierung mit Abt1 und FG37 geteilt. Genaueres dazu soll am Freitag im Krisenstab besprochen werden.</p>	IBBS
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>DEMIS Update:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Karte mit den teilnehmenden LK/GA, 291 GA sind empfangsbereit, auf Homepage veröffentlicht. Aktivität der Labore steigt ebenfalls. ○ Unvollständige Angaben auf dem Laborbegleitschein werden durch DEMIS nicht gelöst werden. Diese Angaben liegen den Laboren oft nicht vor, da die Einsender die 	FG32

	<p style="text-align: center;">Angaben nicht ausfüllen.</p> <p>Antigen-Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt eine gesetzliche Grundlage für die Meldung von jedem direkten und indirekten Nachweis von SARS-CoV-2. Aktuell werden nicht alle Nachweise nicht in der Falldefinition einbezogen, das kann langfristig angepasst werden. Es besteht die Empfehlung einen positiven Antigentest durch eine PCR zu bestätigen, damit der Fall erfasst wird. Meldecompliance bei Ärzten hat die Tendenz niedriges zu sein. Bei Durchführung durch die Personen selbst könnte die Meldung problematisch werden. Problematisch bei Nachtestung, dass diese nicht zwangsläufig als solche gekennzeichnet wird, somit auch doppelt erfasst werden kann und Verzerrung im System entstehen könnte. Negative Teste werden nicht nachgetestet. ○ Diskussion dazu innerhalb der AGI: Bei hoher Spezifität wird eine Nachtestung als doppelte Arbeit gesehen. <p>SurvNet-Update:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Heute erfolgt die Rückmeldung bzgl. der Prüfung einer technischen Funktion. Danach Rollout am RKI, idealerweise ab Freitag und Anfang nächste Woche wird das Update den Gas zur Verfügung gestellt. 	<p>FG37/FG32/ alle</p> <p>FG32</p>
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Krisenstabtreffen BMG/BMI</p> <p>! GMK zu Impfen</p> <p>! HSC</p> <p>! ECDC Impfen als Webinar</p>	
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 18.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

Ergebnisprotokoll Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	18.09.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Leitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! BMG
 - Christoph Bayer
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - -
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG 32/FG38
 - Ute Rexroth
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Julia Schilling

- Stefan Kröger
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG38
 - Maria an der Heiden
- ! P1
 - Myriam Jenny
 - Christina Leuker
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Jamela Seedat
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! ZIG2
 - Chabel El Bcheraoui
 - Francisco Pozo Martin
- ! INIG
 - Regina Singer

- ! ZBS1
 - Janine Michel
 - Livia Schrick

	<p>diskutiert</p> <p><i>ToDo:</i> <i>-Fr. an der Heiden bittet darum, bei der nächsten Präsentation der Internationalen Lage in 1. Folie (Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage) den Anteil Verstorbene einzufügen.</i></p> <p><i>-Vorbereiten für nächste Wo.:Tabelle zu community transmission</i></p>	
2	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Presentation of OECD analysis (Folien hier) ! Title: Impact of type and timeliness of control measures on COVID-19 epidemic growth: OECD countries, March-July 2020 ! Aim:If we had to choose, what measures work best? ! Objective: Measure the effect of policy interventions on epidemiological trend of the pandemic in OECD countries ! Longitudinal panel study using data for public use: Data from Oxford Covid tracker ! Repeated measures over the time span of 12 weeks ! Two different estimation approaches were entered into the model to get average daily growth rate (ADGR) of weekly confirmed cases ! Epidemic growth/intensity of policies over time <ul style="list-style-type: none"> o Horizontal axis represents time, vertical axis represents ADGR o Lines are countries and the thick line is the average o Most countries control COVID-19 o Second graph shows overall intensity of control measures ! Stringency of policy implementation over time <ul style="list-style-type: none"> o Each graph for each policy measures; horizontal axis: time; vertical axis: intensity of measures; dots: on top are more intense o Green: over time most intense measures o Red: in beginning more strict and in the end more lax o Yellow: at the end tend to be more intense ! Final model results <ul style="list-style-type: none"> o Numbers are very similar ! To Summarize <ul style="list-style-type: none"> o The following measure were effective: restriction on gatherings, mask wearing requirements, school closing requirements, work closing requirements, the total number of 	<p>ZIG El Bcheraoui</p> <p>Pozo Martin</p>

	<p>tests performed</p> <p>! Slide 10 was not discussed</p> <p>! Discussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Total number of tests difficult to include since counted differently in countries o The list on slide gives the order in which the factors were influencing outcome o To summarize: As policy increases the growth rate decreases o Not enough evidence for interaction effect, wanted to keep it as simple as possible o Next step would be to check data if it allows analysis of public support of measures and if adherence is waning 	Alle
3	Update Digitale Projekte (nur montags)	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Risikobewertung an Entwicklung anpassen: Da Zunahme autochtoner Fälle, Zunahme älterer Betroffener</p> <p>! Hr. Haas hatte Formulierungsvorschlag geschickt. Dieser wurde nach kleinen Anpassung in folgender Form angenommen</p> <p>„Nach einer vorübergehenden Stabilisierung der Fallzahlen auf einem erhöhten Niveau ist aktuell ein weiterer Anstieg der Übertragungen in der Bevölkerung in Deutschland zu beobachten, wobei auch wieder eine leichte Zunahme der Fälle in der älteren Bevölkerung zu beobachten ist.“</p> <p>! Anfang Lagebericht (blauer Kasten):</p> <p>„Nach einer vorübergehenden Stabilisierung der Fallzahlen auf einem erhöhten Niveau ist aktuell ein weiterer Anstieg der Übertragungen in der Bevölkerung in Deutschland zu beobachten Daher muss die Lage weiterhin sorgfältig beobachtet werden.“</p> <p>! Wir brauchen eine noch stärkere Awareness in der Bevölkerung:</p> <p><i>ToDo: im englischen Lagebericht den Link auf Risikoeinschätzung einfügen</i></p>	Rexroth/ Schaade/ Haas/ Alle
5	<p>Kommunikation</p> <p>! Stadt München benutzt zur Inzidenzberechnung andere Bevölkerungszahlen als LGL und RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> o OB München wirft RKI vor, dass wir andere 	Presse

	<p>Bevölkerungszahlen benutzen für Inz.-Berechnung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wir verwenden in SurvNet und Publikationen alte Bev.zahlen, neue liegen seit dieser Woche vor. Die neuen Bev.zahlen würden Inz. für München senken. Nun übermittelt München seit gestern keine neuen Fälle ○ Wir berechnen sich aus Meldedaten nicht auf Fällen aus dem Vortag. Daher hinkt RKI etwas hinterher, was ja eigentlich niedriger ist als die Länder ○ Sprachregelung: Wir nehmen Bev.zahlen der Landesstelle und haben nicht korrigiert 	<p>FG38/32 Rexroth</p> <p>FG32 Diercke</p> <p>Leitung/ Schaade</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nichts Aktuelles seit der gestrigen Morgenlage</p>	<p>Bayer</p>
7	<p>Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Strategiepapier von der informellen Beratergruppe an Fr. Hanefeld zurück mit vielen Anmerkungen</p> <p>! AL1 bittet darum, Testscenarien nicht ins Strategiepapier zu integrieren. Dessen Integration ins Strategiepapier wurde am Mittwoch vor 2 Wochen als Arbeitsauftrag benannt. Dies war ein Missverständnis. Alle stimmen zu, dass Teststrategie nicht in Strategiepapier integriert wird.</p> <p>! Termin bei Minister Spahn ergab: Strategiepapier wird in gemeinsamer PK in erster Oktoberwoche vorgelegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bis dahin kann Papier verändert werden. ○ Minister sprach Teststrategie an: Antigen tests sollten in Teststrategie eine große Rolle spielen, Details wurden in AG Diagnostik besprochen. ○ Kernaussage: einfach keine 100% Sicherheit haben kann; mit gewissem Risiko muss man leben. ○ Sachstand Stellungnahmen zu Antigen tests eines mit BfArm und eines AG Diagnostik, heute Nachmittag Gesundheitsminister-Konferenz, Sachliche Infos sind an BMG kommuniziert <p>! Validierungsprotokolle liegen im Verantwortungsbereich des PEI, da Abrechnungsfähigkeit von diesen abhängt. Außerdem Validierungsprotokolle als Post-Marketing Maßnahme</p> <p>b) RKI-intern</p>	<p>IBBS Hanefeld/ AL1 Mielke</p> <p>Leitung Wieler</p> <p>AL1</p> <p>Leitung Schaade/ AL1</p>

	Nicht besprochen	
8	Dokumente ! RKI internes Lagemanagement	
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>Aufzählung der wichtigsten Hintergrundaktivitäten zur Einführung der Impfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zweiwöchentlichen Jour Fixe mit PEI und BMG ! Intern am RKI Arbeitsgruppe für Impfeempfehlung ! Kontaktstudien: Erhebung zum Kontaktverhalten der Bevölkerung ! Eigene Arbeitsgruppe in-house für die Kommunikation Presse, P1 und Team Kommunikation zur Impfkzeptanz (FG33) ! International: WHO Eurogroup und WHO SAGE, sowie ECDC zur Evidence Aufarbeitung ! Erstellung der nationalen Impfstrategie in Vorbereitung ! Aktueller Stand der Impfstoffentwicklung: <ul style="list-style-type: none"> Wenn die Daten in Phase-3 Studien weiterhin gut sind, dann ist im Januar 2021 ein Impfstoff vorhanden; Top-Kandidat Biontec, wahrscheinlich zunächst 4 Mill. Dosen zur Verfügung, dann sicher später andere Pharmaanbieter auf dem Markt Beschaffungsplanung für Nadeln, Spritzen, Lagerungstemperatur, ! Diskussionen zur Durchführung in Impfzentren vs. bei niedergelassenen Ärzten ! Koordination der Impfkommunikation wurde am RKI erstellt (für Kernbotschaften), kam zunächst positiv beim BMG an. Denn die Kommunikation an die Bevölkerung zur bevorstehenden Impfung sollte schon jetzt beginnen. ! Impfquoten Monitoren: <ul style="list-style-type: none"> Viele Vorschläge von den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen am wahrscheinlichsten wird das Monitoring der KBV anvertraut werden. Kontaktaufnahme mit Herrn Kroll 	<p>FG33 Wichmann</p> <p>Leitung Wieler</p>

	<p>als wissenschaftliche Seite der KBV ist geplant.</p> <p>Herr Wieler hatte mit Minister Spahn dazu gesprochen:</p> <p>Es wurde dem BMG gesagt, dass eine Vollerfassung der durchgeführten Impfungen benötigt wird. Diese müsste bei einem Dienstleister liegen, da das RKI dies nicht zusätzlich leisten kann.</p> <p>Herr Spahn hatte angedeutet, dass Vertrauen in das RKI durch die Schwierigkeiten bei DEMIS Implementierung schwieriger wird. Frau Diercke verwies darauf, dass die Erwartungen des BMG eher unrealistisch sind. Bei allen Projekten dieser Art dauert die Einbindung der stakeholder am längsten und ist für alle Anbieter von DEMIS-ähnlichen Lösungen eine Herausforderung</p>	<p>FG32 Diercke</p>
10	<p>Info Arbeitsschutz ABAS könnte bis Dezember 2020 fertiggestellt werden</p>	<p>IBBS Schulz</p>
11	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Untersuchung Straubing-Proben: Erste positive Probe ! Bemerkenswerte Probenergebnisse: Eine Influenza A und eine Influenza B positive Probe ! ansonsten nichts Ungewöhnliches ! Neues zur Virusevolution: Viren entwickeln sich, aber bisher keine bedeutsamen Veränderungen 	<p>ZBS1 Schrick FG17 Wolff</p>
12	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen/kein Update nötig gewesen 	<p>FG36/IBBS</p>
13	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nichts Neues 	<p>FG14</p>
14	<p>Surveillance Auswertung der Meldedaten zu COVID-19 (Folien hier) Beschreibung der ersten Welle mit Fokus auf Krankheitsschwere</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Auswertung der ersten 200.000 Fälle der 1. Welle, diese sind im internationalen Vergleich jünger. ! Hinweis zur Methodik: Berücksichtige Fälle haben Angaben zum Alter, Hospitalisierungs- und 	<p>FG36 Schilling</p>

	<p>Verstorbenstatus, sowie nur Fälle mit Meldedatum bis zur KW20; Krankheitsverlauf gemäß Epi Bull Artikel vorgenommen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Krankheitsverläufe nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> ○ Ab den 60-79-jährigen nehmen milde Verläufe deutlich ab, sowie nimmt Anteil der hospitalisierten, IST-pflichtigen als auch verstorben zu ! Unter den Fällen mit Info zu Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mit zunehmend schwererem Verlauf sind mehr Risikofaktoren gemeldet ○ Anteil Risikofaktoren: Herz-Kreislauf-Erkr. Am häufigsten, gefolgt von neurolog. Störungen und Diabetes ○ Ab April neurolog. Symptome nach oben gerückt, wahrscheinlich Demenz Pat. Im Pflegeheim ! Intervall von Krh.-beginn bis KH-aufnahme bei 40-59-jährigen mit im Median 7 Tagen am längsten. ! Intervall von KH-Aufnahme bis zur ITS-Aufnahme im Median 0 Tage. ITS-Daueraufenthalt bei 40-59-jährigen am längsten (12 Tage); evtl. erst spät erkannt werden später im KH und liegen länger ! Verstorbene mit Risikofaktoren: Anteil der Nierenerkr. gestiegen, deckt sich mit Papern, Hälfte der Verstobenen Risikoangaben ! Schlussfolgerung Mittlere Altersgruppe 40-59-jährigen unterschätzen ihre Risiken: Dadurch längere VWD und ITS-Aufenthalt, hohes Alter mit vielen Risikofaktoren. Allerdings unklar, ob schon bestanden oder durch COVID-19. Vergleich mit anderen Papern spiegeln Ergebnisse wieder. ! Längst nicht alle schweren Fälle waren auf ITS oder auch nicht Hospitalisiert <p><i>ToDo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Separate Auswertung zum Trend der Hospitalisierung über die Zeit in Arbeit -Bitte um Auswertung zu Anteil Todesfällen in den älteren Altersgruppen -Bitte um Auswertung wieviel ohne Pneumonien an Kreislaufversagen verstorben sind. -Auswertung der Fälle im Sommer erfolgt mit den ICOSARI-Daten, Präsentation nächste Woche <ul style="list-style-type: none"> ! Neues SurvNet-Update ausgerollt <ul style="list-style-type: none"> ○ neue Version bietet neue Anwendungen für KoNa / Kontakt-Management, welches wichtige Funktionen für GÄ sind. 	<p>FG32/AL3</p>
15	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)	

	<ul style="list-style-type: none"> ! Publikation zum Bundesgesundheitsblatt schon viel vorbereitet ! Aussteigekarten: Über E-Mail der Deutschen Post können anfallende Fragen nicht geklärt werden; Post-Lösung ist angelaufen und funktioniert mit einigen Schwierigkeiten ! Muster-Quarantäneverordnung noch beim BMG 	FG38 an der Heiden
16	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kommunikationslast nimmt etwas ab, viel IFG und nachwievor Erlasse ! Inaction Review im Haus: geht datenschutzrechtlich nicht weiter; ! Fr. Mehlitz zunächst für eine Stellungnahme vorlegen und dann der Leitung 	<p>FG38/FG32 Rexroth</p> <p>FG38 an der Heiden/ AL3</p>
17	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	alle
18	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Montag 21.09.2020, 13:00-15:00 	

Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	21.09.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! Abt. 3
 - Jan Walter
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32/FG38
 - Ute Rexroth
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Matthias an der Heiden
 - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! FG38
 - Maria an der Heiden

- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! INIG
 - Sarah Esquevin
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <ul style="list-style-type: none"> ! International ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenig verändert im Vergleich zur letzten Woche ▪ Israel vor Mexiko gerutscht ▪ Eine weitere Spalte zu Fall-Verstorbenen-Anteil (case fatality rate, CFR); Dies bitte mit Vorsicht interpretieren, da die Länder Verstorbene sehr unterschiedlich kodieren; ▪ Trend überwiegend steigender Trend: USA wieder im aufsteigenden Trend, Israel und Frankreich zeigen stärksten Veränderungen; Indiens Veränderung langsamer, vielleicht wird ein plateau erreicht ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insgesamt mit 47 Ländern mit 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.: Dies sind 5 Länder mehr als letzte Woche; ▪ Südamerika am stärksten betroffen, aber stabilisiert sich langsam ▪ Der Kontinent mit den meisten betroffenen Ländern ist Europa; ▪ Trend in Lybien stabilisiert sich ▪ In Asien zeigen Mehrheit der Länder Zunahme: Israel um 26%, Jordanien um 108% ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner - EU <ul style="list-style-type: none"> ▪ NL und Belgien neu dazugekommen, ansonsten unverändert ○ Subregion in EU/EEA/UK und CH mit 7d-Inzidenz >50/100.000 Ew. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammenfassung der Veränderungen seit letzten Freitag: ▪ Belgien: alle Regionen über 50 ▪ generell in Osteuropa wieder stärker zugenommen, z.B. in Polen, diese Entwicklung wird im Zusammenhang mit der Rückkehr zum Arbeitsplatz gesehen 	<p>INIG Esquevin</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In Frankreich: Isolierungszeit auf 5 Tage verkürzt: Aber erst nach 7 Tagen Isolierung erfolgt der PCR-Test; Neu: auch PCR-Tests aus Speichelproben bei symptomat. Personen erlaubt ▪ GB: Sind 3 Regionen über dem Schwellenwert; diese haben Verdopplungszeit von einer Woche, recht kurz, ▪ Kroatien schwankt ▪ NL: 2 Regionen dazugekommen, haben wieder Maßnahmen zur Gastro und Gruppengröße ○ Nachfrage zur Entwicklung in Schweden, da auf der Folie vergleichbar mit Deutschland: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schweden haben kontinuierlich abnehmenden Trend; haben Testrate stark erweitert ▪ ISAA Bericht zu Schweden zeigt auch stabile Entwicklung, ▪ Schweden: 37.KW: 1.394 Tests/100.000, pos. Rate ca. 1% ▪ Publikationen zu Schwedens Maßnahmen; belastbare Quelle zu den Maßnahmen sind: die ISAA platform sowie zur Mortalität ECDC-Angaben (Diese hat Fr. Esquevin später per Mail mit dem Krisenstab geteilt). ! National ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Informationen für den Krisenstab <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecklenburg-Vorpommern am WE nicht übermittelt ▪ 7-T.-Inz gestiegen, höchster Wert seit April ▪ R-Wert stabilisiert um die eins ▪ ITS keine Änderungen ○ 7-Tages-Inzidenz nach Berichtsdatum Bundesländer (BL) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiter steigender Trend im Bundesdurchschnitt ▪ Berlin und Bayern liegen deutlich über Bundesdurchschnitt ▪ Aber auch BL mit Werten unter dem Bundesdurchschnitt sind kleine Anstiege zu sehen ○ Geographische Verteilung in Deutschland: 7-T.-Inz. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Top 3: Weiterhin SK Würzburg, LK Cloppenburg, SK München. ▪ SK München:meldet mit 769 Fälle in letzten 7 Tagen die höchste Anzahl ▪ Über 30 LK >25-50 Fälle/100.00 Einw. ▪ Auf der Karte liegt neben Cloppenburg ein Kreis mit 0 Fällen: Hintergrund-Info zu diesem LK wird nachgeliefert ○ COVID-19 Inz. nach Stadt-/LK und Meldewoche 	<p>FG36 Haas/ FG38/32 Rexroth/ AL1</p> <p>FG32 Diercke</p> <p>AL3/ FG32 Diercke</p>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeigt zu Beginn von KW5 an keine Unterschiede ▪ Im peak höher in den LKen ▪ Um KW20 steigen Werte in Städten und liegen seit dem höher mit ähnlichem Trend wie in LKen ▪ Wird noch differenzierter ausgeführt werden ○ Fälle mit Angaben Epidemiologie (nach Meldewoche); (nur Fälle ohne Expositionsort im Ausland) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zwei Folien hierzu: einmal tabellarisch und dann als Liniendiagramm ▪ Insgesamt konnte man vor 6 Woche noch deutlicher sagen, ob Fälle zu Ausbrüchen gehören ▪ Diskussion, ob Art der Transmission mit Melde- oder Sentineldaten besser erkennbar ▪ Änderung zu community transmission würde u.a. eine Änderung zum Testen gemäß WHO Empfehlung bedeuten, als auch Reisezulassungen verändern. Daher ist es das Ziel, die Einteilung community transmission möglichst kleinteilig zu haben. ○ Fälle mit Angaben Epidemiologie nach BL (nur Fälle ohne Expositionsort im Ausland) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Unterschiede in Sachsen und Meck-Vorp. sind höchstwahrscheinlich Eingabeartefakte, da unterschiedliche Software verwendet (Octoware). ▪ Entscheidung zur Änderung auf community transmission wird zu einem späteren Zeitpunkt getroffen. ! Lagebericht: abgestimmte Sprachregelung zum gegenwärtig niedrigen Anteil der Sterbefälle unter den gemeldeten Fällen <ul style="list-style-type: none"> ○ Verlauf des Fall-Verstorbene-Verhältnis bei COVID-19 Fällen nach Altersgruppe (Folien hier) ○ Fall-Verstorbenen Anteil (nach Meldewoche); Stand 21.09.2020, 0:00 Uhr <ul style="list-style-type: none"> ▪ Getrennt nach Geschlecht und Altersgruppe ▪ KW11 bis KW33 in der Auswertung ▪ Anteil über Zeit bei beiden Geschlechtern deutlich abgenommen ▪ Anteile der Altersgruppen 60-79 und 80+ liegen bei beiden Geschlechtern und über die Zeit über den anderen Altersgruppen ▪ Fall-Verstorbenen-Anteil (nach Meldewoche); getrennt nach 	<p>FG36 Buda/ FG38/32 Rexroth/ AL3</p> <p>FG32 Diercke</p> <p>Alle</p> <p>Leitung</p> <p>FG34 An der Heiden/ Abt.3 Walter</p>
--	--	---

	<p>Krankenhausaufenthalt (KH)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur Altersgruppen 60-79 und 80+ gezeigt ▪ Getrennt nach Geschlecht sowie Krankenhausaufenthalt (KH) ▪ Anteil Verstorbene 80+ ohne und mit KH in beiden Geschlechtern höher ▪ Anteil Verstorbene mit KH bei 60-79-jährigen bei beiden Geschlechtern höher als ohne KH <p>○ Fall-Verstorbenen-Anteil (nach Meldewoche); getrennt nach mit ITS vs. keine ITS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ kein ITS absteigender Trend ▪ Aber mit ITS erscheint Anteil-Fall-Verstorbene relativ konstant <p>○ Fazit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absteigender Trend sowohl in den beiden Gruppen „kein KH“ und „KH ohne ITS“ ▪ Rückgang Fall-Verstorbenen passiert eher außerhalb KH <p>○ Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bitte Daten nicht überinterpretieren, da erstmal erster Überblick zur Datenlage ▪ Vermehrte Testen könnte die leichteren Verläufe bewirken ▪ Formulierung für sinkenden Fall-Verstorbenen- Anteil in Dtl.: In allen Altersgruppen in den Meldedaten gesunken. Aber Anteil der Risikofaktoren ist trotz vermehrtem Testen gleich geblieben; wichtigster Faktor war das häufigere Testen; Wir verringern zurzeit die Dunkelziffer durchs vermehrte Testen ▪ Vermutlich Selektionseffekte in den Daten, bei den Fällen, die nie in KH aufgenommen wurden ▪ Botschaft: Zuschützende Personen immer noch vorhanden ▪ Bisher keinen Hinweis, dass Virulenz von SARS-CoV-2 bedeutsam abgenommen hat. <p><i>ToDo: Fr. Buda übernimmt Formulierungsvorschlag, der mit Krisenstab abgestimmt wird. Ziel ist es, den abgestimmten Text in den Lagebericht am Dienstag zu integrieren.</i></p>	<p>AL1/ AL3</p> <p>FG36 Buda</p> <p>FG36 Haas</p> <p>BZgA</p> <p>FG38/32 AL3/ FG17 Wolff</p>
2	Internationales <i>Nicht besprochen</i>	ZIG
3	Update Digitale Projekte (nur montags) <i>Nicht besprochen</i>	
4	Aktuelle Risikobewertung <i>Nicht besprochen</i>	
5	Kommunikation ! Info-Graphik und Plakat weiterentwickelt zu den drei A	BZgA
6	Neues aus dem BMG	

	<i>Nicht besprochen</i>	
7	<p>Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein Lagebericht: abgestimmte Sprachregelung zum gegenwärtig niedrigen Anteil der Sterbefälle unter den gemeldeten Fällen Unter Punkt 1 besprochen.</p> <p>b) RKI-intern</p>	Leitung
8	<p>Dokumente</p> <p>! RKI internes Lagemanagement</p>	
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p>	
10	<p>Info Arbeitsschutz</p>	IBBS
11	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Hinweise zur Testung in welchem Ct Bereich Infektiösität; ein Labosstandard hierzu in Arbeit. Dies in Zusammenarbeit u.a. mit KL-Coronaviren</p> <p>! Antigen tests in AG-Diagnostik im BMG noch viele Fragen zu klären; nach außen an Presse wurden überraschenderweise andere Ergebnisse kommuniziert</p> <p>! Letzte Woche: 1.120 Proben davon waren 109 positiv; knapp 10% pos. Rate</p> <p>! Komolo Proben untersucht; weiter bundesweit Studie vorbereitet, ab dem 01.10.2020 werden Proben an TN verschickt</p>	AL1 ZBS1 Michel
12	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen/kein Update nötig gewesen</p>	FG36/IBBS
13	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Kollegen von WHO verstärkt gemeldet, wollten diskutieren inwiefern zusätzliche Maßnahmen für pharmazeutische Interventionen effektiv sind.</p>	FG14 Arvand
14	<p>Surveillance</p> <p>! Update Corona-KiTa-Studie (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Anhand von Grippeweb, liegen alle Inzidenzen unter den Vorjahreswerten o Meldezahlen: Inz. geht in der Woche zurück; SK München zeigt eine erhöhte Inz. o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe: Anteil der übermittelten COVID-19-Fälle hat sich 	FG36 Haas

	<p>stabilisiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausbrüche in Kita: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 neue Ausbrüche: Anzahl der gemeldeten Fälle steigt; Anteil 15 - jährige höher ○ Ausbrüche in Schulen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ in Schulen 27 neue Ausbrüche seit letzter Woche ▪ deutlich mehr Aktivität, insbesondere 11-14 Jahren eine Bedeutung haben. ▪ Häufig sind Erwachsene aus Privathaushalten Index für Ausbrüche unter Schülern bzw. gehen Schulausbrüche in private Haushalte über <p>! Letzten Freitag wurde SurvNet RKI erfolgreich intern ausgerollt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Spätestens morgen Früh können die GÄ an die neueste Version angebunden sein ○ Dieses Update geht aber auch mit Änderungen der DB einher ○ Info-Brief an die GÄ in Vorbereitung in Abstimmung mit den Landesbehörden ○ Inbegriffen ist eine Vereinfachung des Kontaktpersonenmanagement ○ AL3 wird das erfolgte Update an das BMG kommunizieren <p>ToDo: Vorstellung der Schulausbrüche in der Epilag durch FG36</p>	FG32 Diercke
15	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)	
16	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) !	
17	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	alle
18	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch 23.09.2020, 11:00-13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	23.09.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG 14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG32/FG38
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! FG38
 - Maria an der Heiden
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Christina Leuker
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Sarah McFarland
- ! BMG
 - Iris Andernach
- ! Protokoll
 - Janet Frotscher

	<p>Entwicklung von Antikörpern zusammenzufassen</p> <p>Fragen zu 7-Tages-Inzidenz:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wird die Schwelle hochgesetzt? 2. Wird erwogen Länder mit > 50 Fälle / 100.000 EW nicht mehr in Risikogebiete einzuteilen? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein weiterer Ansatz ist es mit der Europäischen Kommission gemeinsame Standards festzulegen ▪ Aktuell herrscht kein Bestreben Grenzwerte zu erweitern oder zu ändern ▪ Risikogebiete werden weiter mit Schwellenwert festgelegt ▪ Regionale Klassifikation des Risikogebietes ▪ <i>Dank an ZIG 1 für die umfangreiche Berichterstattung – wird als ausgesprochen hilfreich angesehen!</i> 3. Wie zielführend ist es, alles als Risikogebiet festzulegen? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trend: Anstieg der Inzidenzen, Abstimmung dazu erfolgt, relevante Informationen werden von Herrn Bayer am Freitag, 25.09.2020, kommuniziert <p>AGI: eventuell ist mit Klagen von Verwaltungsgerichten zu rechnen</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 275.927 (+1769), davon 9.409 (3,4%) Todesfälle (+13), Inzidenz 332/100.000 EW, ca. 245.400 Genesene, Reff=0,79; 7T Reff=0,95 <p>7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer (Folie 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Berlin führend, gefolgt von Bayern und Hamburg ○ Berlin und Bayern liegen deutlich über 	<p>FG34 / Bremer</p> <p>BMG / Andernach</p> <p>FG32 / FG38 Rexroth</p> <p>FG32 / FG 38 Rexroth</p> <p>FG 36/ Buda</p> <p>FG37/ Haller</p>
--	--	---

	<p style="text-align: center;">bundesweiter Gesamtinzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Erhöhte Inzidenzen liegen in Baden-Württemberg, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Bremen vor <p>Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 32 LK >25-50 Fälle/100.000 EW ○ 2 LK >50-100 Fälle/100.000 EW ○ Führend in der Liste: <p style="text-align: center;">SK Hamm, SK Remscheid, SK Würzburg</p> <p>Im Bericht aus NRW auf Parties, Events und Bar-Besuche zurückzuführen, aber auch hier gibt es deutliche Unterschiede in einzelnen Regionen – es gilt genau zu beobachten!</p> <p>COVID-19-Fälle mit Expositionsort im Ausland</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rückgang der im Ausland exponierten COVID-19-Fälle <p>Syndromischen Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verlauf vergleichbar mit Vorsaison, seit zwei Wochen bei Kindern leichter Abfall und leichter Anstieg bei Erwachsenen (GrippeWeb Raten); alles im Rahmen der üblichen saisonalen Bewegung ○ Konsultationsinzidenz ähnlich gleicher Verlauf, auch hier alles im saisonalen Rahmen ○ SARI-Fallzahlen und Anteil COVID seit KW 33 stabil bei 3% 	<p style="text-align: center;">FG36/ Buda</p>
--	---	---

	<p>SARS-CoV-2 in ARS (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Testverzug: 1,3 Tage Turnaround-time ○ Keine größeren Änderungen zur letzten Woche ○ Positivenanteil nach Altersgruppe und Kalenderwoche: paralleler und sehr konstanter Verlauf in allen Altersgruppen <p>Vorschlag: die Spannweite des Verzugs darzustellen (Perzentile)</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht anwesend <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen / kein Update nötig 	<p>Presse / Wenchel</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Kürzungen und etwaigen Änderungen im Lagebericht bitte präzise bleiben! ▪ Im Lagebericht wird bei der Sprachregelung der Fallverstorbenenanteil weggelassen ▪ Sinnvoll hier eine vorsichtige, ausweichende Klausel (Formel) einzufügen (in Fußnote klarifizieren) <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regelung zum Maskentragen am Institut sollen deutlich kommuniziert werden (Wunsch auch aus Lagezentrum und von Presseabteilung) ▪ Arbeitsauftrag nach innen ist bereits erfolgt und wird in Kürze 	<p>FG32 / FG38 Rexroth</p> <p>FG36 / Buda</p> <p>FG37 / Haller</p> <p>FG32/ FG38 Rexroth Presse / Wenchel FG12 /</p>

	durch Leitung publiziert - Richtlinien festhalten, die wir nach außen empfehlen!	Mankertz
8	Dokumente • Nicht besprochen	
9	Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags) • Nicht besprochen	
10	Labordiagnostik • keine Veränderung zur Vorwoche • geringer Rhinovirennachweis • kein Influenzavirennachweis	FG17 / Dürrwald
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement • Internationale Anfragen zur Übernahme von Patienten bespricht Herr Herzog mit dem BMG	IBBS / Herzog
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz • Nicht besprochen	
13	Surveillance • Nicht besprochen	
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) • Nicht besprochen	
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) • Nicht besprochen	
16	Wichtige Termine • Nicht besprochen	
17	Andere Themen Herr Wieler lässt von seinem Besuch in Genf diese Woche bei der WHO als Chair des IHR Review Committes ausrichten, dass der Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus und der Executive Director des WHO Health Emergencies Programme Mike Ryan das RKI in höchsten Tönen gelobt haben. Hätte man früher auf das US CDC oder Public Health England gesehen, wäre es während der COVID-19 Pandemie wie folgt: "the global landscape shifted to RKI". Herr Wieler sieht dies klar als Teamleistung des RKI, ist schwer beeindruckt von unserer Arbeit und spricht uns seine Hochachtung	FG 38/ Maria an der Heiden

	<p>aus.</p> <ul style="list-style-type: none">• Nächste Sitzung: Freitag, 25.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	
--	---	--

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	25.09.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Präs
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Sarah McFarland
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Matthias an der Heiden
- ! FG36
 - Barbara Hauer
 - Udo Buchholz
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
- ! FG37
 - Tim Eckmanns

- Sebastian Haller
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Jamela Seedat
- ! P1
 - Mirjam Jenny
 - Esther-Maria Antao
- ! MF3
 - Nancy Erickson (Protokoll)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>Ca. 32 Mio. Fälle und über 978.000 Verstorbene (3,1%)</p> <p>Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Insgesamt wenig Veränderung ○ Vor allem Zunahme in 5 Ländern: USA, Argentinien, Spanien, Frankreich, Israel ○ Alle außer Russischer Föderation und Indien 7d-Inzidenz/100.000 Ew über 50 % <p>7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew - EU/EWR/UK/CH: 11 Länder, wie Mittwoch, Malta neu hinzugekommen</p> <p>RRA: Increased transmission of COVID-19 in the EU/EEA and the UK – 12th update (24.09.2020) (Gesamtdokument hier)</p> <p>Hintergrundinformation (Achtung: Datenstand 13.09.2020!)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In der EU gestiegen, erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern ! Anhaltende Anstiege von >10 % in der 14-Tage Meldungsrate in 13 Ländern (KW37): Dänemark, Estland, Frankreich, Irland, die Niederlande, Norwegen, Portugal, Slovenien, Slowakei, Spanien, Tschechien, Ungarn, das Vereinigte Königreich ! Anstieg der Testungsrate in den meisten Ländern ! Letzte 4 Wochen: Mehrheit der Fälle (67 %) bei Personen zwischen 15-49 J, davon bilden 25-49 J 45% der Fälle ! 49 % der Todesfälle bei Personen >80 J ! Das Medianalter der Todesfälle ist 80 J (71-86 IQR) 	<p>FG32/INIG Sarah McFarland</p>

- ! Letzte 4 Wochen: 239 (0,%) schwere Fälle
- ! Höchster Anteil schwerer Fälle zwischen 15-49 J (4 %)
- ! Medianalter hospitalisierter Fälle 60 J (41-74 IQR)
- ! Seroprävalenz für die Mehrheit der Regionen < 15 %

Zum Risiko für die Allgemeinbevölkerung, Risikogruppen sowie die Gesundheitsversorgung:

- ! **niedrig** für die Allgemeinbevölkerung und die Gesundheitsversorgung in Ländern, die stabile oder niedrige Melderaten (notification rates) sowie eine niedrige Testpositivität haben
- ! **mäßig** für vulnerable Personen in Ländern, die stabile oder niedrige Melderaten sowie eine niedrige Testpositivität haben
- ! **mäßig** für die Allgemeinbevölkerung und die Gesundheitsversorgung in Ländern, die eine hohe oder anhaltende Zunahme der Melderaten oder Testpositivität haben, ABER mit hohen Testraten sowie einer Übertragung hauptsächlich in jungen Bevölkerungsgruppen
- ! **hoch** für die Allgemeinbevölkerung in Ländern, die eine hohe oder anhaltende Zunahme der Melderaten oder eine hohe Testpositivität und einen zunehmenden Anteil von Fällen in älteren Bevölkerungsgruppen und/oder eine hohe oder zunehmende COVID-19- Mortalität haben
- ! **sehr hoch** für vulnerable Personen, basierend auf einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit einer Infektion und sehr schweren Folgen einer Erkrankung.

Länder kategorisiert nach Trend: „stable“ oder „concerning“

„Concerning“ = mindestens 2 von den folgenden Kriterien:

- ! high ($\geq 60/100\ 000$) or sustained increase (≥ 7 days) in 14-day case notification rates
- ! high ($\geq 60/100\ 000$) or sustained increase (≥ 7 days) in 14-day case notification rates in older age groups (65-79 years old AND/OR 80 years or older)

	<ul style="list-style-type: none"> ! high ($\geq 3\%$) or sustained increase (≥ 7 days) in test positivity ! high ($\geq 10/1\,000\,000$) or sustained increase (≥ 7 days) in 14-day death rates ! 2 Kategorien für Länder mit “concerning” trends: ! high or increasing notification rates due to high testing rates; transmission primarily in young individuals with a low proportion of severe cases and deaths ! high or increasing notification rates in older individuals and an increase in proportion of hospitalized and severe cases <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 25.09.2020: + 2.153 bestätigte Fälle, 15 Verstorbene IST 296 (+3 zu Vortag), R: 0,91; 7-Tage-R: 1,01 ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: alle ansteigend, sehr schnell v.a. Berlin (vermutlich bedingt durch ca. 300 nicht-abgerufene Meldungen älteren Datums auf der Plattform zwischen Labor28 und Gesundheitsamt) ○ Berlin: Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte, Neukölln und Charlottenburg-Wilmersdorf mit 7d-Inzidenz zwischen 41,5 und 32,8 (führend SK Hamm 96,0; SK Remscheid 71,2 und LK Dingolfing-Landau 64,4) ○ Positivenquote der SARS-CoV-2 Testungen 1,2 % (deutlich höher als in den letzten Wochen, Testkapazitäten der Labore weiterhin hoch mit ca. 1,5 Mio pro Woche; ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen KW34: 17.032 Todesfälle (- 2.261 zur Vorwoche), ca. 3% über dem Durchschnitt der Vorjahre 2016-19 (Nachmeldungen aber noch möglich); ○ Frühere Todesfälle zu ca. 30 % ambulant, <i>zu aktuellen Todesfällen wird dies erst noch ermittelt (hospitalisiert oder ambulant)</i> <p>Syndromische Surveillance</p>	<p>FG37 / Tim Eckmanns</p>
--	---	----------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nur Mittwoch <p>SARS-CoV-2 in ARS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nur Mittwoch <p>Die COVID-19-Daten von Bayern und München im Vergleich (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dienstreise 20.9. bis 23.9.2020: sehr schnelle Mobilisierung erforderlich und machbar, Notwendigkeit retrospektiv fraglich ○ 7-Tages-Inzidenz nach Bundesländern relativ zum Ferienende/Schulstart – Bayern hat keinen Rückgang nach den Ferien, wie viele andere Bundesländer. ○ Möglicher Erklärungsansatz: Anstieg liegt im allgemeinen Trend (Trendüberlappung) ○ Altersadjustierte 7 Tagesinzidenzen (10 Jahresschritte) Bayern: Ausbrüche von jüngeren Altersgruppen getriggert (vor allem 20- bis 29-Jährige) ○ Altersadjustierte 7 Tagesinzidenzen (5 Jahresschritte bis 35) insbesondere Altersgruppe 10-19 muss in 10-14 und 15-19 geteilt werden: 0- bis 14-Jährige tragen nicht viel zu Ausbrüchen, diese werden von älteren Altersgruppen getriggert (siehe Garmisch-Partenkirchen: eine einzige Altersgruppe trägt gesamten Peak) ○ Exposition Deutschland vs. Exposition Ausland: v.a. Rosenheim (Balkan) <p>! Infektionsgeschehen derzeit v.a. durch Freizeit und private Haushalte getriggert</p> <p>! Bereits erste Ausbrüche in Krankenhäusern und Altenheimen zu verzeichnen</p>	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	ZIG
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
4	Aktuelle Risikobewertung • Nicht besprochen	alle

<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht anwesend <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
<p>6</p>	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Initiativbericht an BMG – Quarantäne für Haushalte (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Quarantänedauer 14 d nach letztem infektiösem Kontakt, bei Infektiosität von bis zu 10 d: mind. 24 d Quarantäne für Mehrpersonenhaushalte ○ Analyse der Meldedaten von Ausbrüchen in Haushalten (HH): bei 2 bis 5 Fällen pro HH am Tag 0 Anteil Sekundärfälle in etwa ähnlich hoch (Abb. 1) – denkbar durch Kombination aus Fällen kurzer Inkubationszeit oder gemeinsamer externer Quelle überall hoch <ul style="list-style-type: none"> ! Anzahl der Fälle pro HH irrelevant, ca. 98 % bis d 14 ! Exposition findet in HH frühzeitig statt, Symptombeginne weiterer Fälle hängen quasi ausschließlich davon ab, wann die Erkrankung des Primärfalles beginnt und nicht davon, ob oder wann weitere Fälle im Haushalt auftreten ○ Bisheriges Vorgehen: max. ca. 24 d Quarantäne ○ Vorschlag zukünftig (Abb. 2): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laborbestätigte Fälle mit mildem Verlauf werden (wie bisher) für 10 d isoliert ▪ Erkrankte Haushaltsmitglieder werden (wie bisher) getestet ▪ Weitere auftretende Fälle werden (wie bisher) für 10 d ab ihrem eigenen Symptombeginn isoliert ▪ Erkrankte/Test-negative oder HH-Mitglieder ohne Erkrankung werden max.14 d quarantänisiert, unabh. vom Auftreten weiterer Fälle im HH (NEU) ▪ Erkrankte/Test-negative oder nicht erkrankte Personen sollen sich von d 15-20 wie Kontaktpersonen II° 	<p>FG36 / Udo Buchholz</p>

<p>Pandemie (Präventionsmaßnahmen - Dokument hier) (Orientierende Schwellenwerte/Indikatoren für infektionspräventive Maßnahmen in Schulen - Tabelle hier)</p> <p>Zielgruppe: hygieneverantwortliche Personen an Schulen Zur Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zu Präventionsmaßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pädagogisches Personal sollte auch im Unterricht einen MNS oder MNB tragen, zumindest dann, wenn ein Mindestabstand von 1,5 m zur Schülerschaft nicht sichergestellt werden kann (Ergebnis s.u.) ○ Zu Vorgehen bei Auftreten eines Verdachtsfalls an der Schule <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Es] sollten Personen (SuS oder pädagogisches Personal) bei Erkrankungen mit jeglicher respiratorischer Symptomatik orientierend für 5 Tage zu Hause bleiben und die Schule erst wieder besuchen wenn sie beschwerdefrei sind ▪ Vorgehen bei Auftreten Verdachtsfall 5 d wird mit 48 h angepasst ○ Zur Verwendung von Risikoindikatoren und Grenzwerten zur Einschätzung des Eintrags und Transmissionsrisikos in Schulen bzw. zur Ableitung von abgestuften Maßnahmen (Risikoadaptiertes Vorgehen) <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Schulbus“ (siehe Tabelle) entfernen, da im ÖPNV gesonderte Vorschriften gelten raus ▪ Lehrer: Verwendung einer Maske auch bei niedrigem Infektionsgeschehen wenn Mindestabstand nicht eingehalten werden kann, bei mittlerem und hohem Infektionsgeschehen dauerhafte Verwendung einer Maske (MNB oder MNS; bei Schülern MNB ausreichend) ▪ Bei älteren Schülern/höherer Inzidenz: MNB; ▪ Bei positivem Fall in einer Klasse: MNS; Kohorte bleibt dennoch Kontaktperson 1.Grades (Gesundheitsamt-Entscheid) ○ Inzidenzen(schwellen): keine Änderung, Beibehalt von 25 (keine Änderung auf 35) ○ R-Wert (4. Spalte) streichen, auf Landkreisebene nicht relevant <p>SARS-CoV-2 Teststrategie in Schulen während der COVID-19 Pandemie (Dokument hier) Entspricht besprochenen Kriterien, Kontext stärker erläutert, Präsenzbetrieb als Ziel stärker betont, Kriterien in Kongruenz zu anderem Papier Hinweis: Begriffskonstanz „Testkriterien“ statt „Teststrategie“, cave!</p>	<p>Hauer</p>
--	--------------

	<p>Aus den einzelnen Papieren gefasster Bericht wird noch heute an BMG geschickt mit dem Hinweis, dass die Schulpapiere am Dienstag im Kanzleramt benötigt und somit am Montag übermittelt werden müssen (Klärung ob das MBG oder das RKI die Übermittlung übernehmen soll)</p> <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht besprochen 	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <p>Rapid Review der Wirksamkeit nicht-pharmazeutischer Interventionen bei der Kontrolle der COVID-19-Pandemie (Dokument hier) Rapid Review durch ZIG2</p> <p>Übersicht über 37 OECD Länder und Maßnahmenauswirkungen und Rapid Review der Literatur zu nichtpharmazeutischen Interventionen Submission als Publikation in den kommenden zwei Wochen geplant</p> <p>Systematische Literaturrecherche: 27 Studien in Review eingeschlossen, davon</p> <p><u>16 Studien: Real World Data Analyse (nicht-modelliert)</u> retrospektiver Erklärungsansatz und Aufarbeitung (Table 1: Evidence from statistical studies of the impact of policies on the COVID epidemic) Einschränkungen u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ wenig Aufschluss über bspw. subnationale Variationen ○ Maßnahmen sehr unterschiedlich betrachtet: „Lockdown“ und „Tragen einer Maske“ unklar ○ Wirksamkeit der Maßnahme untersch. gemessen (R, Todesrate, Neuinfektionen,...) ○ Am häufigsten (siehe Table 1): Reisekontrolle, Maske, Quarantäne, Schul-, Arbeitsplatzschließung, Nachverfolgung, Absage/ Beschränkung öffentlicher Veranstaltungen/ öffentlicher Verkehr ○ Dennoch: Direction of Travel von Evidenz: Beschränkung von Versammlungen > 5 Personen, Homeoffice, Schulunterbrechung, Tragen von Masken erscheinen besonders wirksam, Heterogenität jedoch vorhanden, aber recht eindeutig differenzierbar hinsichtlich untersch. Maßnahmen und deren Ausführungen <p><u>11 Studien hinsichtlich prädiktiver Simulationsmodellierung</u> (Table 2: Evidence from simulation studies of the impact of policies on the COVID epidemic)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Große Limitation: die strength of implementation wird nicht gemessen ○ <i>Bitte um generelles feedback, nehmen gern noch weitere paper mit auf</i> ○ Auffälligkeit: Methode „Kontaktverfolgung“ erscheint wenig wirksam: ABER 	<p>ZIG / Johanna Hanefeld</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wirksamkeit der Umsetzung in den jeweiligen Ländern wird nicht erfasst ▪ Zeitpunkt der epidemiologischen Aktivität muss berücksichtigt werden (ab best. Fallzahl Kontaktverfolgung weniger wirksam, zusätzl. Maßnahmen wie Lockdown greifen) ▪ Dauer bis zur Testergebnismitteilung variiert im Ländervergleich ▪ <i>Kann so zeitnah auf homepage publiziert werden, Limitationen in Zusammenfassung mitaufnehmen</i> <p>Vorschlag: Analyse der Wirksamkeit der Kontaktverfolgung in Beispielländern in Abhängigkeit des Epidemiestadiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wirksamkeit einer Maßnahme an unterschiedlichen Werten messen (bei Kontaktverfolgung) in unterschiedlichen Ländern und Darstellung des Vorgehens in Deutschland ○ Bei Ländern mit hoher Dunkelziffer nach dieser stratifizieren ○ Compliance innerhalb der Bevölkerung ist zu berücksichtigen ○ Ggf. als eigenständige Veröffentlichung über Kontaktverfolgung 	
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
10	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	FG17 / ZBS1
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	FG 36 / IBBS
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
13	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	FG 32
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
16	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	alle
17	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nächste Sitzung: Montag, 28.09.2020, 13:00-15:00, via Vitero 	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	28.09.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG27
 - Julika Loss
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG 33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Sarah McFarland
 - Sandra Beermann

- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann

	<p>Maßnahmen werden ab 29.09. gelockert.</p> <p>! Wie kommt es zur geringen Anzahl von Todesfällen in Indien?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie Todesfälle gezählt werden, ist nicht bekannt. ○ Evtl. an der Alterszusammensetzung? Nur 5% der Inder sind älter als 60 Jahre. ○ Demografische Zusammensetzung spielt eine Rolle, aber auch, wo sich die alte Bevölkerung aufhält (Stadt/Land, in Einrichtungen/Familie). Es wird bald mehr Literatur dazu geben. <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 285.332 (+1.192), davon 9.460 (3,3%) Todesfälle (+3), Inzidenz 337/100.000 Einw., ca. 252.500 Genesene, Reff=1,18; 7T Reff=0,98 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auch am Wochenende Zuwachs von mehr als 1.000 Fällen. ▪ 7-Tage-Inzidenz: 14 Fälle /100.000 Einw. ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berlin mit höchster 7-Tage-Inzidenz, dann Bremen. ▪ In Bayern leichter Rückgang, insgesamt stetiger Anstieg. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Westen und Süden stark betroffen, aber zunehmend auch andere Regionen. ▪ Top 15 Landkreise alle mit Inzidenz >30. ▪ 4 LK mit Inzidenz >50: SK Hamm, SK Remscheid, LK Dingolfing-Landau, SK Berlin-Mitte ▪ In Großstädten diffuses Geschehen. ▪ Rhön-Grabfeld: Hochzeitfeier mit 78 Gästen, davon 36 pos. getestet. ▪ Leichter Rückgang der Inzidenz in München. ▪ 5 Berliner Stadtbezirke in Liste der LK mit Inzidenz >25. Verzögerung der Übermittlung in Berlin trägt auch zu Anstieg bei, in welchem Umfang ist unklar. 	<p>FG27 (Loss)</p>
--	--	--------------------



	<p>! Vorstellung Studie COALA (Corona - Anlassbezogene Untersuchungen in Kitas) (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ COALA-Studiendesign (Modul 4 der Corona-Kitastudie) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eingeschlossen werden nur Kitas mit einem akuten Ausbruchsgeschehen mit mind. 1 Kind oder mind. 1 Mitarbeitenden. ▪ Geplant: 20-30 Kitas in 6-8 Monaten ▪ Pro Kita ca. 15 Kinder und ca. 3 Betreuungspersonen. ▪ Infizierte und Exponierte aus Kita sowie deren Familien werden zuhause besucht, untersucht (Mund-Nase Abstrich, Speichelprobe und Blut) und befragt. ▪ An Tag 3, Tag 6, Tag 9 und Tag 12 nehmen die Untersuchten einen Mund-Nase Selbst-Abstrich vor und schicken diesen zusammen mit einer Speichelprobe ans RKI. Außerdem sollen sie ein Symptomtagebuch führen. ○ Fragestellungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Rolle spielen Kinder im Infektionsgeschehen? Wie infektiös sind Kinder? <ul style="list-style-type: none"> ! Berechnung der sekundären Attackrate (wie viele Kontaktpersonen hat ein infiziertes Kind angesteckt) im Vergleich zu Erwachsenen. ▪ Wie verlaufen COVID-19-Infektionen bei Kindern? <p>Durch Symptomtagebücher und die Messung der Viral load alle drei Tage kann festgestellt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wann die Symptomatik beginnt. ! Wie viele Fälle asymptomatisch verlaufen. ! Wie lange die Beschwerden dauern. ! Und wie sich die Symptomatik zur Virusmenge verhält. ▪ Welche Rolle spielt das Kita-Umfeld? <ul style="list-style-type: none"> ! Einfluss von Gruppenstruktur, Räumlichkeiten, Außengelände, Hygienemaßnahmen wird untersucht. ○ Beginn mit Planungen im Juni 2020; bisher: Fertigstellung von Infomaterialien, Vernetzung, Genehmigung des Ethikantrags, Schulung des Feldteams. 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ab 12.10. Beginn Feldphase, Intensivierung der Kontakte mit den GA. ○ Bundeswehr bietet Unterstützung bei Kontaktherstellung zu GA an. ○ Die Studie findet bundesweit statt und folgt den Ausbruchsgeschehen. Noch ist nicht abzusehen, ob eine Auswahl der Kitas nach bestimmten Kriterien getroffen werden kann oder alle eingeschlossen werden müssen, die in Frage kommen. ○ Kapazitätsgrenzen liegen bei ca. 1 Kita pro Woche. ○ BZgA ist vom pos. Ethikvotum erstaunt. Es wird jedoch kein tiefer Rachenabstrich durchgeführt, sondern eine Kombination aus einem Abstrich im Mund und im vorderen Nasenraum. In dieser Kombination wird in etwa die Sensitivität eines tiefen Nasenabstrichs erreicht, außerdem Speicheltest. ○ Die Kontaktaufnahme muss immer über die Landesbehörden erfolgen. ○ Das Projekt wird morgen bei der EpiLag vorgestellt. <p>! Amtshilfeersuchen aus Berlin und Pinneberg</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zurzeit wird geprüft, ob die Amtshilfeersuchen bedient werden können. ○ Pinneberg (SH): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontakt mit Bundeswehr wurde hergestellt, da das RKI Schwierigkeiten hat, das Ersuchen zu bedienen. ○ Berlin: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Containment Scouts für Kontaktpersonennachverfolgung, Quarantänebetreuung und -überwachung, sowie Unterstützung von Abstrichentnahme-Teams gesucht. ▪ Außerdem Personal für Krisenstab und LAGeSo angefragt, Infektionsschutz/Epidemiologie ▪ Unterstützung mit Containment Scouts ab Donnerstag möglich. ▪ Beratung in Form von Teilnahme an bestimmten Sitzungen und Unterstützung bei Auswertungen evtl. möglich. Frage, ob Ressourcen hierfür vorhanden sind. 	
--	--	--

	<p>regelmäßige Pressebriefings durchführt, hält die Pressestelle nicht für sinnvoll. Gemeinsame Pressekonferenzen mit BMG werden favorisiert, evtl. eine erste am nächsten Donnerstag oder Dienstag kommende Woche. Noch ist nicht klar, ob sie regelmäßig stattfinden werden.</p> <p>Bundeswehr</p> <p>! Wo und wie werden Labormeldungen über Probenstau erfasst und gehen diese Infos auch an die lokalen GA? Hintergrund: Laborbefund ist von Montag - Mittwoch innerhalb von 2 Tagen da, ab Donnerstag dauert dies zum Teil eine Woche. In welchen Bereichen besteht der Stau und warum?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Meldung, sondern freiwillige Erfassung der Labore über Voxco, lokale Differenzierung ist in dieser Abfrage nicht möglich. Kleinräumige Auszuweisung wäre auch nur bedingt sinnvoll, da Labore großräumig agieren. ○ Weitere parallele Abfrage der Bundeswehr wäre nicht zielführend. ○ Infos aus ARS sind kleinteiliger. Jedoch nur Informationen über Dauer von Abnahme bis zur Beprobung vorhanden, nicht bis zur Ergebnismitteilung. Dieser Zeitabschnitt könnte untersucht werden. Es müsste mit den Laboren geklärt werden, inwieweit diese Infos rausgegeben werden können. <p><i>ToDo: Abstimmung hierzu zwischen Hr. Eckmanns und Bundeswehr</i></p>	Bundeswehr
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Update Strategiepapier (Dokument hier, Grafik hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wurde nach Treffen mit Beratergremium nochmal überarbeitet und erneut mit Hr. Wichmann, Hr. Eckmanns, Hr. Mielke und mit Hr. Schaade diskutiert. ○ In der Grafik werden 3 Szenarien beschrieben und Ziele, Schwerpunkte und Instrumente benannt. ○ Ziel ist Perspektiven, wie es weitergehen soll, aufzuzeigen. ○ Soll am 15.10. in einer Pressekonferenz als RKI Strategiepapier vorgestellt werden, vorausgesetzt es findet Zuspruch im BMG. ○ Bitte an den Krisenstab das Dokument dahingehend durchzusehen, ob ein wesentliches Element vergessen wurde und ob das Dokument kongruent mit den anderen Papieren ist. 	ZIG (Hanefeld)



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Soll morgen ans BMG übermittelt werden. Deshalb muss die Rückmeldung bis spätestens heute Abend erfolgen. <p><i>ToDo: wird per Mail im Krisenstab zirkuliert. Rückmeldung spätestens bis heute Abend.</i></p> <p>b) RKI-intern</p>	
8	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Änderungen im Kontaktpersonenmanagementpapier <ul style="list-style-type: none"> ○ Soll erst am Mittwoch besprochen werden 	FG36/ FG37
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nichts Neues 	
10	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ZBS1 <ul style="list-style-type: none"> ○ In der KW 39 gingen 1.747 Proben ein, davon waren 137 (7,8%) positiv auf SARS-CoV-2. ○ Komolo: letzte Probe gestern eingegangen, bisher eine Probe positiv. ○ 17./18.09. Akkreditierung durch DAkkS ! Virologische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ○ 88 Proben, davon 55% pos. auf Rhinoviren getestet. ○ 1 positiver SARS-CoV-2 Nachweis bei >50 jährigen Mann mit Fieber, keine Info über Risikokontakte. Symptomatik nicht so einfach von Influenza zu unterscheiden. Keine Reaktion auf Einzelfälle notwendig, Einzelfälle sind noch keine Community transmission. ○ Vorbereitung auf Wintersaison, saisonale Coronaviren sollen in Diagnostik einbezogen werden. 	ZBS1 (Michel) FG17 (Wolf)
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Therapiehinweise werden zurzeit umfangreich überarbeitet. 	IBBS
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Impfung <ul style="list-style-type: none"> ○ STIKO hat Mandat Impfempfehlung zu entwickeln. Deutscher Ethikrat und Leopoldina sollen einbezogen werden, d.h. 8 zusätzliche Experten, die nicht alle Expertise in Impfprävention haben. ○ Zunächst soll ein ethischer Leitfaden für Priorisierung von knappen Impfstoffmengen entwickelt werden. ○ Im Laufe des Oktobers hat FG33 Jour fixe Termine mit Impfstoffherstellern, die dann ihre Impfstoffe vorstellen. ○ Daten aus Phase 3 Studien liegen noch nicht vor. Es gibt bis zu 10 Impfstoffe, die peu à peu auf den Markt kommen werden. ○ Zulassung bei FDA vor US Wahlen ist nicht gewünscht, auch nicht bei europäischer Behörde, d.h. es wird erste 	FG33 (Wichmann)

	<p>Ergebnisse nicht vor November geben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alle Impfstoffhersteller produzieren bereits Impfstoffe, die voraussichtlich ab 1.Quartal 2021 zur Verfügung stehen werden. ○ Im Mai wurde bereits ein erstes Konzept für die Einführung der Impfung entwickelt. Monatelang ging das Konzept hin und her, es wurde z.B. diskutiert, wo geimpft werden soll. ○ Nun soll das Konzept nochmal überarbeitet werden und in einer nationalen Impfstrategie münden, die dann mit den Bundesländern geteilt werden kann. 	
13	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bevölkerungszahlen, SurvNet-Update <ul style="list-style-type: none"> ○ Ab Anfang Oktober werden neue Bevölkerungszahlen zu Grunde gelegt, möglicherweise wird dies in einzelnen LK Inzidenzsprünge auslösen. ○ Das Survnet Update ist verfügbar, aber noch nicht in vielen GA installiert. Es beinhaltet mehr Variablen: z.B. im Bereich KoNa; bei Betreuung und Unterbringung ist Mehrfachauswahl möglich und die Beziehung zur Einrichtung; Zugehörigkeit zur Bundeswehr; serologische Ergebnisse im Detail; Fall bekannt durch Corona-Warn-App Kontakte; Expositionsland. ○ Diese Variablen werden erst peu à peu in einem auswertbaren Zustand sein. 	FG32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Digitale Aussteigekarten <ul style="list-style-type: none"> ○ Ab 01.11.: bis dahin Scan-Post-Lösung ! Ziemlich viel Aufruhr, weil Tirol als Risikogebiet deklariert wurde. <ul style="list-style-type: none"> ○ Presse erfährt auch erst frühestens eine Stunde vorher, was als Risikogebiet deklariert wird. ○ BMG hat normalerweise am Vormittag die GA, die für Flughäfen zuständig sind, informiert, welche Risikogebiete neu dazukommen. Letzte Woche war dies nicht der Fall. 	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Interaction Review zum Lagemanagement im Haus wird diese Woche an alle Beschäftigten gehen. 	
16	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! CMO-Treffen EU-Ratspräsidentschaft <ul style="list-style-type: none"> ○ Morgen einziges Treffen der CMO in dieser deutschen EU-Ratspräsidentschaft. ○ Kontaktpersonennachverfolgung im Reiseverkehr ist auf der Agenda, Zeitrahmen ca. 2,5 Stunden. ○ Ziel wäre eine Entscheidung, dass die Beförderer bessere Kontaktdaten zur Verfügung stellen müssen. ○ Eine Überlegung ist ein Portal, in das sich Reisende 	FG32/ FG38



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>eintragen müssen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nächste Woche kann dazu mehr berichtet werden. 	
<p>17</p>	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 30.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	30.09.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade (VPräs)

Teilnehmende:

- ! Präs
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG 12
 - Annette Mankertz
- ! FG 14
 - Melanie Brunke
- ! FG 17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG 33
 - Luisa Denkel
- ! FG 34
 - Viviane Bremer
- ! FG 36
 - Silke Buda
 - Udo Buchholz
 - Anna Stolaroff-Pépin
 - Stefan Kröger
- ! FG 37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher

- Ronja Wenchel
- ! P1
 - Mirjam Jenny
- ! MF 3
 - Nancy Erickson (Protokoll)

Anm.: Bei welcher Falldefinition getestet wird soll über INIG ggf. aufgearbeitet werden bzw. sind Falldefinition der Testung / Teststrategie ggf. interessant, jedoch sind Testempfehlungen bzw. Falldefinition für Testung in den Ländern unterschiedlich und dementsprechend ist die Teststrategie schwer zu monitoren

National

- ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](#))
 - ! SurvNet übermittelt: 289.219 (+1.798), davon 9.488 (3,3%) Todesfälle (+17), Inzidenz 348/100.000 Ew, ca. 256.000 Genesene, 4T R=0,96; 7T R=1,00,
 - ! 7-Tage-Inzidenz: 14,5 Fälle /100.000 Ew (steigt langsam an), z.T. auch höhere Anzahl an Verstorbenen, Ältere wieder stärker betroffen
 - ! 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
 - Gesamt ca. 14,5 %, v.a. Bremen, Berlin und Hamburg betroffen
 - Bremen aktuell höchste Inzidenz, presseseitig mutmaßliche Ursache: kein bestimmtes Ausbruchsgeschehen, sondern bedingt u.a. durch private Feiern!
! hier wird bei der zuständigen Behörde nachgehakt, ob deren Daten im Einklang mit diesen presseseitigen Informationen sind
 - Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Thüringen: sehr niedrige Inzidenz
 - Saarland als Nachbarregion zu Frankreich besonders niedrige und Sachsen als Nachbarregion zu Tschechien niedrige Inzidenz
 - ! Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
 - 2 LK > 50; meist zurückzuführen auf bestimmte Ausbruchsgeschehen (Hamm: Hochzeit(en), Remscheid: Kitas, Schulen & Reiserückkehrer)
 - Berlin > 25 (Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Tempelhof-Schöneberg, Neukölln), Berechnungsgrundlage muss mit zust. Behörde geklärt werden, Verzögerung der Übermittlung trägt auch zu Anstieg bei, in welchem Umfang ist unklar
 - ! Am Dienstag in den Lagebericht aufgenommen: zwei Spalten in Tabelle 3 („Die dem RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Geschlecht sowie Anteil Hospitalisierung

FG 37 (Tim Eckmanns)



	<p>und Verstorbene): „Anzahl mit klinischen Informationen“ und „Anteil keine bzw. keine für COVID-19 bedeutsame Symptome“ ! 30 % asymptomatischer Anteil ist im Vergleich zu Daten serologischer Studien in hotspots (ca. 16 %) viel höher, ggf. abhängig von zugrundliegender Analysetiefe</p> <p>Laborbasierte Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Testhäufigkeit (dargestellt: ca. 1/3 der Labore; Folie 2): ggf. Zenit erreicht ! Anzahl Testungen pro 100.000 Ew nach Altersgruppe und Kalenderwoche (Folie 3): nach wie vor Ältere sowie 15- bis 59-Jährige vermehrt getestet ! Positivenanteile nach Altersgruppe und Kalenderwoche (Folie 4): zu Beginn des Jahres große Unterschiede zwischen den Altersgruppen bei Positivraten von bis zu 15 %, jetzt Clusterung weit unterhalb 2,5 % ! Berlin (Folie 6): Altersgruppen der Anzahl Testungen pro 100.000 Ew nach Altersgruppe und Kalenderwoche zeigen eine andere Verteilung im Vergleich zu Deutschland (Folie 3), hier deutlicher Anstieg bei den 15- bis 34-Jährigen, mögliche Erklärung: in Berlin derzeit nur ein Teil der Labore abgebildet, bspw. Labor28: derzeit keine Datenübermittlung möglich (= ca. 90 % Daten aus dem ambulaten Bereich, derzeit dementsprechend vermehrt Daten aus Hospitalbereich) ! Berlin (Folie 7): Positivenanteil im Vergleich zu Deutschland hier in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen sowie 35- bis 59-Jährigen Anstieg zu verzeichnen (Grafik unten rechts), aber auch bei älteren Altersgruppen ! Bayern (Folien 8 & 9): Verlauf hier ähnlicher zu Daten von Deutschland insgesamt ! Tage zwischen Probenentnahme und Tag der Durchführung des Tests (Folien 10 jeweilige Anzahl der Tests & Folie 11 Anteil der Tests nach Tagen): bspw. 0 = Test am Tag der Probenahme; 2 = 2 Tage zwischen Probenentnahme und Test; Vergleich München versus Berlin: in Berlin geringfügig häufigere Verzögerungen, jedoch insgesamt Großteil der Tests am Tag der Probenahme durchgeführt ! Auffälligkeiten o.g. Daten im Vergleich werden weiter eruiert <p>Syndromische Surveillance (Dokument hier)</p>	<p>FG 36 (Silke Buda)</p>
--	--	---------------------------

	<p>! Grippeweb: Gesamt-ARE-Raten bis 39 KW liegen unterhalb derer der letzten drei Vorsaisons</p> <p>! ARE-Rate bis 39. KW: Kinder: Anstieg eine Woche früher im Vergleich zu Vorsaison; Erwachsene: derzeit Anstieg, aber unter Werten der letzten zwei Vorsaisons</p> <p>! AG Influenza Praxisindez: relative Anzahl der ARE-Besuche in Arztpraxen im Vergleich zu letzten drei Vorsaisons insgesamt niedriger, kein derzeitig zu verzeichnender Anstieg</p> <p>! ARE-Konsultationsinzidenz: zwei Peaks bei Kindern (0 bis 4 und 5 bis 14 Jahre) nach Lockdown bei partieller Schulöffnung sowie nach Ferienende</p> <p>! Regionale ARE-Konsultationsinzidenz, Ferienende eingezeichnet (senkrechter Balken): höchste Rate insgesamt bei 0- bis 4-Jährigen, gefolgt von 5- bis 14-Jährigen; Anstieg in 38. KW bei > 60-Jährigen in Berlin/BB hat sich wieder relativiert</p> <p>! Neues Folienformat (Folie 8, COVID-19-Inzidenz je 100.000 Ew): rechte y-Achse Skalierung auf 10.000, linke y-Achse auf 100; derzeit etwas höheres Herbstniveau zu verzeichnen, nach Ferien üblicher Anstieg bei Kindern bzw. Schulkindern; nach Grippewelle entgegengesetzt, hier Erwachsene am stärksten betroffen; derzeit (um 39. KW) nehmen COVID-19-Fälle in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen zu, spiegeln sich z.T. in ARE-Aktivität wieder (COVID-19 nur kleiner Anteil der ARE)</p> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle: normales saisonales Niveau, transient höherer Anteil hospitalisierter Kinder wieder zurückgegangen</p> <p>! Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose: in 38. KW auf 5 % gestiegen</p> <p><i>ToDo: Eruierung möglicher Erklärungsansätze des in allen abgebildeten BuLä zu verzeichnende Anstieg vor Ferienende (um KW 27 in Berlin/BB, um KW 30 in Bayern und BaWü) mit Ausnahme von NRW (siehe Folie 7)</i></p>	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	ZIG
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
4	Aktuelle Risikobewertung ! Kein bedarf	alle



<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA ! Nicht anwesend</p> <p>Presse ! Derzeit Engpässe hinsichtlich Internetauftritt bis voraussichtlich kommende Woche</p> <p><i>ToDo: Ergänzung der AHA-Regel um „L“ für Lüften und „C“ für Corona-Warn-App muss noch geklärt werden, ggf. mit BMG bzw. BZgA (derzeit dort soweit nicht vorhanden)</i></p> <p>Bundeswehr ! Nicht anwesend</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Ronja Wenchel / Susanne Glasmacher)</p>
<p>6</p>	<p>Neues aus dem BMG ! Nicht besprochen</p>	
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Strategiepapier liegt im BMG zur Freigabe</p> <p>! Rückmeldung zum weiteren Umgang mit Empfehlungen (bspw. hinsichtlich häuslicher Quarantäne) steht seitens BMG aus</p> <p>! Überlastungsanzeigen aktuell seitens SH Pinneberg und Berlin; laut EPILAG 29.09. viele weitere BuLä jedoch sehr dicht an Überlastungsanzeige</p> <p>! Kontaktpersonennachverfolgung essentiell, soll aufrechterhalten werden</p> <p>! Containment Scouts überaus gutes Erfolgsmodell in der Unterstützung</p> <p><i>To Do: In Rücksprache mit Gesundheitsämtern klären, wie Arbeitslast reduzierbar ist (bspw. hinsichtlich täglicher Anrufe der von in Quarantäne befindlicher Personen durch die Gesundheitsämter)</i></p> <p><i>To Do: Proaktives Herantreten an BMG: Nach unserem Eindruck und positiver Rückmeldung der Länder schlagen wir den Einsatz weiterer 500 Containment Scouts vor. Darüber hinaus erinnern wir an das Commitment der Länder (siehe Beschluss: je 20.000 Ew sollten 20 Teams a 5 Personen von jeweiligen LK gestellt werden)</i></p>	<p>Leitung (Lars Schaade)</p>

	<p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <p>Änderungen im Kontaktpersonenmanagementpapier (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kontaktpersonen Kategorie I, zwei Falldefinitionen unterschieden (siehe S. 3): <ul style="list-style-type: none"> ! A. Infektiöses Virus wird vom Quellfall über Aerosole/Kleinpartikel (im Folgenden als „Aerosol(e)“ bezeichnet) bzw. (in viel kleinerer Anzahl*) über Tröpfchen ausgestoßen (emittiert). [...] <u>Nahfeld > 1,5 m</u> ! B. Aerosole können in einem nicht oder schlecht belüfteten Raum über Stunden schweben, wobei das vermehrungsfähige Virus eine Halbwertszeit von etwa 1 Stunde hat. [...] <u>Abstand zu Quelle irrelevant.</u> ! *Zusatz soll gestrichen werden (dazu weiter siehe unten) ! Diese Falldefinitionen sind nun detaillierter beschrieben ! Änderung entsprechend in Tabelle: KP1 unterschieden zwischen Nahfeld und Aerosol, deutlichere Überschriften ! Gestrichen werden soll (S. 6): <i>Eine Testung asymptomatischer Kontaktpersonen der Kategorie 1 zur frühzeitigen Erkennung von prä- oder asymptomatischen Infektionen sollte durchgeführt werden. Die Testung sollte so früh wie möglich an Tag 1 der Ermittlung erfolgen, um mögliche Kontakte der positiven asymptomatischen Kontaktpersonen rechtzeitig in die Quarantäne zu schicken. Zusätzlich sollte 5-7 Tage nach der Erstexposition ein zweiter Test erfolgen, da zu diesem Zeitpunkt die höchste Wahrscheinlichkeit für einen Erregernachweis besteht. Es ist zu betonen, dass ein negatives Testergebnis das Gesundheitsmonitoring nicht aufhebt und die Quarantänezeit nicht verkürzt!</i> ! Synopsis Kontaktpersonenmanagement (S. 12): Kontaktreduktion bei Kategorie III: „Nein“ An dieser Stelle wird eine präzisere Aussage zu den privaten Kontakten gewünscht (das gilt auch für KPs, die bei Personalmangel nach einer Woche wieder arbeiten dürfen, obwohl sie KP 1 sind) ! Diskussion: FG14 weist auf Diskrepanz bzgl der Zulässigkeit von MNB bei Patienten zu Schutzmaskenempfehlungen der BAuA hin und bittet um Entscheidung des Krisenstabs. Der KS entscheidet, dass dieser Passus bestehen bleibt. ! 	<p>FG36 (Anna Stoliaroff-Pépin)</p>



	<p><i>To Do: „bzw. (in viel kleinerer Anzahl) über Tröpfchen“: statt „bzw.“ bitte „UND“ verwenden sowie „(in viel kleinerer Anzahl)“ streichen</i></p> <p><i>To Do: Unterteilung Nahfeld – Fernfeld sollten breit verteilt erläutert werden, nicht nur hier oder im Steckbrief sondern auch in Erklärvideos, bitte an Frau Rexroth, das BZgA darauf anzusprechen</i></p> <p><i>To do: Bitte in kleinerem Verteiler/den jeweiligen AGs nochmal zirkulieren unter Federführung FG 36 und Beteiligung FG37 und FG14. Konsolidierte Fassung: Deadline Montag oder Mittwoch im Krisenstab neu beraten!</i></p> <p>Hierbei ggf. zu berücksichtigende Diskussionspunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ggf. Diskrepanz zur generellen Empfehlung des MNS der BAuA ! Empfehlung in diesem Schriftstück gilt für generelle, ambulante Versorgung, nicht ausschließlich Krankenhaus ! BAuA-Kompetenz gegenüber Beschäftigten versus Patienten ! Bezug zu anderen Hygieneempfehlungen ! Weiter zu beachten: Detailgrad der Definitionen (Dauer, Raumgröße, hinsichtlich Partikelhalbwertszeiten, Quantifizierbarkeit Viruslast einer Person), Möglichkeit des Auftretens neuerlicher Nachfragen und Missverständlichkeiten o.ä. ! Wahl der Testzeitpunkte bzw. Möglichkeit der Testesparnis: so früh wie möglich ab Tag 1 der Ermittlung sowie an Tag 5 – 7: <ul style="list-style-type: none"> ! ggf. Tag 1 nach Ermittlung weglassen, da das ohnehin eher der Tag 3 oder 4 wäre oder ! ersten Testzeitpunkt beibehalten, da betreffende Person danach sowieso quarantänisiert, dient dann der KP-Information 	
<p>9</p>	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
<p>10</p>	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Virologische Surveillance: stabiles Niveau, 50 % Rhinovirus, keine weiteren Influenza/SARS-COV2-Nachweise 	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
<p>11</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zunahme von Patientenverfügungen auf Verzicht auf Beatmung zu beobachten <p><i>To Do: „Klinisches Management“ bitte für Freitag in Agenda mitaufnehmen</i></p>	<p>FG36/IBBS (Christian Herzog)</p>
<p>12</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	<p>FG33</p>

13	Surveillance ! Nicht besprochen	FG32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Nicht besprochen	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Nicht besprochen	FG38
16	Wichtige Termine ! CMO-Treffen EU-Ratspräsidentschaft: u.a. Kontaktpersonen- nachverfolgung angesprochen, grundsätzlich positives outcome, arbeiten derzeit am Summary	FG32/ FG38 (Maria an der Heiden)
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Freitag, 02.10.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	02.10.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade (Moderation)

Teilnehmende:

- ! Leitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG 12
 - Annette Mankertz
- ! FG 14
 - Melanie Brunke
- ! FG 17
 - Oh Dschin-Je
- ! FG 24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG 36
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
- ! FG 37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 32/38
 - Ute Rexroth
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! INIG
 - Luisa Denkel
- ! P1
 - Esther-Maria Antao
- ! Presse



- Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: Datenstand 01.10.20</p> <p>Top 10 unverändert im Vergleich zum Mittwoch, nur zwei Länder haben den Rang getauscht;</p> <p>Anscheinend stabilisieren sich auf hohem Niveau die neuen Fälle auf dem amerikanischen und asiatischem Kontinenten.</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew.</p> <p>Heute 55 Länder mit 7-T.-Inz. > 50 Fälle/100.000 Ew. im Vergleich zum Mittwoch sind es heute 5 Länder mehr; In Afrika: steiler Anstieg in Tunesien (50,74)</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa</p> <p>Neu gelistet: Slowakei und Irland</p> <p>! Studie: „Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies in people with an acute loss in their sense of smell and/or taste in a community-based population in London, UK: An observational study“</p> <p>Gestern in PlosMed erschienen; in GB durchgeführt; 78% der Pat. mit akutem Geschmacks- und Geruchsverlust wurden pos. auf SARS-CoV-2 getestet; 40% von ihnen hatten kein weiteres Symptom (bedeutet in Studie kein Husten oder Fieber); TN mit Geruchsverlust waren dreimal bzw. mit Geruchs- und Geschmacksverlust viermal häufiger seropositiv als TN mit akutem Geschmacksverlust; Vorsicht: Hier wurden leichte Erkältungssymptome (Verstopfte Nase) als kein Symptom bewertet.</p> <p>! Zusammenfassung:</p> <p>Hohes Niveau Anzahl der Neuinfektionen in Amerika und Asien, aber rückläufiger Trend erkennbar; Weiterhin sehr aktives Infektionsgeschehen in vielen Ländern Europas (Spanien, Frankreich, GB, Tschechien, Niederlande, Slowakei; Polen) POTUS und FLOTUS sind positiv auf COVID-19 getestet</p> <p>! Fragen</p> <p>Wie häufig ist Geruchsverlust bei anderen Viruserkr., bzw. bei COVID? Geruchsverlust ohne verstopfte Nase ein sehr spezifisches</p>	<p>INIG (Luisa Denkel)</p> <p>Presse</p> <p>FG 36 (Silke Buda)</p> <p>FG 32 (Michaela Diercke)</p>



	<p>Symptom f. COVID-19, liegt aber nicht bei allen Infizierten vor; Vorsicht bei GB Studie: Halten sich sehr an WHO Def. Hier sind leichte Erkältungssymptome gleich keine Symptome interpretiert</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <p>! SurvNet übermittelt:</p> <p style="padding-left: 40px;">+2.673 neue Fälle, dieser Anstieg im R-Wert noch nicht so deutlich; auch nicht bei ITS im Vergleich zum Vortag</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum</p> <p style="padding-left: 40px;">Anstieg v.a. in Bremen und Berlin: Auf Nachfrage in beiden Landesstellen wird ein diffuses Geschehen genannt; kein Ausbruchsgeschehen leichter Anstieg in NRW und HH Im Bundesdurchschnitt wird ein leichter Anstieg fortgesetzt</p> <p>! Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <p style="padding-left: 40px;">43 LK haben über 25-50 Fälle/100T Ew.; nur noch 5 LK, in denen keine Fälle übermittelt wurden; spezifisches Ausbruchsgeschehen in Hamm und SK Berlin Mitte</p> <p>! Anz. Der SARS-CoV-2 Testungen (Stand 30.09.2020)</p> <p style="padding-left: 40px;">Seit Beginn der Testungen in Dtl. bis einschl. KW39/2020 sind 16.999.253 Labortests erfasst, davon wurden 328.566 pos. auf SARS-CoV-2 getestet. Sehen erstmal keinen Anstieg, mehr Leute getestet, pos. Rate leicht angestiegen auf 1,22%</p> <p>! Probenrückstau (Stand 30.09.2020)</p> <p style="padding-left: 40px;">In KW 39 gaben 46 Labore einen Rückstau von 15.983 abzuarbeitenden Proben an 35 Labore nannten Lieferschwierigkeiten für Reagenzien</p> <p>! Mortalitätssurveillance diese bezieht sich auf Datenstand Ende August</p> <p style="padding-left: 40px;">zurzeit keine Übersterblichkeit erkennbar</p> <p>! ITS zeigt eine kleine Zunahme im Vergleich zu den letzten Monaten, Anfrage beim DIVI Team zur besseren Darstellung ist bereits erfolgt</p> <p>! Berlin ist eigentlich eine sog. Einheitsgemeinde und somit ein LK; Mecklenburg-Vorpommern versteht Berlin auch als Einheitsgemeinde; so bald eine 7-T.Inz./100.000 Ew. von über 30 Fällen erreicht ist, gibt es keine Beherbergung für Touristen aus Berlin.</p> <p>! STAKOB berichtet auch Zunahme der ITS-Belegung</p>	<p>FG32/38 (Ute Rexroth)</p> <p>FG37 (Tim Eckmanns)</p>
--	---	---



	<p>a) Allgemein</p> <p>! Quarantäne-Bedingung für Kinder:</p> <p>Im Namen von Hr. Wieler Bericht über Gespräch: Berichtet wurde: GÄ ordnen bei Kindern Quarantäne unter extremen Maßnahmen an; Kinder sollen 14 Tage isoliert allein im Zimmer verbleiben und nur zu den Mahlzeiten Kontakt mit den Familien haben; Daher Beschwerden durch Eltern; Können wir für Kinder unter 10-12 Jahren klarstellen, wie Quarantäne f. Kinder gemeint sind? Zustimmung von Teilnehmern IBBS und BZgA hatten Merkblätter zur Quarantäne erstellt, daher könnte auf Basis dieser ein Merkblatt zur Kinder-Quarantäne entwickelt werden.</p> <p><i>To Do: IBBS (FF) unter Mitarbeit von FG36 erhält Auftrag ein Merkblatt Kinder-Quarantäne zu entwickeln.</i></p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Über Pressemeldung besteht in Berlin MNS Pflicht auch im Arbeitsumfeld, aber nicht beim Sitzen am Arbeitsplatz (wie schon die Regelung in Restaurants); Wird ab Montag im Haus umgesetzt</p> <p>! Personalrat schlägt nun doch das Aufstellen von Desinfektionsstände in den Liegenschaften vor;</p> <p>Da Kontaktübertragung geringe Rolle spielt sprechen sich in einer Handabstimmung die Mehrheit gegen das Aufstellen der Desinfektionsstände aus</p> <p>! Neues Testkriterien-Papier: Für welche Tests ist dies gültig? Gilt nur für PCR Tests, da einzigen validierten Tests, solange Antigen noch nicht validiert</p> <p>! (Positiver) Effekt der Coronamaßnahmen auf übertragbare Erkrankungen</p> <p>Fr. Rexroth und Team bearbeiten das Thema bereits. Herr Wieler ist informiert. Das Thema wird demnächst vorgestellt Interpretation erweist sich als schwierig Viel Absprache mit FG33 Frau Mankertz zieht sich von der FF zurück</p> <p>! IFG Anfrage des NDR: Nowcast der BL – grundsätzliche Diskussion: online stellen vs. gezielt beantworten?</p>	<p>Leitung (Lars Schaade)</p> <p>FG36 (Silke Buda)</p> <p>Leitung (Lars Schaade)</p> <p>Alle</p> <p>Leitung (Lars Schaade)/ FG36 (Stefan Kröger)</p> <p>FG12 (Annette Mankertz)</p> <p>FG38/ alle</p>
--	--	---



	<p>Berichte zum Nowcast an BL sind rechtlich nicht als schützenswert eingestuft. Wird dem NDR gegeben, online stellen könnte noch mehr Nachfragen provozieren; Diese Rechtseinschätzung betrifft wahrscheinlich auch weitere Berichte ans BMG, wie z.B. zum Kapazitätenmonitoring, Ausbüchen als auch DIVI-Update; Bitte diese Rechtseinschätzung bei allen Berichten im Hinterkopf behalten, dass diese später durch IFG Anfragen herausgegeben werden Hr. an der Heiden hat Anfragen zum Veröffentlichen des Codes vom R-Wert und vom Nowcasting. Überlegung diesen online zu stellen; Bitte bedenken, dass der Code/Script unveröffentlichte Variablen beinhaltet. Diese würden dann nach der Veröffentlichung auch angefragt werden;</p>	
<p>8</p>	<p>Update Impfen</p> <p>! Update zur Diskussion mit den BL zum Kauf bzw. Einsatz von Influenzaimpfstoffen:</p> <p>Bund hat 6 Mill. Impfstoffdosen eingekauft Beinhaltet auch 500.00 Impfstoffdosen von dem Sanofi Hochleistungsimpfstoff (Efluelda); dieser 10-30% effektiver als bisherige auf dem Markt; Dieser wird eher in Altenheime eingesetzt, steht erst im Nov. zur Verfügung;</p> <p>! Erfassung der Covid-19 Impfquoten:</p> <p>Anfang der Woche Telefonat zur Impfquoten-Erfassung mit BMG: Diese Erfassung ist nationaler Impfstandard. Wir müssen wissen wer mit welchem Impfstoff geimpft wird. Geplant sind vom BMG bisher 3 parallele Stand-Alone-Systeme: Dazu gehört Impfquotenerfassung durch Impfzentren, App des PEIs zur Erfassung von Nebenwirkungen; Falls die Impfquoten-Erfassung ans RKI vom BMG gegeben werden, weil wir durch ÖGD Kontaktstelle viele neue Stellen haben Mehr Infos am BMG als bei uns, daher erfolgt mittlerweile ein direkter Austausch mit den Herstellern, z.B. mit biontec; dieser wahrscheinlich erster Markteintritt schon über 33.000 Personen geimpft: Nebenwirkung Kopfschmerzen, ab 01.12.2020 stehen die Chargen bereit, wie viele Impfstellen braucht man? Impfstoff gekauft, aber noch nicht die Lösungsmittel dafür Problem: Wir brauchen eine vollständige/zentrale gut aufgestellte Erfassung der Impfquoten. Aber unsere Personalressourcen lassen dies nicht zu. Als Alternative nennt das BMG eine Impfquoten-Erfassung bei den KVen; RKI im Mai Entwurf beim BMG zur Erfassung eingereicht und jetzt noch keine Entscheidung Prio ist: Bearbeiten, was wir als bestehende Systeme haben; Als Beispiel: Bisher keine Mittelverlängerung für DEMIS; die</p>	<p>FG33 (Ole Wichmann)</p>



	<p>Mittel laufen zum 01.01.2021 aus; Bitte an Hr. Wichmann direkt mit KVen dazu sprechen, denn wir brauchen die Erfassung der Impfquoten Eine Erfassung der Impfquoten per Telefonsurveillance wie 2009 als Alternative zu KVen Lösung Auf Leitungsebene mit FG33 weiteres Vorgehen besprechen</p> <p>ToDo: Treffen auf Leitungsebene zum weiteren Vorgehen zur Erfassung der Impfquoten</p>	
9	<p>Dokumente ! Nicht besprochen</p>	FG36
10	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags) ! Nicht besprochen</p>	
11	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Statistik: 1.157 Proben, 8,5% pos. Raten, SK Tempelhof/Schöneberg: pos. Rate 22%!! ! Präsentation: Vergleich Antigentests (RDT) über ZBS1 (Folien werden von ZBS1 nachgereicht)</p> <p>Bisherige Ergebnisse ZBS1 Ziel: Bewertung Schnelltests durch BMG beauftragt weniger als eine Wo. Zeit: identische Proben für ausgewählte Tests Mehrere teilnehmende Labore in Kooperation mit RKI Testauswahl sollte eigentlich durch Marktrecherche erfolgen, aber durch knappe Zeit, hat jeder getestet mit dem was sie hatten; Bisherige Tests: Vorhanden vs. Geplant Herstellung von Vergleichsproben: VL per qPCR bestimmt, Einfrieren/Auftauen kaum Einfluss und ebenso kein Einfluss, ob PBS vs. Medium Gebrauchsanleitung an Partner versendet: 50 Röhrchen bei -80 Grad lagern, Ergebnisse RKI aus diesem Standard: eingefroren wieder aufgetaut dann getestet: kleine Überlappung zwischen positiven und negativen Ergebnissen Angabe der 50%- und 95%-Nachweiswahrscheinlichkeit Ausblick: Anzucht ausgewählter Proben, Auswertung RKI Daten, Zusammenstellung aller Daten der Partner, Auswertung mit PEI, Abschließende Bewertung Abbott ID-NOW (Nukleinsäure Test) Testungen in den anderen Instituten erfolgt ab jetzt Großer Dank von Leitung an Fr. Michel und Team für diese Leistung in der kurzen Zeit</p>	ZBS1 (Janine Michel)
12	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Update Klinisches Management erfolgt am Montag, da die STAKOB noch tagt</p>	IBBS (Schulz-Weidhaas)



	<i>To Do: Update Klinisches Management auf Agenda für KS am Montag, den 05.10.2020</i>	
13	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen	
14	Surveillance ! Update SurvNet wird gerade runtergeladen, Infobrief in Vorbereitung; ! ca 22 GÄ und die meisten LS haben das neue Update bereits heruntergeladen; ! Version läuft stabil, aber sehr umfangreiche Updates, was viele Nachfrage erzeugt; ! Ab 05.10.20 werden Inzidenzberechnungen mit den neuen Bevölkerungszahlen durchgeführt; dies könnte Sprünge in Inzidenzen bewirken; ! Leider haben Bundesländer andere Stichtage als RKI; dies ist diese Woche beim SK Berlin-Mitte aufgefallen; ! Dies könnte im Lagebericht erklärt werden; ! Abstimmung mit diesen Bundesländern bitte Anfang der Woche vornehmen, da Absagen von Bundesligaspielen viel Unmut erzeugt; ! RKI Inzidenzen durch Übermittlungsverzug eher niedriger als Daten der BL; Vorort sind Daten genauer; BL nehmen oft ihre Melderegister zur Inzidenzberechnung in Bezug auf Bevölkerung; ! Destatis hatte die Bevölkerungsdaten zum Stand Ende 2018 erst im Sept. 20 veröffentlicht; brauchen diese zur Aufschlüsselung nach z.B. Altersgruppen sowie Geschlecht;	FG32 (Michaela Diercke/ Ute Rexroth) Presse/AL3 Leitung FG32
15	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Maria: neue Verordnungen vom BMG mit Inkrafttreten am 29.09.20; RKI betreffender Inhalt: Aussteigekarten auch von Bundespolizei eingesammelt werden kann, wenn Einreisende aus Nicht-EU Ländern kommen Bisher Beförderer die Karten einsammeln, jetzt die geben Reisenden diese direkt an Bundespolizei und diese an GÄ; Für Nachfragen sind RKI Adressen angegeben Nächste Anordnung am 15.10.20 RKI ! Bericht digitale Aussteigekarten: fachlicher Ansprechparten BMG vom RKI keine Rede, hoffen Projekt bleibt erstmal beim BMI;	FG38
16	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)	FG38



	<p>! Lagezentrum (LZ) Update mit Präsentation (Folien hier):</p> <p>Schichtzeiten vom LZ geändert: 8.30-18.00 und Position Internationale Kommunikation bis 21 Uhr; Erlasse mit sehr kurzer Frist (2-3Std.) AL3 richtet Aufruf zu mehr Unterstützung der LZ Schichten vor allem an Mitarbeiter außerhalb der Abt. 3</p>	
17	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Keine benannt</p>	
18	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 05.10.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	05.10.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Vitro-/Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! P1
 - Christina Leuker
- ! ZBS1
 - Janine Michel

- Andreas Nitsche
- ! ZIG1
 - Luisa Denkel
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss

- Kaum Infektionen in Ozeanien

National

! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](#))

- SurvNet übermittelt: 300.619 (+1.382), davon 9.534 (3,2%) Todesfälle (+5), Inzidenz 362/100.000 Einw., Reff=1,21; 7T Reff=1,08
- 7-Tage-Inzidenz: 16,8 (steigt an)
- ITS: 424, Änderung zum Vortag: +20
 - Wichtig ist nicht nur Änderung zum Vortag zu betrachten, sondern Trend: zeigt leichten Anstieg der Anzahl Covid-19-Fälle in intensivmedizinischer Behandlung.
 - Anzahl Betten: Spiegelt das die Anzahl der mit Personal ausgestatteten Intensivbetten wieder?

ToDo: Fr. Diercke fragt nach wie die Daten erhoben werden.

- 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
 - Gesamtinzidenz steigt kontinuierlich.
 - Höchste Inzidenzen in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg
 - Beruhigung in Bayern
- Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
 - 7 LK mit Inzidenz > 50
 - 44 LK mit Inzidenz >25
 - Hamm: Ausbruch in Zusammenhang mit Hochzeit
 - Remscheid und Berlin: diffuse Ausbrüche
 - Vechta: Ausbruch in Pflegeheim
- ! Welche Maßnahmen hat Bayern ergriffen, um den ansteigenden Trend zu stoppen?
 - Individuelle Maßnahmen, wie Maske tragen, wurden in München besser kommuniziert als z.B. in Berlin.
 - Die Empfehlungen des RKI wurden alle schon abgestimmt und ans BMG weitergegeben. Sie müssen von politischer Ebene auch kommuniziert werden.
 - BZgA hat Risikosituationen zusammen mit AHA-Botschaften



	<p>auf Internetseite beschrieben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auch anderen Indikatoren zeigen deutliche Hinweise auf Anstieg, z.B. mehr Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen. Es besteht Handlungsbedarf. RKI sollte Politik nochmal darauf hinweisen. ○ Was ist das Instrument hierfür? Soll morgen bei Ministergespräch angesprochen werden. Könnte in AGI angesprochen werden. ○ Situation in München und Berlin ist nicht vergleichbar. Die Zielgruppe, junge Erwachsene, sieht Bedrohung nicht. Diese Gruppe ist der Schlüssel, um einen neuen Lockdown zu verhindern. ○ Was sind Instrumente vom RKI? Neue Hochrechnung? ○ Für Bevölkerung sind Hochrechnungen zu abstrakt, wäre nur für Politik relevant. ○ Ärzteschaft sollte nochmal deutlich machen, was eine schwere COVID-Infektion bedeutet. Langzeitfolgen sollten von Fachgesellschaften kommuniziert werden. ○ BZgA hat Materialien für junge Erwachsene vorbereitet. Es ist eine politische Entscheidung, ob sie damit an die Öffentlichkeit gehen kann. Gemeinsames Auftreten von BZgA und RKI sinnvoll. <p><i>ToDo: Absprache mit BZgA, wie mit den Materialien auf Politik zugegangen werden soll.</i></p>	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen</p>	
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen</p>	
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Diskrepanz zur Einschätzung im letzten RRA ECDC ○ Auf Mittwoch verschoben ! Sollte die Risikobewertung angepasst werden? ○ Dünne Linie zwischen zu schnell reagieren und zu spät. ○ Nicht auf „sehr hoch“ setzen, sondern Formulierungen anpassen (etwas eskalieren). <p><i>ToDo: Hr. Haas schickt bis Mittwoch Formulierungsvorschlag in die</i></p>	<p>Alle</p>

	<p><i>Runde, dieser wird durch Krisenstab ergänzt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hr. Wieler ist am Donnerstag in BPK mit Minister und kann die Risikobewertung kommunizieren. 	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Motivlinie für Jugendliche ist beim Pretest gut in der Gruppe der 14-17 Jährigen angekommen, nicht so gut bei jungen Erwachsenen. ! Aufkleber für Schulen für regelmäßiges Lüften wurde entwickelt. ! Plakatierung mit Werbung für Grippeimpfung ist erfolgt. Es gibt einen Lieferengpass beim Impfstoff, Wartezeit 4-5 Wochen. <ul style="list-style-type: none"> ○ Sorge, dass Risikogruppen keinen Impfstoff mehr bekommen oder bereits (d.h. zu früh) geimpft wurden. Optimale Impfmonate sind Oktober, November. ! Viele Fragen aus der Bevölkerung zu Einreiseverboten und Quarantäne, wenn man aus innerdeutschen Risikogebieten (zurück)kommt, vor allem in Hinblick auf die kommenden Herbstferien. <ul style="list-style-type: none"> ○ Hat das RKI eine Übersicht, welche BL welche Regeln haben? Auf Seite der Bundesregierung sind die Corona-Verordnungen der BL verlinkt. Eine tabellarische Übersicht gibt es nicht. ○ MV und SH haben Quarantäneverordnung. MV betrachtet Berlin als Ganzes, SH die einzelnen Bezirke. Es gibt Beherbergungsverbote in einigen BL. Einige BL weisen keine innerdeutschen Risikogebiete aus. Berlin weist innerdeutsche Risikogebiete aus, dies gilt jedoch nicht für Einzelbezirke in Berlin. ○ Innerdeutsche Risikogebiete sollen abgeschafft werden. ! Wäre eine besondere Kommunikation für bestimmte Gruppen, z.B. türkische Community, sinnvoll, die von sich aus die Hotline der BZgA nicht in Anspruch nehmen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Materialien in verschiedensten Sprachen sind vorrätig, sollten gezielt beworben werden. <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hr. Wieler nimmt am Donnerstag, den 8.10. zusammen mit Minister Spahn an der Bundespressekonferenz teil. ! Mahnwache am Nordufer: Soll im Haus kommuniziert werden, 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



	<p>wie damit umgegangen werden soll?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pforte ist instruiert, RKI bekommt vorab Info, wenn Mahnwache geplant ist. Zurzeit handelt es sich nur um 2 Personen. Thema: Belastung der Bevölkerung durch die Maßnahmen, Verhältnis Maßnahmen zur Bedrohungen. Bisher wurden die Mahnwachen eher unter dem Sicherheitsaspekt betrachtet. ○ Eine Kommunikation, wie die Mitarbeiter nicht reagieren sollen, ist im Moment nicht sinnvoll. 	
<p>6</p>	<p>Neues aus dem BMG ! Nicht besprochen</p>	<p>BMG-Liaison</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Bewertung des Referentenentwurfs zur Veränderung der Verordnung zum Anspruch auf Testung (Entwurf hier, Zusammenfassung Diskussion hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inhalt: Vergütung von Antigentesten in Ergänzung zur PCR. Als Ergänzung von Testoptionen und um Engpässe bei der PCR zu vermeiden, soll die Verordnung eine Grundlage für die Abrechnung schaffen. Intervalle für Kostenerstattung werden festgelegt. ○ Erwartung: RKI definiert Mindestkriterien für Antigenteste und stellt eine Liste von Tests zur Verfügung, die diesen Kriterien entsprechen. Dies würde zu nationalen Marktverzerrungen führen, diese Problematik wurde von Hr. Mielke dem BMG gegenüber schon geäußert. Minister will die Nennung qualitativ ausreichender Teste. Eigentlich Aufgabe von BfArM, rechtliche Klärung von unserer Seite sollte erfolgen. ○ §4 präventive Testung: dafür nur Testkapazitäten in Form von Antigentesten vorgesehen. PCR Teste sollen nur im medizinisch- diagnostischem Bereich erfolgen. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beim Screening zum Schutz vulnerabler Personen ist einmal pro Woche angegeben. Schwächen in der Sensitivität kann durch häufiges Testen kompensiert werden (Vorschlag von AG Diagnostik). ▪ Angedacht war der Einsatz im Medizinischen Bereich, nun tauchen erstmalig auch Unternehmen im Text auf. 	<p>AL1 (Mielke)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ §6 Leistungserbringung: Teste sollen vom öffentlichen Gesundheitsdienst zur Verfügung gestellt werden. ÖGD als Lieferant von Medizinprodukten? ○ Abt. 1 muss morgen einen Kommentar dazu abgeben. ○ Antigennachweis sollte durch PCR ergänzt werden. IfSG-Anpassung vorschlagen. Antigennachweis ist auch meldepflichtig. ○ Die Positivrate wird sich nach oben verschieben, da die Personen vorselektiert sind. Eine separate Dokumentation der Nachtestung von positiven Antigentesten wäre sinnvoll. <ul style="list-style-type: none"> ▪ GA können dies nur erheben, wenn sie diese Information auch erhalten. Diese Angaben müssten auf Anforderungsscheinen gemacht werden, der von KV erstellt wird. Hr. Mielke soll klären, ob Einfluss darauf genommen werden kann. ▪ Müsste in Meldesoftware angepasst werden. ▪ Bei Voxco-Abfrage und bei ARS müsste geprüft werden, ob es möglich ist, diese Information zu erhalten. ▪ Vermutlich sehr schwierig hierzu eine Aussage zu treffen, da Teilinformationen aus verschiedenen Systemen. Gibt es eine Möglichkeit, dass alle pos. Antigenteste erfasst werden? Viele Fragen offen. ○ Zur Meldepflicht: was für Konsequenzen hat ein positives Antigentest-Ergebnis, sollen GA das erfahren und bereits erste Maßnahmen ergreifen? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei den aktuellen Prävalenzen in der Bevölkerung ist der pos. Vorhersagewert sehr schlecht. 2/3 aller pos. Proben könnten in PCR nicht bestätigt werden. Deshalb sollen GA nicht aufgrund von Antigentests tätig werden. Eine Bestätigung durch PCR ist nötig. ▪ GA brauchen hierfür klar definierte Anweisungen und gute Begleitmaterialien. ▪ Ergebnisse von Antigentesten sind meldepflichtig, auch Arztpraxen haben Meldepflicht. Über Falldefinition kann geregelt werden, dass nur bei positiver PCR-Bestätigung die Person als Fall betrachtet wird. ○ BMG hat Mio. von Testen von verschiedenen Herstellern gekauft und wird diese über GA ausgegeben. Bei GA wird belassen, dass eine entsprechende Bestätigung stattfindet. ○ Zusätzliche Arbeitsbelastung für GA? Falldefinitionen haben 	
--	---	--



	<p>keinen Einfluss auf durchgeführte Tests. Last bleibt bei GA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wurde in AGI diskutiert, Tests sind eingekauft, diverse Kosten drum herum müssen BL selbst organisieren. ○ In Rückmeldung ans BMG soll mitaufgenommen werden, dass ein PCR-Nachtest enthalten sein muss. <p><i>ToDo: Bitte Anmerkungen bis morgen um 10 Uhr Hr. Mielke in einer Mail zukommen lassen.</i></p>	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
<p>9</p>	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	<p>FG37</p>
<p>10</p>	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Validierung von Ag-Testen (Vorschlag hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Jeder Antigentest, der abrechenbar ist, muss ein Vergleichsprotokoll durchlaufen. Hierfür ist die schnelle Gewinnung von klinischem Vergleichsmaterial zur Bewertung der Antigen-Schnellteste notwendig. ○ Plan von ZBS1: <ul style="list-style-type: none"> ▪ In ZBS1 positiv gemessene Patienten werden am nächsten Tag besucht und mit so vielen Tupfern wie möglich beprobt. GA könnten das mit Einwilligungsbogen bei erster Probennahme vorbereiten. Ethikvotum und Aufklärungsbogen sind vorhanden. ▪ Proben eines Patienten werden gepoolt und in der PCR gemessen. Patienten vergleichbarer Viruslast werden gepoolt und Vergleichsproben hergestellt. ▪ Für das Pipettieren der Proben wird für ein paar Tage Hilfe aus anderen FG benötigt (reine Pipettierarbeit). ○ Die Beprobung können die GÄ nicht leisten, deshalb die Frage, könnten das MA von Abt.3 oder Abt.2 übernehmen? ○ Abt. 3 hat zurzeit keinerlei freie Kapazitäten. ○ Frage: Inwieweit ist es möglich, die Firmen, die daran verdienen, an der Materialgewinnung zu beteiligen? In aller Regel ist es für die Firmen schwierig an dieses Material heranzukommen. Deshalb sind unabhängige Untersuchungen notwendig. ○ Die Zuständigkeiten auf dem europäischen Markt wurden rechtlich geklärt. Laut Medizinprodukte-Abgabeverordnung sind Untersuchungen zur Bewertung von Testen nur in sehr geringem Umfang erforderlich. ○ Die Tests können in den Verkehr gebracht werden. Für die Erstattungsfähigkeit müssen die Tests validiert werden. ○ Welche Anforderungen die Teste haben sollen, wurde schon veröffentlicht. Die schnelle Validierung nach Kriterien des 	<p>ZBS1 (Michel/ Nitsche)</p>

	<p>RKI steht im aktuellen Papier.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BfArM hat FF bei notwendiger klinischer Validierung. ○ ZBS1 könnte auch einfach so weitergemacht werden wie bisher, wird dann aber den Zeitplan des Ministeriums nicht einhalten können. ○ Ein Vorschlag wäre, mit Amtsärzten zu vereinbaren, dass bei interessanten Proben grundsätzlich 2 Abstriche genommen werden. Es wird jedoch sehr viel mehr Material benötigt, aus Mitte kommen zum Teil jetzt schon doppelte Proben. ○ Könnte die Aufgabe outsourced werden? Über Werkverträge, wie schnell wäre das realisierbar? Zeit ist das Hauptproblem. Es betrifft eine Phase von 2-3 Wochen in der zwischen 30-50 Positive pro Tag getestet werden müssten. Es ist relativ aufwendig Leute für 2 Wochen anzustellen. <p><i>ToDo: Abt. 2 wird noch nach Kapazitäten gefragt, sonst mittels Werkverträgen. GA sollen bei Vertragsabschluss miteingebunden werden.</i></p>	
<p>11</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Update Klin. Management</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Rückmeldung von STAKOB-Treffen am 2.10.20: Laut STAKOB-Behandlungszentren sind steigende Fallzahlen zu verzeichnen bei gleichzeitiger Beibehaltung des vollen Elektivprogramms aus finanziellen Gründen. Die Aufrechterhaltung einer dreigliedrigen räumlichen und vollständigen personellen Trennung ist schwierig.</u> ○ <u>Rückmeldungen zu nosokomialen Infektionen seit Beginn des Ausbruchs sind insgesamt positiv. Es gab kleinere Cluster und Ausbrüche. Ansteckungen beim Personal häufig in der Freizeit, teilweise beim Aufenthalt in Pausenräumen.</u> ○ <u>Feedback aus STAKOB zu Teilnahmen an internationalen Missionen war sehr positiv. STAKOB-Geschäftsstelle stellt einen Personalpool zusammen für künftige Missionen.</u> ○ <u>Laut Info aus dem STAKOB ist die Situation wesentlich schwieriger als im Frühjahr. Der Zugriff auf Personal und Betten ist nun, da Operationen nicht mehr ausgesetzt werden, schwieriger.</u> ○ <u>Diverse Geschäftsleitungen sind nicht mehr bereit auf elektive Operationen zu verzichten, bestehen aber weiter auf getrenntem Personal. Die Fallzahl steigt an, ist im Moment aber noch nicht so hoch.</u> ○ <u>Rückmeldungen zu nosokomialen Infektionen seit Beginn des Ausbruchs sind insgesamt positiv. Es gab kleinere Cluster und Ausbrüche. Wenn es Übertragungen beim Personal gab, dann häufig in den Pausenzeiten.</u> ○ <u>Feedback zu internationalen Missionen war sehr positiv. STAKOB stellt einen Personalpool für diese.</u> <p><i>ToDo: Erstellen eines kurzen Berichts über Eindrücke aus STAKOB-Zentren für BMG, FF Rühle</i></p>	<p>IBBS (Rühle)</p>
<p>12</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p>	



	<p>! Verkürzung der Isolierung auf 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Spricht etwas gegen eine Verkürzung der Isolierung auf 7 Tage bei leichten Fällen? ○ Es fehlt gute Evidenz. Wenn, dann überhaupt nur vorstellbar bei leichten Erkrankungsfällen mit Symptomen, die frühzeitig diagnostiziert wurden und mindestens 2 Tage symptomfrei sind. ○ UK hat die Dauer wieder von 7 auf 10 Tage erhöht. ○ Die Frage ist, wie groß ist diese Gruppe. Wenn es sich um eine relevante Gruppe handelt und die Compliance dann besser wäre, würde es vielleicht Sinn machen. ○ Das Restrisiko im Verhältnis zur möglicherweise besseren Compliance bei kürzerer Isolierung müsste geschätzt werden. ○ Gegen eine Verkürzung spricht der zweiphasige Verlauf: nach 7 Tagen kann es zu einer akuten Verschlechterung kommen. Schwierig wäre auch die unterschiedliche Dauer der Quarantäne den verschiedenen Gruppen zu vermitteln. ○ Im Moment sollte weder die Quarantäne noch die Isolationszeit verkürzt werden. Es gibt keine Evidenz aus den Daten, um eine Verkürzung zu begründen. 	VPräs / IBBS
13	<p>Surveillance</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>!</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Aufgrund von Problemen mit Vitero bei den letzten Krisenstabsitzungen wurde entschieden auf Webex umzusteigen. Der Termin soll passwortgeschützt sein, um die Sicherheitsstufe zu erhöhen.</p> <p><i>ToDo: Organisation durch FG38</i></p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.10.2020, 11:00 Uhr, via Webex</p>	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	07.10.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda (Moderation)

Teilnehmende:

- ! Leitung
 - Lothar Wieler
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! FG 12
 - Annette Mankertz
- ! FG 14
 - Melanie Brunke
- ! FG 17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG 36
 - Walter Haas
- ! FG 37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
- ! INIG
 - Sarah Esquevin
- ! P1
 - Christina Leukert
- ! Presse
 - Jamela Seedat



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-K1

	<p>Zurzeit in Berlin mehr Fälle als in erster Welle, aber es sind jetzt mehr Asymptomatische getestet worden als in der ersten Welle. Daher schwer zu vergleichen; Der Anteil asymptomatischer Positiver ist deutlich zurückgegangen; DIVI steigt an, Altersanstieg der positiven, Fazit: Indikatoren stehen auf Anstieg der Fälle; Jetzt ist der Zeitpunkt die Maßnahmen zu verstärken; Natürlich wird der Effekt erst später zu sehen, daher jetzt Maßnahmen ansetzen!! Wenn die Todesfälle steigen, ist es für viele zu spät; In BPK werden zwei Punkte im Vordergrund stehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeitliche Verzögerung von Maßnahmen und Effekt erklären; - Gegen eine Verkürzung der Quarantäne <p>Denn nach neuester Schätzung erfolgt bei Verkürzungen auf 10 Tage eine Erhöhung des Restrisikos ums 6-fache; Nach Rückmeldung der GÄ ist die Compliance der Bürger bei Quarantäne gut;</p> <p>! Umstellung auf Bevölkerungszahlen mit dem Stand vom 31.12.2019 im Laufe des Tages; Morgen können die neuen Inz. auf dieser neuen Basis in den Lagebericht; Eine Sprachregelung zur Erklärung für den Lagebericht wird vorbereitet;</p> <p>! Ergebnisse der syndromischen Surveillance akuter Atemwegserkrankungen: GrippeWeb, AG Influenza, ICOSARI (Folien hier)</p> <p>! GrippeWeb bis 40. KW 2020</p> <p style="padding-left: 40px;">ARE Aktivität auf Bev.-ebene noch nicht über Jahreszeitendurchschnitt;</p> <p>! AG Influenza – ARE-Konsultationen bis zur 40. KW 2020</p> <p style="padding-left: 40px;">Älteren Altersgruppen beginnen einen Anstieg;</p> <p>! Vergleich COVID-Melddaten-Inz. mit ARE-Konsultations-Inz. pro 100.000 Ew.</p> <p style="padding-left: 40px;">vier Darstellungen: gepunktete: ARE; durchgezogen: COVID Meldezahlen Bayern und BW gehen in Sommerferien ARE Kurven zurück, aber COVID-Fälle steigen;</p> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) bis zur 39. KW</p> <p style="padding-left: 40px;">Gesamtzahl stationär behandelter Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI); In KW 39 sind SARI-Fälle nur in 60+-jährigen leicht angestiegen;</p> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) sowie Anteil</p>	<p>FG32</p> <p>FG36</p> <p>FG37</p>
--	---	-------------------------------------

	<p>SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 39. KW</p> <p>In KW40 Anstieg der COVID Fälle unter den SARI Fällen, Auch im KH-System Anstieg bei den Älteren</p> <p>! Update zu den Testkapazitäten erfolgt am Freitag, den 09.10.2020, mit einer Präsentation zu ARS-SARS-CoV-2</p> <p><i>To Do: Update zu den Testkapazitäten durch FG37 auf die Agenda</i></p>	
2	<p>Internationale Projekte (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIGL
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Diskrepanz zur Einschätzung im letzten RRA ECDC (Dokument hier)</p> <p>Bitte die Risikobewertung auf der RKI-Website direkt auf die erste Seite zu COVID-19 als Link einstellen; Zum Entwurf: Grundprinzipien eher nach hinten stellen und Kernaussage nach Vorne stellen; Keine Änderung in der Risikoeinschätzung, nur das Wording geändert; KW durch Monatswoche (Ende August) ersetzt; Dynamik nimmt in fast allen Regionen zu; Es folgen redaktionelle Vorschläge; Zu Infektionsschutzmaßnahmen und Strategie: Jetzt noch ernster nehmen und alle mitwirken; insbesondere junge Erwachsene: Lüften und Masken auch im Freien, wenn Mindestabstand unterschritten wird; Presse bittet um Aufnahme der AHA plus L-Regel; P1 bittet bei der Formulierung zu Infektionsschutzmaßnahmen und Strategie darum, die Formulierung anzupassen, dass die Gruppe der jungen Erwachsene nicht stigmatisiert wird; Änderungen wurden angenommen</p> <p><i>To Do:</i> -<i>Fr. Leuker(P1) und Hr. Haas (FG36) machen einen gemeinsamen Formulierungsvorschlag, der kein blaming beinhaltet, sondern eine Inklusion der jungen Erwachsenen. Dann geht diese Risikobewertung in den Lagebericht ein.</i> -<i>Presse gibt an webmaster den Auftrag, die aktuelle Risikobewertung prominenter auf die Website zu stellen.</i></p>	<p>FG36/Alle</p> <p>Presse</p> <p>P1</p> <p>Alle</p>
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p>	



	<p>! Nicht anwesend</p> <p>Presse</p> <p>! Außer BPK und Vorbereitung des Sprechzettels (Fr. Deegen) nichts außergewöhnliches</p>	<p>Presse</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nicht anwesend</p>	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Kritik von Prof. Gottschalk am Krisenmanagement:</p> <p style="padding-left: 40px;">Gottschalk bemängelt zu wenig Berater des Bundes aus dem ÖGD kommen Gerne mehr ÖGD-Fachärzte in den Gremien hinzunehmen Überlegung zum direkten Austausch mit Prof. Gottschalk</p> <p>b) RKI-intern</p> <p style="padding-left: 40px;">Keine Punkte eingebracht und besprochen</p>	<p>Leitung FG38</p> <p>Alle</p>
8	<p>Dokumente</p> <p>! Kontaktpersonen-Nachverfolgung (Dokument hier)</p> <p style="padding-left: 40px;">Dokument ganz intensiv diskutiert worden, auch auf Basis von GÄ Anfragen, besonders von Anna Stoliaroff-Pepin und Udo Buchholz; Noch deutlicher die Grundlagen vorangestellt werden auf denen Maßnahmen basieren (gelb unterlegt); KP1 Beschreibung noch klarer, keine inhaltliche Änderung: zwei Ansteckungsszenarien: übers Nahfeld bzw. enger Kontakt und Aerosolen; Kontaktsituation im Flugzeug belassen; Ergänzung: GÄ sollten eine regelmäßige Info der Personen in Quarantäne einholen; kein tägliches Update mehr; Das Testen asymptomatischer KP ist optional; KP2: drinnen gelassen, deutlich machen, dass es unterschiedliche KP Kategorien gibt; KP3: Spezialfall des Med. Personals, hier verdeutlicht: KP2 im privaten Umfeld exponiert mit berufl. Tätigkeit im med./pflegerischem. Setting; Eindruck aus der AGI: Dieses Dokument, das zentral für die Arbeit im GA ist, werde durchs RKI immer komplizierter; wünschen sich einfachere Handlungsanweisungen; Perspektivisch wird KP3 zu FG37 ausgelagert; dann ist es etwas einfacher; Brennpunkt Schule: Wenn ganze Klasse als KP1 bewertet, würden Schulen leer werden; Deshalb diese Passage umformuliert, da dies nicht so gemeint ist, nicht automatisch die ganze Klasse bei einem Fall als KP1 gilt;</p>	<p>FG14, FG37 und FG 36 (Haas)</p> <p>AL3</p> <p>FG36</p> <p>AL3</p> <p>FG37</p>

	<p>Großer Dank an Anna und Udo für Zusammenarbeit: Schwierige Aufgabe, da einerseits vom GA genaue Handlungsanweisungen gewünscht sind, aber andererseits sind diese dem GA zu komplex; Prof. Wieler versucht Verkürzung der Quarantäne zu verhindern. Darauf achten wie das Gespräch mit Minister läuft, damit das Dokument nicht im Widerspruch zu dem Gesprächsergebnis stehen könnte. Unter dieser Bedingung wurde das Dokument angenommen</p>	<p>AL3</p> <p>Alle</p>
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags) ! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Statistik: 1 SARS-CoV-2 Nachweis aus Darmstadt, Rhinoviren nachweise, keine anderen Viren, alles</p> <p>! Entwurf TestVO</p> <p>Konkrete Fragen an anderen Beteiligten beim Erlass u.a. Walter Haas; brisant, dass Antigen-Teste ohne Validierung eingeführt werden sollen Dokument zur Absprache an: Hanefeld, Haas, Kleinmann-Hilmes, Rexroth, An der Heiden Ma, Diercke Bitte bis morgen 9 Uhr mit Anmerkungen zurücksenden, dann stellt AL1 dies als Beantwortung zusammen</p>	<p>FG17</p> <p>AL1</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Update Klinisches Management <i>Nicht besprochen</i></p>	<p>IBBS (Schulz-Weidhaas)</p>
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Verkürzung der Isolierung sowie der Quarantäne Wurde weiter oben von Leitung unter 1. Aktuelle Lage National besprochen</p>	<p>VPräs</p>
13	<p>Surveillance ! Keine weiteren Ergänzungen</p>	<p>FG32 (Diercke)</p>
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) !</p>	<p>FG38</p>
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Nicht besprochen</p>	<p>FG38</p>
16	<p>Wichtige Termine ! Bundespressekonferenz Donnerstag, 08.10.2020, 9:00 Uhr</p>	<p>Alle</p>
17	<p>Andere Themen</p>	



	! Nächste Sitzung: Freitag, 09.10.2020, 11:00 Uhr, via Webex	
--	--	--



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	09.10.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda (Moderation)

Teilnehmende:

- ! Leitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Marc Thanheiser
 - Melanie Brunke
- ! FG 17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG 21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Mona Askar
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Daniel Schmidt (Protokoll)
- ! FG 36
 - Walter Haas
 - Stefan Kröger
 - Silke Buda
 - Soliaroff-Pepina
- ! FG 37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Ute Rexroth
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! INIG
 - Luisa Denkel
- ! P1

- Christina Leukert
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Janine Michel



	<p>der Schwere, es ist aber schwierig, hier die richtige Wahl zu treffen, langer Zeitverzug bei einigen Indikatoren (Hospitalisierung, ITS), macht es schwierig diese herauszustellen,</p> <p>Gesamtblick ist wichtig, Überlegung lieber Zahlen herauszustellen, die die Entwicklung als Ausblick abbilden als zurückzublicken, Punkt ist in Diskussion (siehe ToDo);</p> <p>Vorschlag von AL3 zum Lagebericht: neue Fälle hervorheben und kumulative Zahl weniger hervorheben, Betonung und Reihenfolge umdrehen, Intensivbehandelte stärker herausstellen auch wenn die Zahl hinterher hängt, vielleicht auch Hinweis, dass Jüngere zwar weniger häufig Intensiv behandelt werden aber es wird insgesamt ein Anstieg erwartet,</p> <p>Begrifflichkeiten: Begriff der Genesenen sollte kritisch überdacht werden, da viele Patienten auch nach dem Ende der akuten Erkrankungsphase noch lange leiden</p> <p>Anzahl Genesene ist grobe Schätzung mit nicht so großer Aussagekraft, es sollte diskutiert werden wie damit umgegangen wird</p> <p>Ggf. könnte Zahl der Infektiösen / Akuten Fälle angegeben angegeben werden</p> <p>Weitere Indikatoren wären DIVI, Positivenquote, dies ist bereits im Lagebericht aber Frage nach der Stellung und ob es weiter nach vorn soll,</p> <p>Beim R Wert ist es gut, dass dieser nicht vorn ist,</p> <p><i>ToDo Viviane Bremer, FG 32, FG36:</i> <i>Prof. Wieler regt an bitte noch einmal darüber nachzudenken welche Zahlen noch in den Lagebericht rein können, z.B. Positivenquote der Tests, Durchschnittsalter, z.B. Anteil >65 Jahre, Vorschlag soll erarbeitet werden;</i></p> <p><i>Begriff Genesene und Ausweisung Anzahl Genesene diskutieren und überarbeiten;</i></p> <p>! Regionale Positivenquote an ECDC</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wunsch vom ECDC differenzierter regional auszuweisen, Voxco-Abfrage lässt keine regional differenzierte Ausweisung zu; das geht nur via ARS. ARS deckt aber nur einen Teil ab – ist ggf. nicht ganz repräsentativ. 	<p>FG32/FG38/ FG37/FG36</p> <p>FG37</p> <p>FG37</p>
--	--	---



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-K1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Frage: soll dies zur Verfügung gestellt werden oder nicht, ○ Lagebericht weist aus ARS zum Teil differenziert aus, ○ FG37 T. Eckmanns, Daten könnten eigentlich wöchentlich auf Bundesebene ausgewiesen werden, müssten etwas aufgearbeitet und ins Verhältnis zu den Testen gesetzt werden, in 2-3 Wochen müsste es machbar sein dies dann automatisiert zu übermitteln ○ Ergebnis ECDC bekommt es in automatisiertem Prozess ○ Entscheidung: Daten werden geteilt, auch wenn sie nicht 100% repräsentativ sind <p><i>ToDo: Klärung der Zuständigkeit ggf. soll FG31 die Übermittlung übernehmen (TESSY), sollte soweit als möglich automatisiert erfolgen</i></p> <p>! Testkapazität und Testungen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Tag – bundesweit - Datenstand 06.10.2020, Teilnehmende Labore: 72 mit 7.857.876 durchgeführten Tests, ○ Verteilung der Testungen nach Abnahmeort, noch nicht zu sehen, dass mehr in KH getestet wird, es ist aber noch nicht alles drin, Testung im KH als Aufnahmeindikator zu sehen ○ Abnahmeort ist wichtiger Indikator, es muss beachtet werden, dass sich unter der Gruppe "Andere" eine Reihe weiterer Orte befinden, z.B. Screeningstelle fällt darunter ○ Weitere Differenzierung vom Abnahmeort "Andere" aber schwierig auch datenschutzrechtlich und müsste händisch gemacht werden ○ Anzahl Testungen pro 100.00 Einwohner nach Altersgruppe und Kalenderwoche haben ab 31 Woche zugenommen, vor allem bei 15-34 und 35-59 Jährigen starke Zunahme, ○ Positivenanteil nach Alter: 5-14 zunächst Anstieg jetzt wieder rückläufig, wahrscheinlich Zusammenhang mit Ferienende, keine Zunahme durch Schulbeginn, ○ Kurven der 60-79 und >80 Jährigen Anstieg ab KW 35, geben Grund zur Sorge, Verlauf mit Verzögerung aber es geht hoch, ○ Neue Darstellung zum Testverzug: Zeit zwischen 	
--	---	--

	<p>Abnahme und Testung geht bis auf 5 Tage rauf, Verzögerung nimmt insgesamt zu;</p> <p>! Bad Saarow:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Team nach Bad Saarow gesandt, Ereignis im Helios Klinikum mit 25 positiven Patienten und 19 positiven MA, ○ Fehler von Bergmann Klinikum sollte nicht wiederholt werden, deshalb Einbezug von RKI, ○ Geschehen wurde erst entdeckt aufgrund von Berichten über verletzte Patienten aus Frankfurt Oder, die sich als positiv herausstellten, ○ Zunächst wurde dies vom Klinikum aber ggf. nicht genug beachtet, ○ Weitere Fälle werden gerade aufgedeckt, es könnten weitere folgen ○ Austausch mit Amtsarzt und Seuchenreferentin fand statt 	
2	<p>Internationale Projekte (nur freitags)</p> <p>! Mission Kosovo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ war sehr gut, weil Vorbereitung auf kommendes Geschehen und erwartete Fälle, ○ Zertifizierung des Labors und Anerkennung der Testung vor Ort von Deutschland, ○ Labortestung im Begriff dezentralisiert zu werden, ○ Lage zu Reiserückkehrern aus dem Kosovo hat sich in anderen Ländern beruhigt, ○ Fr. Hahnefeld bedankt sich bei Ariane Halm und Nadine Zeitlmann aus FG 38 für die gute Zusammenarbeit, ○ Zusammenarbeit wird hoffentlich im Rahmen von GHPP in den nächsten Jahren ausgebaut, ○ Kosovo erwartet jetzt andersherum einen Eintrag aus der Schweiz, weil die Bestimmungen gelockert wurden und in der Schweiz lebende Kosovaren jetzt möglicherweise in den Kosovo einreisen, während in der Schweiz die Fallzahlen erheblich steigen <p>! In Vorbereitung ist eine Mission nach Namibia, auch hier in Unterstützung von Abt. 3</p> <p>! Es gab ein Hilfeersuchen aus Ecuador</p> <p>! Weiterer Austausch mit Ägypten zu contact tracing geplant</p> <p>! Am Nachmittag Austausch mit Schweden zu Erfahrungen und möglichen Unterschieden in der Response</p>	ZIGL



3	<p>Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung ! Aktualisiert am 7.10. Formulierung deckt Fallanstieg der letzten Tage mit ab</p>	
5	<p>Kommunikation BZgA ! Nicht anwesend Presse ! Nächste Woche eine BPK zu Impfung, ! Freitag BPK zu Kita Studie aber RKI nicht beteiligt, kein Pressebriefing nächste Woche ! Austausch mit Pressestelle und Herr Wieler zu Veröffentlichung des Strategiepapiers, dieses soll Dienstag online gehen, ! Rückmeldung von AL1 zur BPK: großer Respekt für die gestrige Vorbereitung</p>	<p>Presse AL1</p>
6	<p>Neues aus dem BMG ! Nicht anwesend</p>	
7	<p>RKI-Strategie Fragen a) Allgemein ! Containment und Protection: Öffentliche Beiträge von Prof. Krause und Prof. Gottschalk werfen die Frage zur Nachverfolgung durch GA auf Frage wie die Kontaktnachverfolgung aussehen soll und weitergehen soll, Strategiewechsel? Prof. Wieler merkt an, dass nicht das Eine gegen das Andere ausgespielt werden sollte oder gegeneinander steht, sondern parallel als sich nicht widersprechende Konzepte gedacht sind, dies muss so kommuniziert werden GA sollten die Vorgaben zum Containment erfüllen und darauf wurde auch bereits hingewiesen Interessant ist Beispiel von Bayern, die es scheinbar als einziges Land hinbekommen haben die Zahlen runterzudrücken, Gespräch mit Akteuren in Bayern suchen und schauen was dort funktioniert hat Weitere Komponenten, die sich auch schon als sinnvoll gezeigt haben könnten hilfreich sein, bspw. telefonsiche Krankschreibung diese Vorschläge sollten aus dem BMG kommen</p>	<p>Leitung/ FG38/ AL3/ FG32/</p>



8	<p>Dokumente</p> <p>Testkapazität und Testungen: ausführliche Tabellen mit Erklärtext auf Homepage und nur Kurzversion im Mittwochs-Lagebericht</p> <p>Kontaktpersonen-Nachverfolgung (Dokument hier)</p> <p>Änderungen in Dokumenten:</p> <p>Testung ist Einzelfallentscheidung</p> <p>Formulierung zu negativem Testergebnis geändert in „ein negatives Testergebnis ersetzt Quarantäne nicht“ anstatt „ein negatives Testergebnis verkürzt Quarantäne nicht“</p> <p>Formulierung nicht mehr täglicher Kontakt mit GA, sondern regelmäßiger Kontakt nach Maßgabe des GA Hinweis, dass ein Zusatz mit Vorschlag an welchen Tagen Kontakt sinnvoll wäre aufgenommen werden sollte,</p> <p>Diskussion um Personen in der Pflege oder MA in Gesundheitswesen, die zu Kategorie III gehören, dort gibt es einen Widerspruch bei den Einschränkung, Formulierung keine Kontaktreduktion notwendig nochmal prüfen</p> <p>Weitere Diskussion zur Formulierungen bei Quarantäne, z.B. Umgang mit zuvor bereits infizierten Personen,</p> <p>Warten bis nach dem 15.10. mit dem Papier bis zur Entscheidung der Quarantäneregelung des Ministeriums, damit keine sofortige Anpassung nötig ist,</p> <p>Kinder in Quarantäne: (Dokument hier): Flyer wurde umgeschrieben, neue Formulierungen zu Kindern in Quarantäne,</p> <p>Formulierung: Regeln soll in Hygieneregeln umgeschrieben werden (Kein Abstand zu Kindern durch Eltern)</p> <p>Vorschlag von FG36 zur Formulierung: „sprechen Sie ihr GA an“, dies sollte umformuliert werden, damit die Belastung der GA gering gehalten wird,</p>	<p>FG 36/ AL3/ AL1/ VPräs</p>
----------	---	---

	<p>Anmerkung zur Bedeutung für die Eltern, wenn Kinder in Quarantäne sind, dazu gibt es schon einiges, es soll ein Link eingebaut werden</p> <p><i>ToDo: IBBS: Zusatz an welchen Tagen Kontakt durch GA sinnvoll wäre, Formulierung zu Kontaktperson Kategorie III prüfen und ggf. anpassen, Umformulierung: Regeln in Hygieneregeln, „sprechen Sie ihr GA an“ anders formulieren, Link zu Konsequenzen für Eltern einfügen</i></p>	
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt sehr hohes Probenaufkommen am RKI, ○ 27.790 Proben untersucht aus GA und von anderen Einsendern plus ~6.700 Studienproben, >30.000 Proben insgesamt ○ Priorisierung welche Proben zum RKI kommen sollen ist durchaus zulässig und wichtig ○ Viele Labore berichten von Engpässen bei Material 	<p>FG17/ ZBS1/ Präs</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Dauer Isolierung bleibt bei 10 Tage Maßgabe</p> <p><i>Nicht weiter besprochen</i></p>	<p>FG36/IBBS</p>
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Rückmeldung über die Umfrage zur Akzeptanz der Dauer der Quarantäne und Isolation in der ÖGD-Feedbackgruppe (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Umfrage zur Compliance/ Adhärenz mit angeordneter Quarantäne von 14 d & Isolierung von 10 d ○ Rückmeldung von 12 GÄ & 4 Landesbehörden aus 8 BL (BW, BY, MV, NI, RP, SN, ST, TH) ○ Ergebnisse: I.d.R. gute Adhärenz & Compliance ○ Hinweise auf einzelne Verstöße ○ Überwachung der Quarantäne/ Isolation heterogen ○ Z.T. Zuständigkeit Ordnungsbehörden ○ tägliche Anrufe/ online Visite oder stichprobenartige Kontrolle ○ Herausforderungen: Kontaktaufnahme per Mobilnr. -> keine Kontrolle Aufenthaltsort ○ Z.T. zunehmendes Unverständnis und Ablehnung der Vorgaben ○ Quarantäne von KP im familiären Setting 	<p>Mona Askar</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-K1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abnahme der Compliance mit Dauer der Quarantäne ○ Unverständnis unterschiedlicher Zeitspannen Isolation, Quarantäne KP/ Reiserückkehrer (Wunsch nach Vereinheitlichung) ○ Hoher Erklärungs- & Beratungsbedarf ○ Sehr ressourcenintensiv, Belastungsgrenze der GÄ erreicht 	
13	<p>Surveillance</p> <p>! COSIK</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nächste Woche Start der 4-wöchigen Pilotphase von COSIK, dafür werden 8 KISS-Krankenhäuser rekrutiert. ○ Zeitgleich wird Webseite www.rki.de/cosik freigeschaltet ○ COSIK wird das webbasierte elektronische System webKess als etablierte Plattform (1300 Krankenhäuser nehmen teil) zur wöchentlichen Dateneingabe nutzen. ○ RKI in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen ○ Ergänzung zu bestehenden Surveillance-Systemen. ○ Ziel: systematisch Daten zur Anzahl der Hospitalisierten (Neuaufnahmen), der Schwere des klinischen Verlaufs von COVID-19 sowie zum Anteil von COVID-19 Patienten an der Versorgung im Gesamtkrankenhaus und auf Intensivstation wöchentlich zu erheben und auszuwerten. Es können auch nosokomiale Infektionen und Infektionen beim medizinischen Personal erfasst werden. ○ Die sehr zeitnah erhobenen Daten werden den Krankenhäusern in einem standardisierten wöchentlichen Krankenhausreport zur eigenen internen Auswertung zur Verfügung gestellt. ○ Das positive Datenschutzvotum liegt vor. 	FG37
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Austausch mit Schweden, AL3 und FG38 anwesend, ggf. VPräs</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 12.10.2020, 13:00 Uhr, via Webex</p>	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	12.10.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda (Moderation)

Teilnehmende:

- ! Leitung
 - Lothar Wieler
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! FG 14
 - Melanie Brunke
- ! FG 17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 21
 - Patrick Schmich
- ! FG 24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG 36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! FG 37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Ines Lein
- ! P4
 - Dirk Brockmann
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel

- ! ZIG 1
 - Sarah Esquevin
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Rossmann
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! Protokoll
 - Janet Frotscher

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>! Weltweit Fälle: 37.287.908, Verstorben: 1.073.675 (2,9%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anstieg in UK aufgrund von Datenpanne dadurch Nachmeldungen, Fallzahlungen steigen stark an <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew.</p> <p>64 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.;</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa</p> <p>17 EU-Länder über 50 Fälle/100.000 Ew.</p> <p>! Zusammenfassung</p> <p>Indien hat Peak offenbar überwunden</p> <p>USA scheint die 3. Welle zu beginnen</p> <p>Kanada verzeichnet ansteigende 2. Welle (wird in Verbindung mit Gastarbeitern in der Landwirtschaft gebracht, diese sind in prekären Unterkünften beherbergt)</p> <p>Israel hat Peak offenbar überwunden, das Militär wurde nach Haifa gesandt, zur Unterstützung der Krankenhäuser</p> <p>Ozeanien verzeichnet stärkste Zunahme der 7d Inzidenz in Französisch Polynesien</p> <p>Leichter Rückgang auf beiden Kontinenten</p> <p>Europa steigend</p> <p>! Fragen/Diskussion</p> <p>Frage nach Unterschied zwischen Australien und</p>	<p>ZIG1</p> <p>AL 1 / ZIG1 / FG 36</p> <p>FG 32</p>



	<p>Südamerika – bisher keine Erkenntnisse zum Faktor Witterung, allerdings wird hier sehr deutlich, welche positiven Auswirkungen die Einhaltung der Schutzmaßnahmen und der Zugang zur Gesundheitsversorgung (Uruguay) haben</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <p>! SurvNet übermittelt:</p> <p>325.331 (+2467), davon 9.621 (3,0%) Todesfälle (+6), Inzidenz 391/100.000 EW, ca. 276.900 Genesene, Reff=1,29; 7T Reff=1,25</p> <p>! Über 22 000 neue Fälle in den letzten 7 Tagen</p> <p>! Weiterhin überschreiten Berlin und Bremen deutlich >50 / 100.000 EW</p> <p>! Hamburg eventuell Abflachung (beobachten)</p> <p>! Geografische Verteilung in Deutschland: trotz regelmäßigem Ausbruchsscreening wird das Geschehen diffuser</p> <p>! 32 Landkreise haben die „50er-Marke“ überschritten</p> <p>! Fragen/Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fragen nach Amtshilfeersuchen (Wo und Wie?), hier ist eine Info von Herrn Wieler bereits an das Kanzleramt erfolgt ○ Wie gehen wir mit dem Ausweisen der Gebiete vor, die >50 Fälle / 100.000 EW vorweisen (über 70 Städte und Landkreise (hier reicht Top 15 Liste auf Homepage nicht mehr aus) ○ Vorschlag Liste: ○ Verlängerung der Liste mit entsprechendem Vermerk, dass von RKI-Seite keine Maßnahmen geknüpft werden, sondern dies die Entscheidung der jeweiligen Kommunen und Behörden ist (es muss automatisiert erfolgen – reine Epidemiologie- wir sind nicht für VO zuständig) ○ Vorschlag Dashboard: ○ Inzidenzen der weiteren Landkreise in das Dashboard einpflegen (Dashboard ersetzt allerdings keine Liste) 	<p>AL3 / Präs</p> <p>FG32/ FG34 / FG 37 /FG38 / AL3 / Presse</p> <p>Leitung</p> <p>FG36</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alternative: 7 Tages Inzidenz der Länderkreise pro Tag ○ Enorme Zeitersparnis für Bürger <p><i>ToDo: finale Abstimmung mit Leitung muss dazu noch erfolgen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Update Kita-Corona Studie (Folien hier) ○ Anstieg parallel zur Gesamtentwicklung in der Bevölkerung ○ Deutlichste Zunahme bei der Altersgruppe der 15-20 Jährigen ! Ausbrüche in Kindergärten/Horte ○ Insgesamt wurden in SurvNet 84 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (>= 2 Fälle) angelegt ○ 63 (75%) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 15 Jahren, 32% (111/348) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt ○ 21 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter ! Ausbrüche in Schulen ○ Insgesamt wurden in SurvNet 188 Ausbrüche in Schulen angelegt (>= 2 Fälle, 0-5 Jahre abgeschlossen) ○ 169 (90%) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 21 Jahren, 10% (6-10J.), 25% (11-14J.), 38% (15-20J.), 27% (21+) ○ 19 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter ! Lob für die Relevanz des Instrumentes, auch hinsichtlich der Steuerung der Kommunikationsmaßnahmen 	BZGA
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	ZIG
3	<p>Update Digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Update „Corona-Datenspende“, (Folien hier) ! Rund 530.000 Datenspender*innen ! Tägliche Pulsraten und Schnittzahlen um zu messen, ob eine Person Fieber hat ! Fieberdetektionen aus Datenspende ! Saisonale - und Klimaschwankungen können 	FG21, P4



	<p>inzwischen herausgerechnet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zahlen und Kurven stehen Experten zur Verfügung ! Komplette dokumentarisiert (Code) ! Automatisierung muss mit hoher Priorität vorangebracht werden, Stand-Alone-Lösungen sind nicht zukunftsfähig, jetzt ist die Zeit dies umzusetzen, denn Mittel und Unterstützung sind vorhanden ! Möglichkeit dies in den wöchentlichen Lagebericht einzügen, um nicht nur Reinzahlen abzubilden, sondern um auch eigene Ideen einzubringen ! Gratulation an Herrn Brockmann und Team für die immense Arbeitsleistung ! Angebot: bereit für Analyse Pipelines, das Know-how wird gerne zur Verfügung gestellt ! Bestätigung vom Präs, Ziel ist die Nutzung automatisierter Pipelines - sowohl in der Bioinformatik als auch in diesem Bereich ! Demnächst wird die Corona-Warn App wieder ausführlicher vorgestellt ! ITZ-Bund: Chatboard (nähere Infos folgen) <p><i>ToDo: Aufnahme einer Charge mit entsprechendem kurzen Begleittext in den Lagebericht</i></p>	<p>Präs</p> <p>FG21</p> <p>FG36</p> <p>P4</p> <p>Präs</p> <p>FG 21</p>
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wird auf Freitag verschoben 	
5	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Infografik „Auf die 3G achten“ steht als Plakat für den Download zur Verfügung ! Neue Seite zum Lüften mit FAQs wird erarbeitet ! Erstellung von Fenster-Aufklebern für Schulen: Button und Emoji sollen ans Lüften erinnern ! Erweiterung des Symptomkatalogs (Zielgruppe männliche 20-45 Jährige) ! Informationen über Aktivitäten des BZGA im kleineren Kreis ! Unter Hochdruck wird an den Vorbereitungen für die Teilnahme an der Regierungs-Presskonferenz zur aktuellen Corona-Lage am 14.10.2020 gearbeitet ! Strategiepapier wird heute vorab an DPA versandt, morgen erfolgt Publikation auf RKI-Seite ! Diverse Anfragen zum Vorwurf des Alarmismus 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht anwesend 	

7	<p>Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln) ?</p> <p><i>ToDo: wichtiger Hinweis für Tagesordnung am Mittwoch</i></p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Sitzung Bundeskanzlerin mit Städten: Aufgaben für RKI und Bundeswehr Vorschlag der Bundeswehr für Management von Städten (Folien hier)</p> <p>! Einheitliches, gemeinsames Vorgehen von Bundeswehr und RKI</p> <p>! Geschultes Personal und Prozessoptimierung für KoNa</p> <p>! Entwicklung ähnlich gemeinsamer Methodik bei Amtshilfeersuchen (Lagezentrumunterstützungen)</p> <p>! Zustimmung zur Zusammenarbeit (Key performance indicator sind sehr hilfreich, so ein Tool ist sehr vorteilhaft) und Unterstützung</p> <p>! AG Teskapazitäten: Empfehlung in den Algorithmus Bedeutung eines regionalen Teststellen-Koordinators mit aufnehmen</p> <p><i>ToDo: Folienvorschlag für Dashboard wird von Frau Rossmann zur Mitzeichnung des RKIs an den Verteiler geschickt (in einer Modelstadt-Standards vom RKI)</i></p> <p>! Hinweis zum Testen: am 15.10.2020 erfolgt Ankündigung an 500 Labore (1. Mitteilung)</p> <p>! Herr Mielke ist als Sachverständiger zum Gesundheitsausschuss eingeladen (Thema: Reisefreiheit durch Testen)</p> <p>! Am 15.10.2020 wird nationale Teststrategie mit Begleittext im BMG fertiggestellt (erweitert Grafik von Antigentesten)</p> <p><i>ToDo:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Herr Haas bittet um Mitteilung zur Publikation der Quarantäne-Verordnung des BMG, es verschiebt sich, nach derzeitiger Auskunft, auf den 08.11.2020</i> 2. <i>Bitte Nachfrage beim BMG, ob Flusschema und Dokument zum Kontaktpersonenmanagement doch bereits jetzt online gestellt werden sollen</i> 	<p>FG36</p> <p>AL3</p> <p>Bundeswehr</p> <p>Präs</p> <p>AL1</p> <p>AL1</p>
---	---	--



		FG36 / Präs
8	Dokumente ! Nicht besprochen	
9	Update Impfen (nur freitags) ! Nicht besprochen	
10	Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags) ! laut C. Herzog soll dieser Punkt entfallen, da Julia Sassa jetzt zum BMAS abgeodnet ist, s.Mail in nCoV-Lage vom 11.10. um 13Uhr	IBBS
11	Labordiagnostik ! heute erste PCR Testungen (30 Röhrchen) ! 2360 Proben-Eingang ! Lob von Herrn Wieler und Dank von Herrn Hamouda für ausgesprochen umfängliche und bemerkenswerte Leistung! ! Problematik: <ul style="list-style-type: none"> o Donnerstags und Freitags nehmen kommerzielle Labore keine Proben o Gesundheitsämter schicken Proben in unterschiedlichen Tranchen o Immens hoher Arbeits- und Personalaufwand für unser Labor (pro Tag sind 30 Personen in der Diagnostik beschäftigt) o Nach Lösungskonzept wird gesucht (Kommunikation ans BMG) <p><i>ToDo: Bitte dringend Konzept zur Reduktion Diagnostik für Berlin erarbeiten!</i></p>	ZBS1 Präs, AL3 ZBS1 Präs
12	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Wird auf Mittwoch verschoben	FG36/IBBS
13	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen	
14	Surveillance ! Nicht besprochen	
15	Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags) ! Nicht besprochen	
16	Information aus dem Lagezentrum(nur freitags) ! Nicht besprochen	
17	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	
18	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch 14.10.2020, 11:00-13:00	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	14.10.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! FG 14
 - Melanie Brunke
- ! FG 16
 - Anton Aebischer
- ! FG 17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - ?
- ! FG 36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! FG 37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Mirjam Jenny
- ! Presse
 - Maud Hennequin
- ! ZIG 1
 - Johanna Hanefeld
 - Sarah McFarland
- ! IBBS
 - Bettina Rühle
- ! BZgA

- Heidrun Thaiss
- ! MF3
- Nancy Erickson (Protokoll)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Weltweit 37.875.422 Fälle, 1.081.632 Verstorbene (2,9 %) ! Kolumbien und Mexiko Platz 9 und 10 getauscht, ansonsten seit Montag unverändert <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew.</p> <p>68 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.; nimmt weiter zu, seit Montag sind Marokko und Holy See neu hinzugekommen, Guyana nicht mehr gelistet Erste berichtete Re-Infektion: 25-Jähriger Mann, Mitte April und Juni positive Tests mit nachweisbar genomischem Unterschied des Virus, zwei negative Tests dazwischen, zweiter Infektionsverlauf schwerer mit Hospitalisation J&J Phase III Impfstoffstudie adenoviraler Vektorvakzine wegen ungeklärter Erkrankung bei Probanden pausiert (unklar ob in Kontroll- oder Studiengruppe) Eli Lilly unterbricht ebenfalls monoklonale Antikörperstudie</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa</p> <p>20 EU-Länder über 50 Fälle/100.000 Ew. (neu: Italien und Liechtenstein)</p> <p>! EU Kommission Empfehlungen zur Koordinierung von Maßnahmen mit Auswirkungen auf Freizügigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der EU Rat hat am 13.10. die Empfehlung einer koordinierten Vorgehensweise bei der Beschränkung der Freizügigkeit angenommen ○ Mitgliedstaaten sollten ECDC folgende Kriterien zur Verfügung stellen: ○ Zahl der neu gemeldeten Fälle pro 100.000 Ew in den letzten 14 Tagen ○ Zahl der Tests, die pro 100.000 Ew in der letzten Woche durchgeführt wurden ○ Anteil der positiven Tests (von den in der letzten Woche durchgeführten Tests) <p>! Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ECDC soll wöchentlich auf Grundlage der Daten der 	<p>ZIG1 McFarland</p>

	<p>Anteile aus anderen BuLä sehr gering (rot), steigende Zahl unvollst. Angaben (grau), somit scheinbar untergeordnete Rolle des Reisens</p> <p>! Anzahl der COVID-19-Fälle nach wahrscheinlichem Infektionsort in Deutschland (Folie 5):</p> <ul style="list-style-type: none"> ! v.a. privater Ursprung sowie am Arbeitsplatz (siehe Schlachtbetriebe) relevant ! genauer Infektionsort oft schwer ermittelbar, somit beschränkte Aussagekraft ! aber: längerer und engerer Kontakt übertragungsrelevant, dieser jedoch auch leichter ermittelbar, mindert somit nicht die Evidenz des Hauptübertragungsweges <p><i>ToDo: Abb. Folie 5 ggf. in Wochenbericht mitaufnehmen, aber explizit nennen, dass hier Ausbruchsgeschehen betrachtet werden (vorsichtige Interpretation, s.o.)</i></p> <p>Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! GrippeWeb bis 41. KW: ARE-Rate ab ca. 36. KW derzeit unterhalb der ARE-Raten der letzten drei Saisons ! Konsultationsinzidenz (Folie 5) 0-4-Jähriger: stabil; 5-14-Jähriger: gesunken; älterer Altersgruppen: ansteigend - jeweils im Vergleich zur vorigen KW ! Konsultationsinzidenz regional (Folie 7): teils heterogen, Berlin/Brandenburg: derzeit Anstieg in allen Altersgruppen; Schulkinder: v.a. Rhinoviren ursächlich ! Elektronisches SEED^{ARE}-Modul (Folie 8): ARE Raten in 7 statt üblicherweise 5 Altergruppen aufgetragen, in letzten Wochen Anstieg v.a. bei Kindern, weniger bei älteren Altersgruppen zu verzeichnen ! ILI-Raten (Folie 8): ausschließlich fieberhafte Erkrankungen dargestellt, spezielles Filtern bspw. nach Pneumoniediagnosen ebenfalls möglich, sehr leistungsfähiges Tool ! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis 40. KW (Folie 9): Anzahl insgesamt nicht gestiegen, weiterhin saisonal üblicher Stand ! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 40. KW (Folie 10): Gesamtzahl SARI-Fälle leicht rückläufig in KW 40, Anteil 	<p>FG 37 Eckmanns</p>
--	--	---------------------------



	<p>COVID-19 an SARI-Fällen entsprechend gleichbleibend</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anzahl SARI-Fälle mit Verweildauer bis zu einer Woche im saisonalen Vergleich (Folie 11): zeitlicher Trend beurteilbar, Grippeverlauf 2017 sehr prominent im Vergleich zur aktuellen Situation <p>Testkapazitäten und Testungen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Woche – bundesweit (Folie 2) KW 30 bis 41 nahezu konstant ! Anzahl Testung pro 100.000 Ew. nach Altersgruppen und KW (Folie 3): keine spezifischen Altersgruppen mit starkem Anstieg, in letzten zwei Wochen Positivenanteil (Folie 4) in allen Altersgruppen steigend, vor allem zwischen KW 40 bis 41, Testverzug (Folie 5) steigt ebenfalls an 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	ZIG
3	<p>Update Digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wurde auf Freitag verschoben 	
5	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Motivkampagne für Jugendliche: Pretest gut ausgefallen, nun Streuung an Schulen ! Infomaterial zum Lüften eingestellt, sowie virtuelles Schulpaket und Verlinkungen zu neuen RKI Papieren <p><i>To Do: Klärung mit dem BMG hinsichtlich Kompatibilität der vier Botschaften mit den drei AHA-Regeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Telefonberatung: vor allem Anfragen seitens Gastronomie, Reisewilliger, aber auch zunehmend psychischer Natur sowie seitens Gesundheitsämter hinsichtlich Überlastung ! Aufgrund der Überlastung der Gesundheitsämter weitere Anforderungen hinsichtlich Studienbeteiligung und Zuarbeit schwierig ! Jedoch scheinbar große Hemmschwelle hinsichtl. Des Stellens von Überlastungsanzeigen (diese gehen allerdings nicht von Arbeitsebene aus) ! Derzeit Bundes PK zur Grippeimpfung 	<p>BZgA Thaiss</p> <p>Presse</p>

		Hennequin
6	<p>Neues aus dem BMG ! Nicht anwesend</p>	
7	<p>Strategie Fragen a) Allgemein Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln)? ! Ballungsgebiete spielen besondere Rolle, die des öffentlichen Transports derzeit unklar, Ausbrüche in Verkehrsmitteln sehr selten Gibt es Punkte, an denen die Strategie ohne zusätzliche Belastungen gut ergänzbar ist? ! Bspw. ausreichende Verkehrsmittelverfügbarkeit oder Verbesserung der Belüftung, damit Übertragungswahrscheinlichkeit gesenkt wird (MNS nur für Nahübertragung relevant, Aerosole nur geringfügig durch Alltagsmaske reduziert, für Fernübertragung Frischluftzufuhr entscheidend), Möglichkeiten hinsichtlich Belegungsgrenzen (v.a. bei Fahrzeit > 15 min): limitierte Taktung, präventive Belüftungsregime ! Teils bereits Bestandteil des Gesamtkonzeptes (öffentliche Verkehrsmittel wie geschlossener Raum zu betrachten) ! Fokus soll nicht von größeren Risikoherden genommen werden ! Es sollten weiterhin allgemeingültige Empfehlungen ausgesprochen werden</p> <p><i>To Do: Neue Strategieraufgabe an gesamten Krisenstab: Frist bis Freitag 12 Uhr, koordiniert durch Frau Diercke</i></p> <p>! Tests auf Sars-Cov2 darf jetzt auch von Nicht-Ärzten (Zahnärzte und Veterinärmediziner) <i>in vitro</i> durchgeführt werden</p> <p><i>To Do: Bitte an FG 36 um Prüfung ob § 13-Punkte korrekt übernommen wurden</i></p> <p>b) RKI-intern ! Bericht zum Kontaktpersonenmanagement derzeit weiterhin beim BMG, neuerliche Diskussion möglich bspw. hinsichtlich Quarantänezeitverkürzungen, Deadline 15.10. wurde auf November verschoben, Musterquarantäneverordnung soll am 08.11. veröffentlicht werden</p>	AL3
8	<p>Dokumente ! Nicht besprochen</p>	FG36



9	Update Impfen (nur freitags) ! Nicht besprochen	
10	Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags) ! Nicht besprochen	IBBS
11	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 3 Sars-Cov2 Nachweise (1 aus Darmstadt, 2 aus Berlin, versch. Altersgruppen): höchster Nachweis bislang ! Influenza: keine weiteren Nachweise ! Vorbereitung neuer Influenzasaison gestartet ! Heute Austausch der nationalen Teststrategie im Netz, Begleittext dazu seitens BMG, viele Rückfragen erwartet <p><i>To Do: im Lagebericht soll ausdrücklich an prominenter Stelle auf neue Teststrategie hingewiesen werden, hierbei wording von großer Bedeutung, Rückmeldung dazu seitens BMG an das Lagezentrum nötig (ggf. zu beachten bzw. zu berücksichtigen: Testkapazität am oberen Limit, Reganzien werden knapp, Teststrategie soll im Lagebericht positiver eingeführt werden, hierzu bitte auch Abstimmung per E-Mail)</i></p>	<p>FG 17 Dürrwald</p> <p>AL1 Mielke</p>
12	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wird auf Mittwoch verschoben ! Aktualisierte Aufstellung zur Therapiestrategie: im Dt. Ärzteblatt und auf RKI-Seite: tabellarische Übersicht dazu ! Telemedizin: Zielgröße erreicht, Unterstützung von Einrichtungen mit wenig Erfahrung im Umgang mit ITS-Fällen durch die Charité, parallel dazu ähnliches Konzept international (Rücksprache mit ZIG) ! Infektiologie und Beratung: Konsiliarangebot - neue Website mit Webseminarreihe ! Kleeblattkonzept: wird für internationale Anfragen aus dem Ausland überarbeitet <p><i>To Do: Besprechung der Überlastung der Gesundheitsämter; Rücksprache Maria an der Heiden mit Osamah Hamouda (u.a. zu möglicher Pausierung der Kontakterpersonennachverfolgung im Flugzeug wie im März, Involvierung des BMG)</i></p>	<p>FG36/IBBS Rühe</p>
13	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen	
14	<p>Surveillance</p> <p>Diskussion der Kennzahlen aus Lagebericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kennzahlen aktueller Entwicklung: kumulative Zahlen in Klammern, neue Zahlen dickgedruckt 	<p>FG34/FG32 (V. Bremer erst ab 12:00 dabei)</p>

	<p>vorangestellt</p> <ul style="list-style-type: none"> ! nicht nur Infektionszahlen zeigen, sondern auch andere Kennzahlen unterschiedlicher Datenquellen, bspw. intensivmed. behandelte Fallzahlen, DIVI: ggr. anderer Zeitraum abgebildet oder (wenngleich unvollständige) Surveillance-Daten zur klin. Schwere <p>Vorschlag wird begrüßt, sinnvolles Vorgehen soll diskutiert werden, weitere Vorschläge und Eingaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Für ITS ggf. DIVI Daten als verlässlichste Datenquelle nutzen, bei der 7d-Inzidenz die absolute, bestätigte Fallzahl sowie die Veränderung in absoluten Zahlen ggü. dem Vortrag nennen ! Eingangstabelle ist automatisiert, DIVI müsste zunächst händisch eingefügt werden, Automatisierung auch hier wünschenswert ! Prozent belegter ITS-Betten ! Bei aktiven Fällen wäre eine 14d-Inzidenz-Angabe am aussagekräftigsten für das aktue Geschehen (ohne Notwendigkeit einer Schätzung) ! „Genesene“ kein trefflicher Begriff ! Ggf. „aktive“ anstelle von „aktuer“ Fälle, diese von „Genesenen“ zu differenzieren (letztere Fallzahlen waren vor allem in Anfangsphase öffentlichkeits-relevant) ! Am Ende des Lageberichts Aufzählung der Randbemerkungen ! Änderungen im Berechnungsalgorithmus nötig ! Algorithmus: bislang nicht veröffentlicht, Berechnungen und ihre Limitierungen sollten transparent nachvollziehbar sein und kommuniziert werden (bspw. hinsichtlich nicht mehr aktiver Fälle – bei Hospitalisierung längerer Sicherheits-Zeitraum) ! Die durch stark ausgelastete Testkapazitäten (bspw. hinsichtlich erhöhtem Aufkommen durch Reisewillige) eintretenden Überlastungen sollten ggf. Eingang in die Berichterstattung halten <p><i>To Do: Textvorschlag per Mail zur Abstimmung bzw. zunächst Abstimmung mit Leitung, zudem Zustimmung seitens BMG erforderlich (v.a. auch hinsichtlich einer Streichung der Genesenen-Zahl)</i></p>	
15	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
16	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
17	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
18	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Freitag 16.10.2020, 11:00-13:00 	





Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	16.10.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Präs
 - Lothar Wieler
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! FG 17
 - Djin-Ye Oh
- ! FG 24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG 36
 - Silke Buda
- ! FG 37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
- ! IBBS
 - Annegret Schneider
- ! P1
 - Esther-Maria Antao
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - Sarah McFarland
- ! BMG
 - Iris andernach
 - Telefoneinwahl +4930184****56
- ! BZgA

- Heidrun Thaiss

	<p style="text-align: center;">in der letzten Woche durchgeführten Tests (Testpositivitätsrate)</p> <p style="text-align: center;">4. Kombinierte Indikatoren (1-3)</p> <p>! Bsp Karte für diese Karten:</p> <p>Leider hatte Datenübermittlung für Dtl. nicht geklappt; ECDC pflegt ausnahmsweise heute Dtl. nach.; WHO call u.a. mit China: Diese berichteten, dass 10 Mill. Chinesen bereits gegen SARS-CoV-2 geimpft worden sind; aber keine Angabe mit welchem Impfstoff und keine zu den Nebenwirkungen;</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <p>! COVID-19: Lage National, 16.10.2020</p> <p>SurvNet übermittelt: -steigende 7-T.-Inz.;; -Änderungen zum Vortag: +24 Todesfälle; +7.334 Bestätigte Fälle; -ITS steigt weiter; -Im R-Wert bildet sich dies noch nicht ab;</p> <p>! COVID-19 Fälle nach Berichtstag (Änderungen zum Vortag)</p> <p>wir haben weniger Untererfassung als im März/April und es zeigt sich deutlicher Anstieg</p> <p>! 7-T-Inz. der Bundesländer (BL) nach Berichtsdatum</p> <p>In fast allen BL Anstieg zu sehen: Es ist zurzeit ein beschleunigter Anstieg, kein exponentieller Anstieg;</p> <p>! Geographische Verteilung in Dtl.: 7-T.-Inz.</p> <p>9 LK mit 7-T.-Inz. >100-500 Fälle/100.000 Ew.;; 62 LK mit 7-T.-Inz. >50-100 Fälle/100.000 Ew.;; 132 LK mit 7-T.-Inz. >25-50 Fälle/100.000 Ew.;; seit dieser Woche berichten wir dem BMG -nach Absprache- nicht mehr alle LK über 50, sondern nur die TOP 15 werden dem BMG berichtet;</p> <p>! Anzahl der SARS-CoV-2 Testung</p> <p>In KW42 Positivenquote auf 2,48% angestiegen;</p> <p>! Fragen/Diskussion:</p> <p>Vorschlag: An ECDC die Fälle der kompletten Vorwoche zu berichten; wird intern besprochen; Von Herrn Drosten aufgebrachte Überlegung, ob Anstieg der Fälle auf unerkannte Cluster, z.B. im ÖPNV beruht? Frage, ob Positivenrate im Zus.hang mit Hospitalisierung steht? Trotz Unterschiede im Testverhalten zw. 1. Und 2. Welle; Zur Überlegung eine Inz.-Liste online zur Verfügung zu stellen; auf LK-ebene; im Excel; online zur Verfügung mit Archiv für Rückfragen;</p>	<p>FG32 Diercke</p> <p>FG32 Diercke</p> <p>Präs/AL3</p> <p>AL1</p> <p>Presse Wenchel</p> <p>Präs/AL3/Alle</p> <p>AL3/Präs</p> <p>FG37 Eckmanns</p>
--	---	--



	<p>! 3 Diskussionspunkte s. E-Mail „Berater“ (vom 15.10.20 um 07:09 Uhr)</p> <p>Argument von Herrn Drosten: Er vermutet, dass die steigenden Fallzahlen auf ungeklärte Cluster zurückzuführen seien, wie z. B. im ÖPNV. Welche Argumente haben wir, dass wir Cluster nicht übersehen? Aber die GÄ verfolgen genau das, was er sich wünscht: GÄ konzentrieren sich auf die großen Geschehen. Aber die meisten Fälle sind nicht mehr auf größere Geschehen zurückzuführen. Was meint Drosten mit Cluster im ÖPNV? Denn die Personen ändern sich ja bei jeder Haltestelle. Empfehlungen für GÄ optimieren: Aber Änderungen sparsam verwenden. Denn deren Ressourcen sind sehr erschöpft und Umsetzungen von Änderungen fordern diese vermehrt. Präs möchte eine Kommunikation starten, die für GÄ den Unterschied von KP1 und KP2 eindeutig macht.</p> <p>Antrag für weitere Containment Scouts vom BMG bewilligt.</p> <p>ITS tool wird zurzeit von FG37 gestellt, da tool von der Gruppe um Herrn Grabenhenrich noch nicht angelaufen ist. Jetzige tool von FG37 bedarf dringend einem Update.</p> <p>To Do:</p> <p>-LZ: Es wurde beschlossen die Inz.-Liste auf LK-ebene täglich morgens auf RKI website zu veröffentlichen.</p> <p>-Präs/AL3: Nächste Woche Austausch mit Herrn Drosten beim Termin im BMG zu seinem Verständnis von Cluster.</p> <p>-P1: Bitte einen Vorschlag zur klaren Kommunikation des Unterschieds von KP1 und KP2. Gerne auch graphisch.</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Update Internationale Aktivität: Morgen startet 14-tägige Mission nach Namibia hier wird die Unterstützung auch im Laborbereich stattfinden;</p> <p>! Umsetzung der EU-Ratsverordnung hat viele Ressourcen gebunden: mehrere Anfragen schon beantwortet; Regierung wünscht sich weitere Analysen, bevor Risikogebiete neu gesetzt werden; Hier noch zu definieren, welche Parameter für Länder außerhalb der EU angewendet werden; dauert wahrscheinlich noch 2-3 Wo. bis gangbarer Weg gefunden wurde;</p>	ZIG Hanefeld
3	<p>Update Digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Hochstufung der Risikobewertung notwendig;</p> <p>! Jetzt als sehr dynamische Lage bereits angepasst;</p> <p>! Wird nächste Woche besprochen, ob ein Zahlen-</p>	AL3/Präs/ FG34 Bremer/ Presse/Alle

	<p>basierter Trigger und/oder Beschreibung der Gesamtsituation verwendet werden;</p> <p>! Brauchen nä. Wo. zum Pressebriefung eine Position hierzu;</p> <p><i>To Do: Auf Agenda für Montag</i></p>	
5	<p>Kommunikation</p> <p>! Presse: Neues Verfahren von seiten des BMG: Risikogebiete stehen mit Vorlauf auf der Webseite und sind nicht sofort gültig; Risikogebiete machen mit Rückfragen die meiste Arbeit</p> <p>! BZgA Themen: Mitarbeiter der GÄ melden sich bei Hotline wegen vermehrter psychischer Belastung; in der Bevölkerung geben eher junge Menschen eine hohe psychische Belastung durch die Pandemie an;</p> <p>! Bei Coronafällen in Kitas werden die Familien der Index und Kontakt-Kinder schlecht von den Kitas informiert; Familien verunsichert, wissen nicht welche Maßnahmen folgen; Kann man hier die Empfehlungen aufbereiten?</p> <p>! Unmut aus Bevölkerungen, dass es Wartelisten bei Gripeschutz-Impfungen gibt, wobei stark für die Gripeschutzimpfung geworben wird;</p> <p>Argument dafür, dass eine spätere Grippeimpfung kein Nachteil ist: Grippeimpfung wirkt besser, wenn im Nov./Dez. geimpft wurde; Verteilungsprobleme des Impfstoffs besteht jedes Jahr, nur dieses Jahr fällt dies stark auf;</p> <p>! Punkt Lüften ausgelassen;</p>	<p>Presse Wenchel</p> <p>BZgA Thaiss</p> <p>FG36 Buda/ AL3</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Bewertung der Risikogebiete: Danke für die Zuarbeit durchs RKI;</p> <p>! unglücklich die ECDC Datenübertragung für die EU-Karte;</p> <p>! Testempfehlung gerade veröffentlicht, gespannt auf die Umsetzung;</p> <p>! blicken mit Besorgnis auf die Entwicklung</p>	<p>BMG Andernach</p>
7	<p>Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln)</p> <p>Schon vorher besprochen (siehe unter Punkt 1 zu Herrn Drosten) und kein weiterer Gesprächsbedarf;</p>	<p>AL3</p> <p>FG32 Diercke</p>



	<p>! Referentenentwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite</p> <p>Punkte zum Referentenentwurf d. Dritten Bev.schutzgesetz: (Verabschieden Fr. Thaiss); Fr. Diercke stellt die kritischen Punkte vor (Dokument hier):</p> <p>Umfangreiche Änderungen: RKI bei allen Änderungsvorschlägen im Vorfeld nicht mit einbezogen worden; besonders zum Reiseverkehr und Aussteigerkarten;</p> <p>Gemeinsame Sichtung der Zusammenfassung: nicht-namentliche Meldung wird zurückgenommen; für neg. und pos. Meldungen haben Mehrwert fürs RKI, die vorgeschlagenen Änderungen würden dies nicht möglich machen; jetziger Ref.-entwurf wurde ohne fachliche Beratung bearbeitet;</p> <p>In vitro Diagnostik sollte nicht gemeldet werden; so können Antigen Tests als Schnelltests nicht als meldepflichtig gelten. Auch hier Bedarf für Anpassung;</p> <p>Viele neue Aufgaben fürs RKI untergebracht worden, z.B. §4 Daten zur Verfügung zu stellen, GEMATIK Daten geben als zusätzlichen Nutzen, aber wochenaktuelle Berichterstattung sollte ausreichen; Schnelltests könnten auch durch nicht-ärztliche Personen durchgeführt werden;</p> <p>Weitere Rechtssicherheit für wichtige Daten, die für Int. Komm. Nötig sind;</p> <p>Syndromische Surveillance und AntibiotikaResistenz-Surveillance zurzeit namentlich genannt;</p> <p>GEMATIK wird verpflichtet, DEMIS zu unterstützen, hier v.a. im hosting;</p> <p>Wie befürchtet Rolle des RKI nicht nur als Technischer Berater, sondern im Gespräch deutlich geworden, dass Tool soll inhaltlich vom RKI betreut werden und technisch bei der Bundesdruckerei;</p> <p>Damit kommt RKI noch stärker in den Fokus und wird in der Verantwortung gesehen für die Ausweisung der Risikogebiete;</p> <p>Keine Ergänzungen, sehr verärgert, dass wir nicht einbezogen wurden;</p> <p>Dank an Präs für schnellen BMI Termin hinsichtlich Aussteigerkarten: personenbezogenen Daten en mass; Telekom hat 14.000 Daten pro Tag; schon geplant, diese dem GA zur Verfügung gestellt werden. Es bedarf einer dringende Klärung zu diesem Ref.-entwurf;</p>	<p>AL3</p> <p>Präs FG38</p> <p>An der Heiden</p> <p>FG32 Präs</p>
--	--	---

	<p>Gesetz könnte schon Anf. Nov in Kraft treten; Der Entwurf geht am Mi ins Kabinett;</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! (Von Mittwoch) Ergänzung der Strategie mit weiteren Maßnahmen mit geringen Belastungen</p> <p>Bereits weiter oben besprochen</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>! Stand Veröffentlichung: Management von Kontaktpersonen:</p> <p>OK vom BMG durch Rottmann-Groß; Ebenfalls OK vom BMG zum weiteren Aussetzen der Flug-KoNa; Fr. Buda fügt dies in das Dokument zur online-Veröffentlichung ein; steht ab nächste Wo. online; Im LZ wird IFG Anfrage zum KP-Management gestellt, kann man idese später beantworten oder abweisen? Wenn diese Antwort zurzeit nicht leistbar, dann gut begründet abweisen; <i>To Do: FG 36 stellt aktualisiertes Dokument zum KP-Management online.</i></p>	<p>FG36 Buda</p> <p>FG38 An der Heiden</p> <p>FG36 Buda/AL3</p>
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>! Gestern im BMG ein Grobkonzept besprochen: Impfmanagement auf lokaler ebene. Impfquotenerfassung, Impfnebenwirkungserfassung</p> <p>Holtherm gab Arbeitsauftrag an RKI ein bundesweites Impfmonitoring zu etablieren; Damit weiteres Software-Projekt erhalten; Ziel des Impfmonitoring: Effektivität der Impfung abschätzen; Bitte alles an Dienstleister herausbringen was geht, z.B. Capgemini oder Bundesdruckerei; Beim Impfmonitoring schwierig, da schnelles Herausgeben der Aufgaben geht nur an jene, mit denen Rahmenverträge bestehen; Detailfragen bleiben am RKI hängen; Impfmonitoring muss primär fachlich bearbeitet werden;</p>	<p>AL3</p> <p>Präs AL3</p>
10	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
11	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Regulatorische Aspekte zu Antigenteste nehmen großen Raum ein, müssen auf PEI, BMG BfArM Ebene regulativ geklärt werden;</p> <p>Antigen-Tests zum Teil sehr viel versprechend;</p>	<p>AL1 Mielke</p>



	<p>Testliste wird beim BfArm geführt; Antigen-Tests können sinnvolle Bereicherung darstellen, da PCR-Testung mit Kapazität am Anschlag und Reagenzien Mangel;</p> <p>! Valide Antigen-Tests sind ein Erregernachweis und sollten meldepflichtig sein. Aber zurzeit bedürfen Antigen-Tests einer PCR-Bestätigung; Hersteller deckt nur Anwendung bei Symptomatischen; jede Anwendung bei asymptomatischen nicht durch den Hersteller abgedeckt; aber wenn wir diese validiert haben, müssen sie als meldepflichtiger Erregernachweis festgehalten werden;</p> <p>! Virolog. Surveillance:</p> <p>Von 220 Proben-Einsendungen waren 4 SARS-CoV-2 positiv;</p> <p>! Stand der Validierung der Antigen-Tests:</p> <p>11 verschiedene Teste von 6 Laboren validiert; große Bandbreite in der Qualität 50% Detektionsrate zw. 600 und 10.000 pro Test;</p> <p>! SARS-CoV-2 Testungen von eingesendeten Proben:</p> <p>214 pos.; 13,4% pos Rate; immer mehr Proben von KOMO, ansonsten sind einige technische Geräte defekt;</p> <p>! Verortung auf lokale Ebene zur Testkapazitätskoordination:</p> <p>Herr Müller hier ein guter Kandidat; bitte in nä. AGI aufnehmen</p>	<p>FG17 Oh</p> <p>ZBS1 Michel</p> <p>AL1</p>
<p>12</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Nicht besprochen</p>	
<p>13</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! GÄ sind sehr überlastet; Weitere Dokumente sollte kurz und einfach gehalten werden;</p> <p>! Präs bittet Hinweise zur Überlastung an ihn zu richten. Bedarf zur Unterstützung setzt er soweit ihm möglich um;</p> <p>! RKI Personalentwicklung hat Angebote für die Vermeidung zur Überlastung;</p> <p>! P1 kann mit kleinen PodCasts Erklärungen für die GÄ liefern;</p> <p>! Mobile Scouts werden aus Hamm zurückgezogen und stehen für weitere Anfragen zur Verfügung; Werden aktiv dem GA Frankfurt angeboten;</p> <p>! Priorisierung von Aufgabenflut aus dem LZ: Können IFG-Anfragen warten? Hamouda bitte hier direkten Kontakt mit L1, damit die Arbeit zu IFG auf das</p>	<p>FG38 an der Heiden</p> <p>Präs</p> <p>FG38 an der Heiden</p> <p>Präs</p> <p>FG37 Eckmanns</p> <p>FG36 Buda/</p>

	notwendige reduziert werden; Wenn Schichtleitung Aufgaben ablehnen wollen, können sie bei AL3 oder Leitung Rücksprache halten;	AL3
14	Surveillance ! Nicht besprochen	
15	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Nicht besprochen	
16	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Position Int. Komm. extrem belastet: Erweiterungen der Frühschicht auf 5 Personen und der Spätschicht auf 4 Personen; ! Einstellung Flug-KoNa bewirkt wenig Entlastung; ! Containmaent Scouts unterstützen bereits; ! WBK unterstützt mit 3 Vollzeit Personen im LZ im Nov. Und Dez.; ! Hinweis auf letzten Punkt unter 13. Maßnahmen zum Infektionsschutz;	FG38 an der Heiden
17	Wichtige Termine ! Der Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite soll kommenden Mittwoch (21.10.2020) im Kabinett vorgelegt/beschlossen werden	
18	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag 19.10.2020, 13:00-15:00	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	19.10.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Präs
 - Lothar Wieler
- ! VPräs
 - Lars Schaade
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzikt
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG 17
 - Djin-Ye Oh
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Daniel Schmidt (Protokoll)
- ! FG 36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG 38
 - Ulrike Grote
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Christina Leuker
 - Mirjam Jenny
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel

- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - Sarah McFarland
- ! BMG
 - Marc Degen
- ! BZgA
 - Martin Dietrich
 - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>39.774.852 Fälle, 1.110.902 Verstorbene (2,8%);</p> <p>Änderungen bei Top 10 Ländern nach Anzahl neuer Fälle der letzten 7 Tage seit Freitag: Tschechische Republik und Italien dazugekommen, Frankreich ist weiter nach oben gerutscht auf Platz 3 nach Indien und USA,</p> <p>starker Anstieg in Tschechischer Republik und Italien</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew.</p> <p>68 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.;</p> <p>Europa (nicht EU/EWR/UK/CH) Albanien dazugekommen</p> <p>Afrika Botswana nicht mehr auf Liste</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa</p> <p>Notstand in Frankreich und Tschechische Republik, Platz 1 Tschechische Republik,</p> <p>! Zusammenfassung / Überblick (der vergangenen 7T) Update:</p> <p>Afrika: 2,9% der neuen Fälle und 4,6% der neuen Todesfälle</p> <p>Top 5 Länder mit den meisten Fällen: Marokko, Südafrika, Tunesien, Libyen und Äthiopien</p> <p>Amerika: 32,1% der neuen Fälle und weiterhin der Großteil der neuen Todesfälle (44,5%)</p> <p>Die Vereinigten Staaten, Brasilien, Mexiko, Peru und Kolumbien meldeten die meisten Todesfälle</p> <p>Weiterhin ansteigende Trends in Kanada und den USA</p> <p>Asien: 27,7% der neuen Fälle und 29,6% der neuen Todesfälle</p> <p>Rückläufiger Trend in Indien, aber 15% der gesamten Todesfälle weltweit</p> <p>Nach einem 4-wöchigen Lockdown und wegen</p>	<p>ZIG1 McFarland</p>



	<p>Inzidenz, aber dort können aufgrund der niedrigen Einwohnerzahl geringe Fallzahlen bereits dazu führen,</p> <p>Schwerpunkte sichtbar im Süden und Westen und Städten,</p> <p>LK-Ebene derzeit Berchtesgardener Land ganz oben, diffuses Geschehen, Meldung von Fällen in einer Shisha Bar, aber dies begründet nicht alles,</p> <p>107 LK überschreiten Inzidenz von 50/100.000 Ew,</p> <p>Deutschland wird die Grenze insgesamt vermutlich bald überschreiten,</p> <p>! Fragen/Diskussion:</p> <p>Frage, ab wann die Risikobewertung angepasst werden und in die höchste Stufe gehen sollte</p> <p>Anmerkung, dass dann ggf. keine weitere Abstufung zwischen Allgemeinbevölkerung und Risikogruppen mehr möglich ist, außer es wird die Risikoabstufung noch einmal anders formuliert. Es wäre aber doch gut zu differenzieren,</p> <p>Andererseits sollte lieber frühzeitig gewarnt und auf die Erhöhung der Risikolage hingewiesen werden und nicht zu spät auf die steigenden Zahlen reagiert werden,</p> <p>Der Zeitpunkt ist aber schwer zu finden,</p> <p>Konsequent wäre ggf. der Moment ab dem Deutschland insgesamt den Wert von 50 Fällen/100.000 Ew überschreitet</p> <p>Anmerkung, dass auch die Seite der Ärzt*innen und klinischen Fachgesellschaften wichtig ist bei der Bewertung der Lage, Einbeziehung einer Klinker*in für Pressekonferenz sinnvoll,</p> <p>Klinik (DIVI) zeigt Zunahme der Belegung,</p> <p><i>To Do:</i> - Entscheidung zur Risikobewertung soll Mittwoch besprochen werden</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags) !</p>	ZIG
3	<p>Update Digitale Projekte (nur montags) ! App Datenspende wurde bereits zuvor vorgestellt, ! Vorschlag Update digitale Projekte nächste Woche</p>	FG21 Schmich

4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hochstufung der Risikobewertung siehe Diskussion zur nationalen Lage; 	
5	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kommunikationsstrategie des BMG und Zusammenarbeit zwischen BMG und BZgA wurde vorgestellt ! Wichtige Punkte in der Kommunikation und Vorbereitung der Kampagnen sind bspw. die Frage, wie gehen wir mit der kommenden Wintersaison um ! Bisher war die "Wir bleiben zu Hause Kampagne" in Zusammenarbeit mit dem RKI, BZgA und BMG sehr erfolgreich mit 1,2 Mrd Klicks ! Ebenfalls die Kampagne zu den AHA-Regeln mit ~90% Bekanntheit mittlerweile, von diesen 90% geben 80% an, sich auch an die Regeln zu halten, ! Sehr im Fokus stehen auch Jugendliche und junge Menschen, es gibt 111 Einzelkampagnen u.a. auf Facebook, Twitter, Instagram und Co ! Algorithmen sortieren dabei den verschiedenen Kontent, ! Neben Plakatkampagnen auch Google Adds Implementierungen, die vorsortieren und dann auf RKI.de oder Infektionsschutz.de weiterleiten bei bestimmten Suchanfragen, ! Kampagnen sind in sehr vielen Sprachen verfügbar, ! Mithilfe der technischen Lösungen kann schnell reagiert und nachgesteuert werden, bspw. wurden Warnplakate innerhalb 1 Tages aktiviert zur Erinnerung an die AHA Regeln, ! Es wurden viele Gelder und ein großes Budget aufgewendet, ! Neben Facebook werden auch Messenger Dienste wie Telegram genutzt, auch weil sich dort viele Akteure mit Verschwörungsideen sammeln, ! Es werden aber auch Informationen über Medium Radio, oder Spots an Flughäfen geschaltet, gezielt dort, wo Personen aus Risikogebieten ankommen, Plakate und Spots an Tankstellen in verschiedenen Sprachen, ! Es wurden 10.000 fach Sticker mit AHA-Regeln und Informationen bestellt und an Einrichtungen abgegeben, ! Es ist eine Kampagne geplant, u.a. um gegen die Müdigkeit gegenüber den Maßnahmen entgegen zu wirken, ! Es zeigt sich, die Regeln sind verstanden aber Frage, warum lohnt es sich weiter den Regeln zu folgen, muss verdeutlicht werden, ! Fokusgruppen zur Vorbereitung einer Impfkampagne ab Anfang Dezember sind in Planung je nachdem wann der Impfstoff zur Verfügung stehen wird, ! Fragen und Hinweise zum Thema Kommunikation sind willkommen an marc.degen@bmg.bund.de <p>Fragen/Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frage: Rundfunk und Fernsehen spielen auf der breiten Ebene eine große Rolle. Inwieweit werden auf dieser Ebene Dinge geplant? ! Antwort: Darüber wurde intensiv diskutiert, allerdings 	<p>BMG M. Degen</p>



	<p>sind Kampagnen im TV sehr teuer, öffentlich rechtlicher Rundfunk sendet Spots von Bundesbehörden wie dem BMG nicht, v.a. aber auch Geldfrage</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Letztlich wird Medium Fernsehen nicht genutzt; dafür aber Radio sehr stark, ! Insgesamt wurde entschieden weniger breit und mehr zielgerichtet vorzugehen, ! Anmerkung: Es könnte sinnvoll sein für den Winter mehr Aufklärung zu betreiben zur eigenen situativen Einschätzung und zu schulen, wann welche Maßnahmen am sinnvollsten sind, ! Neben den AHA-Regeln fehlt es teilweise an eigener Einschätzung, wo welche Maßnahmen angebracht und wie wichtig sie sind. Gibt es Ideen dies zu fördern, persönliche Risikoeinschätzung stärken? ! Wichtiges Thema, allerdings ist dies eine fließende Thematik, die immer wieder neu gesteuert und angepasst werden muss, ! Deshalb wird die zielgerichtete Ansprache unter Nutzung der verschiedenen Medien bevorzugt ! Frage der Sichtbarkeit der Maßnahmen kam auf und wie diese ggf. an einer Stelle des Geschäftsbereichs des BMG sichtbar gemacht werden könnten, ! Es gibt eine Dropbox mit Inhalten aller Kampagnen, die auch frei genutzt werden können von Instituten im Geschäftsbereich sowie tägliche Berichte mit Aktivitäten, ! Ja, der Link soll zur Verfügung gestellt werden, ! Gibt es Ideen, inwieweit Betroffene zu Wort kommen sollen bspw., um Verharmlosung entgegen zu wirken? ! Krankheitsgeschichten erzählen ist wichtig, die Form muss entsprechend gefunden werden, bisher waren AHA-Regeln wichtig, es ist aber geplant da etwas umzusetzen ! Anmerkung zum Thema Verschwörungsideen: diese sind zwar laut, aber eigentlich in der Minderheit, insgesamt sind die Menschen diszipliniert, wir sollten uns von der Minderheit nicht treiben lassen, ! Anmerkung: Informationen, wann es sinnvoll ist sich testen zu lassen könnte angebracht sein <p>Pressestelle RKI Ronja Wenchel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frage danach wann ausführlichere Darstellung zu Ausbrüchen im RKI-Lagebericht geplant ist, es gibt viele Anfragen dazu, ! Ausführlichere Darstellung der Ausbrüche mit Grafik ist geplant für Dienstag, ! Es werden aber keine Fälle von innerdeutschen Reisen extra ausgewiesen, wahrscheinliches Infektionsland wird aber angegeben 	
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	<p>BMG Andernach</p>
7	<p>Strategie Fragen</p>	

	<p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wann sehen wir in Ballungszentren die Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln) ! Diskussion um die Frage übersehen wir etwas, ! Punkt schon letzte Woche besprochen, ! Resümee: ÖPNV spielt Rolle, aber keine Gelegenheit für größere Ausbruchsgeschehen, es handelt sich um eher kurze Kontakte, ! Aussagen von Drosten sind in dieser Hinsicht nicht ganz konsequent in sich, nicht nach vorn gucken, sondern nach hinten, weil Cluster länger bestehen, das ist aber auf ÖPNV hin nicht so überzeugend, GA machen im Grunde schon das Richtige, große Geschehen anschauen und ggf. abstellen, Leute ermitteln, die betroffen sind und in Quarantäne verhängen, ! Frage nach Hinweisen zu Restaurants und Anzahl der Fälle, die nachverfolgt werden müssen, es gibt dazu keine ganz genauen Zahlen, ! GA berichten, dass es eher Vielzahl kleiner Ereignisse als wenige große Geschehen ! Anmerkung: John Hopkins University veröffentlichte hohe Odds für Personen im öffentlichen Nahverkehr, hier sollte aber die Maskenpolicy in den USA berücksichtigt werden, ggf. hat das eine Rolle gespielt ! Verhalten im privaten Bereich spielt sicherlich eine große Rolle, hier wäre ggf. Kommunikation nötig <p>b) RKI-intern</p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>AL3/ AL1/ FG36/ FG32/ Alle</p>
8	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Stand Veröffentlichung: Management von Kontaktpersonen ging heute online 	<p>FG36 Buda</p>
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
10	<p>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
11	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FG 17 hatte in der virologischen Surveillance der AGI in den letzten zwei Wochen 104 Proben-Einsendungen, davon waren: <ul style="list-style-type: none"> - 54 positiv für Rhinovirus - 4 positiv für SARS-CoV-2 ! Das heisst, nachdem über Monate kein SARS-CoV-2 in der Surveillance nachgewiesen wurde, wird das Virus nun regelmäßig nachgewiesen. 	<p>FG17 Oh</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ! Influenza wurde vor ca 4 Wochen erstmals detektiert, seitdem aber noch nicht wieder. ! Umfassende Vorstellung der Antigenteste für Freitag geplant ! Weitere Validierung hängt am Datenschutz, wurde kommuniziert ! Hälfte der Rhinovirus Einsendungen positiv 	ZBS1 Michel
12	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
13	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Vortrag zu RKI_COVIDTestCalculator (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Tool zur Modellierung von Strategien zur Verkürzung der Quarantäne/Isolation vorgestellt ! Wahrscheinlichkeit der Infektiosität wird berechnet ! Mittlere Verweildauer in verschiedenen Zuständen der Infektion berechnet und mit verfügbarer Literatur verglichen, dabei Beachtung der Inkubationszeit, Symptombeginn, Testsensitivität, ! Vorhersagekraft des Modells ist gut und wurde bereits in eine Software umgesetzt, ! Ausgegeben wird die Wahrscheinlichkeit, infektiös zu sein, es lassen sich zeitliche Verläufe errechnen und darstellen unter Annahme verschiedener Parameter wie Quarantäne, erfolgter Testung sowie unter verschiedenen Inzidenzscenarios und Dunkelziffern, ! Tool wurde validiert, am Mittwoch gibt es ein Treffen mit Team um Drosten zur gemeinsamen Abstimmung, danach soll das Tool kostenlos zur Verfügung gestellt werden, <p>Fragen/Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anmerkung: Publikation wäre schön, um zu zeigen, dass Verkürzung von Quarantäne und Isolierung nicht sinnvoll wäre und um gewissen Äußerungen etwas aktuelles entgegenhalten zu können, ! Es wäre gut die Grundlagen zum Tool nachlesen zu können, auch eine Hilfe zur richtigen Anwendung wäre sinnvoll, um falscher Nutzung vorzubeugen, ! Auch könnten ein paar typische Beispiele und Verläufe gerechnet und gezeigt werden, ! Hierzu soll es auch ein Manual geben, ! Wurde berücksichtigt, dass bestimmte Menschen besonders anstecken? ! Ja, fand Berücksichtigung, es wurden auch Studien mit schweren Verläufen eingeschlossen, insgesamt ist das Tool flexibel gehalten, Parameter können verändert werden, ! Könnte das Tool für weitere Infektionen sinnvoll sein? ! Wahrscheinlich nicht für alle Erreger aber für sich schnell verbreitende Erreger denkbar, ! Verteilung des Tools eher an Experten oder auch GA und andere Akteure? ! Es soll eher an die Fachöffentlichkeit gehen, ! Wichtig ist, dass keine Individualisierung und 	AL3 MF5/P5 Max von Kleist FG14 Brunke

	<p>Einzelfallauslegung der Quarantäne/Isolierung suggeriert wird,</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Im Manual soll anfangs erläutert werden, was der Einsatzzweck ist und was mit dem Tool gemacht werden sollte und was nicht, ! Stärke kann sein, Tool kann Empfehlung nachvollziehbar machen und unterstützen <p>FAQ Luftreinigungsgeräte diskutiert</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gibt etwas irreführende Hinweise von Herstellern, dass bei Vorhandensein von Geräten, Maßnahmen wie z.B. Mindestabstand wegfallen können ! Es gibt explizite Bewerbung und daraufhin Anfragen ! Frage kam auf, ob FAQ das Thema Lüften mit einschließen müsste? ! Frage nach dem Lüften wird in FAQ zu Aerosolen behandelt, es ist aber ein Abgleich nötig <p><i>ToDo: Vergleich der FAQs, diese nochmal zirkulieren für nächste Sitzung, Lüften und Nahfeld prüfen, ob es eine Informationslücke gibt</i></p>	
14	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Corona KiTa-Studie (Folien hier) ! Längsschnittstudie zur Begleitung der schrittweisen Öffnung von Kindertageseinrichtungen/Kindertagespflege ! Anstieg ab KW 38 bei Kindern <5 Jahren, 3-mal so hoch wie in der Lockdown Phase ! Auch ab 15 Jahre spielen eine Rolle, hier werden stärkere Anstiege gesehen ! Spiegelt insgesamt die Gesamtsituation in der Bevölkerung wieder ! Wirkung der Schulferien wird sichtbar ! Geschehen entspricht dem Geschehen in der Bevölkerung, v.a. bei der Altersgruppe 0-5 Jahre und spricht gegen proaktive Schulschließungen ! Etwas ältere Kinder >15 Jahre unterschiedlich zu sehen, ! Ältere Kinder tragen zum Infektionsgeschehen eher wie Erwachsene bei 	FG36, Haas
15	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG38
16	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG38
17	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Der Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite soll kommenden Mittwoch (21.10.2020) im Kabinett vorgelegt/beschlossen werden 	FG32
18	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Mittwoch 21.10.2020; 11:00Uhr 	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	21.10.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! FG 38
 - Ulrike Grote
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Maud Hennequin
- ! ZIG1
 - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA

- Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ! Ca. 40 Mio. Fälle und mehr als 1 Mio. Verstorbene (2,8%) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vereinigte Staaten: zunehmender Trend ○ Indien und Brasilien: abnehmender Trend ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ○ 73 Länder mit Inzidenz > 50 Fälle ○ 5 Länder mehr als am Montag: Honduras (Amerika); Zypern, Litauen, Deutschland, Dänemark (Europa) ! Zusammenfassung <ul style="list-style-type: none"> ○ Afrika: <ul style="list-style-type: none"> ▪ sehr geringer Anteil an weltweiten Fällen (1%) ▪ Top 5 Länder: Südafrika, Marokko, Ägypten, Äthiopien, Nigeria ▪ fast 80% Community transmission ○ Amerika: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 33% der neuen Fälle und 45% der neuen Todesfälle ▪ Argentinien: höchste Zahl neuer Fälle und Todesfälle in vergangener Woche; Zugang zu medizinischer Versorgung ist nicht gewährleistet. ○ Asien: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 22% der neuen Fälle und 20% der neuen Todesfälle ▪ Rückgang der neuen Fälle in Südost Asien ▪ Nepal ist einziges Land mit Anstieg. ○ Europa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 25% mehr neue Fälle als in Vorwoche ▪ Mehr als dreimal so viele Fälle pro Tag im Vergleich zu Höchststand im April, Zahl der täglichen Todesfälle jedoch fünfmal niedriger als im April 	<p>ZIG1 (E. Romo Ventura)</p> <p>FG32 (M. Diercke)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Empfehlung des Rates für eine koordinierte Vorgehensweise bei Beschränkung der Freizügigkeit wurde am 13.10. von den EU-Ländern angenommen. <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 380.762 (+7.595), davon 9.875 (2,6%) Todesfälle (+39), 7-Tage-Inzidenz 51,3/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R: 1,09; 7-Tage-R: 1,17 ○ ITS: 879 (+28), invasiv beatmet: 411 (+22), Zunahme der auf Intensivstation betreuten Patienten ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> ▪ höchste Inzidenzen in Berlin und Bremen ▪ Trend Zunahme außer Saarland ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ 133 LK mit Inzidenz > 50 ▪ Spitzenreiter nach wie vor LK Berchtesgadener Land ○ Anzahl COVID-19-Fälle nach Expositionsort in Deutschland <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin sind vor allem private Haushalte betroffen. ▪ Med. Behandlungseinrichtungen sind noch nicht so stark betroffen. ▪ Fälle in Alten und Pflegeheimen nehmen zu. ▪ Nur noch ein sehr geringer Anteil wird aus dem Ausland importiert. ▪ Hr. Wieler möchte die Abbildung fürs Pressebriefing morgen verwenden. <p><i>ToDo: kurzen Hintergrund für Pressebriefing vorbereiten (M. Diercke)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wo würden Bars, Clubs, Großveranstaltungen in dieser Kategorisierung auftauchen? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermutlich bei Freizeit oder sonstiges? ▪ In neuer SurvNet-Version ist genauere Differenzierung möglich. <p><i>ToDo: bis Freitag Auswertung der Angaben, die über neue SurvNet-Version übermittelt wurden (M. Diercke)</i></p>	<p>FG37 (S. Haller)</p>
--	--	-----------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Werden Ausbrüche anhand von Genomsequenzen betrachtet? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es gibt Projekte hierzu, Problem ist die Integration in das Meldesystem. Dies ist Thema im neuen Referentenentwurf. ○ Was ist mit den Fällen, die in dieser Auswertung nicht berücksichtigt sind? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zum Teil können die GA den Infektionsort nicht mehr in allen Fällen ermitteln. Viele Überlastungsanzeigen von GA, vor allem aus Hessen und BW. ▪ Abgebildet werden außerdem nur Ausbrüche, die 5 oder mehr Fälle enthalten, sonst wäre der Anteil von privaten Haushalten vermutlich noch viel größer. Ein Vergleich zu der Tabelle im EpiBull ist so nicht möglich. ▪ Die Epidemie läuft unter Einhaltung von Maßnahmen ab. Die AHA-Regeln werden vermutlich in der Öffentlichkeit, bei Freizeitaktivitäten, im öffentlichen Nahverkehr eher eingehalten, während im privaten Raum die Wahrscheinlichkeit der Nichteinhaltung viel größer ist. ▪ Vorschlag: Dieser Abbildung soll eine Abbildung gegenübergestellt werden, in der alle Angaben zum Infektionsort berücksichtigt werden. Dann erneute Diskussion dieses Punktes. <p>! Testkapazitäten und Testungen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anstieg Positivenanteil, Trend ist in ARS sehr deutlich. ○ In den Altersgruppen wird unterschiedlich häufig getestet. Am häufigsten wird bei über 80 Jährigen und 15-34 Jährigen getestet. ○ Der Positivenanteil steigt relativ parallel in allen Altersgruppen an. Dies ist ein gutes Argument dafür, dass nicht die Testhäufigkeit für den Anstieg der Fälle verantwortlich ist. Trotz unterschiedlicher Testhäufigkeit ist in allen Altersgruppen ein Anstieg zu verzeichnen. ○ Testverzug ist relativ stabil über die letzten Wochen. <p>! Was kann getan werden, damit mehr Labore an ARS angebunden werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Für die Repräsentativität ist es nicht nötig alle Labore zu erreichen. Es ist geplant, besser zu beschreiben, wie gut die Abdeckung in den einzelnen BL und somit die 	<p>FG36 (S. Buda)</p>
--	---	---------------------------



	<p>Repräsentativität ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn auch negative Labormeldungen über DEMIS gemeldet werden, wären einzelfall- und wohnortbezogene Meldungen vorhanden. ○ Im aktuellen Gesetzentwurf sollen die Negativmeldungen gestrichen werden, diese wären aber wünschenswert. ○ Vorteile von ARS: Auch serologische Tests und Antigentests können integriert, spezifische Fragen beantwortet werden und ARS ist nicht auf meldepflichtige Erkrankungen beschränkt. ○ Deshalb wäre es zusätzlich zu DEMIS wünschenswert mehr Labore für ARS zu gewinnen. Der neue Referentenentwurf sieht vor, dass sich mehr Labore an ARS binden. <p>! Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb bis 42.KW: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin Zahlen unterhalb der ARE-Raten der Vorsaisonen ○ Konsultationsinzidenz: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ging schon letzte Woche bei Kindern zurück, hat sich jetzt in allen Altersgruppen stabilisiert. Auf Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das ca. 1,1 Mio. Arztbesuchen wegen ARE. ○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis. KW <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auch im KH deutlicher Anstieg der SARI-Fälle mit COVID-Diagnose. ▪ Nach Altersgruppen betrachtet liegt bei den 15-34 Jährigen der Anteil der COVID-Fälle an den SARI-Patienten fast bei 40%, bei 35-79 Jährigen dagegen nur bei ca. 15%. ▪ Diese Abbildung soll in den Lagebericht nächsten Donnerstag mitaufgenommen werden. Vorher sollen die Zahlen noch eine Woche beobachtet und fachgebietsintern diskutiert werden. Es sind pro Altersgruppe nicht sehr viele Fälle. ▪ Vorschlag: dieselben Daten aus April diesen Jahres ansehen, war die Verteilung anders? Information gibt Einblick über Schwere der Erkrankung. ▪ Wie sieht es mit Vorerkrankungen in dieser jungen Gruppe aus? Diskussion mit Kliniker wäre sinnvoll. 	
--	--	--

	<p>Tendenziell sind die Fälle jünger, müssen länger beatmet werden und haben tendenziell weniger Vorerkrankungen als SARI-Fälle in Vorjahren.</p> <p><i>ToDo: Vergleich Anteil COVID-Fälle an SARI-Patienten Frühjahr-Herbst, FF K. Tolksdorf</i></p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Soll eine Hochstufung vorgenommen werden? Bzw. wann soll für die Allgemeinbevölkerung von „hoch“ auf „sehr hoch“ hochgestuft werden?</p> <p>! Eine Überarbeitung des Wordings der Risikobewertung wäre sinnvoll. Eine Hochstufung auf eine Zwischenstufe: „hoch-sehr hoch“ dürfte jedoch nicht zur Klarheit beitragen.</p> <p>! Die Risikobewertung ist keine Prognose, sondern richtet sich nach Kriterien wie Community transmission, Krankheitsschwere, Belastung des Gesundheitssystems. Eine Hochskalierung zu diesem Zeitpunkt würde deshalb vermutlich als alarmierend wahrgenommen werden, da das Gesundheitsversorgungssystem im Moment noch deutliche Kapazitäten hat.</p> <p>! Entscheidung: Die Risikobewertung, Bevölkerung hoch, Risikogruppen sehr hoch, bleibt.</p> <p>! Das Wording wird angepasst, grundsätzliches Einverständnis zum Änderungsvorschlag von W. Haas.</p> <p>! Anmerkungen: „In allen angrenzenden Ländern Europas“ stimmt für die nördlichen Länder nicht und müsste ständig angepasst werden. Genaue Anzahl Fälle und Verdopplungszeit sollten eher gestrichen werden, da sie sonst ständig angepasst werden müssten.</p> <p><i>ToDo: W. Haas versendet seinen Änderungsvorschlag an den Krisenstab für Anmerkungen.</i></p>	Alle
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Rückmeldung der Bevölkerung: schwierig Testmöglichkeiten zu finden, GA häufig nicht erreichbar,</p> <p>! Kritisch diskutiert wird Maskenpflicht für Grundschüler, evtl. Langzeitfolgen.</p> <p>! Einzelschicksale: Depressionen, Suchtmittelkonsum steigen.</p> <p>Presse</p>	<p>BZgA (H. Thaiss)</p> <p>Presse (M. Hennequin)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ! Morgen wieder Pressebriefing am RKI mit Hr. Wieler ! Neue FAQ zum Lüften, die auf das Umweltbundesamt verweist ! FAQ zu Luftreinigungsgeräten ist in Abstimmung, Rücksprache mit BZgA hierzu ! Teaser auf Startseite wurde angepasst 	
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	BMG-Liaison
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Brief zur Qualität der vom RKI veröffentlichten Statistiken und Vorschlägen zur Verbesserung (hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Zentrale Kritikpunkte: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausdruck „Schätzung der Genesenen“, da Zahl der chronischen Verläufe relativ hoch ist. Vorschlag RKI sollte Spätfolgen erfassen. ▪ Antikörperteste sollten differenziert werden. ○ Ausweisung der genesenen Fälle soll durch aktive Fälle ersetzt und in Fußnote erklärt werden, wie diese Zahl berechnet wird. ○ Im Meldesystem ist Detailtiefe begrenzt, deshalb sollte auf die Studien LEOSS und COVIM verwiesen werden. ○ Frage, wie soll generell mit Kritik umgegangen werden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurze, sachliche Antwort: Verweis auf die Limitationen im Meldewesen, Verweis auf bereits existierende Studien und die Möglichkeit selbst Fördermittel für neue Studien zu beantragen. ○ Vorschlag: Veröffentlichung von Fragen und Antworten aus Transparenzgründen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schreiben müssten anonymisiert werden. ▪ Wenn Plattform geboten wird, kann damit gerechnet werden, dass noch mehr Schreiben kommen. ▪ Keine Kapazität vorhanden, Nebenschauplatz wird aufgemacht, der Ressourcen bindet. ○ Deshalb soll weiter so wie bisher verfahren werden: kurze Antwort auf ernstzunehmende Fragen. 	<p>FG38 (U. Grote)</p> <p>FG36 (W. Haas)</p>

- Bei immer wiederkehrenden Punkten und freien Kapazitäten könnte FAQ erstellt werden.

b) RKI-intern

- ! Containment soll als eine Komponente weiter gepflegt werden. Da jedoch Millionen von akuten respiratorischen Erkrankungen zu erwarten sind, die nur zu geringem Teil mit COVID zu tun haben, wurde ein Plan B der Strategie entwickelt: die Empfehlung zuhause zu bleiben für alle an ARE erkrankten Personen, die nicht getestet werden sollen.
- ! Textvorschlag zur Strategieergänzung: Wieso man sich bei akuten Atemwegserkrankungen für wenigstens 5 Tage zu Hause auskurieren sollte. Die Reduktion der Kontakte in Arbeitsumfeld und Schule würde das Übertragungspotential reduzieren, würde Ressourcen der GA schonen und könnte dazu beitragen Kitas und Schulen offen zu halten.
- ! Die veränderten Testkriterien aus dem letzten Absatz wurden vom Minister schon einmal gestrichen. Deshalb sollten veränderte Testkriterien erst nächste oder übernächste Woche erneut ans BMG gegeben werden. Auch müsste dann das Flussdiagramm geändert werden.
- ! In der Teststrategie wird umfangreiches Testen als Grundlage für Lageeinschätzung genannt.
- ! Einblick in Lage kann auch aufgrund von Surveillanceinstrumenten erfolgen, dies könnte so kommuniziert werden. Eine genauere Beschreibung der Surveillanceinstrumente sollte besser an anderer Stelle erfolgen.
- ! Für die Bevölkerung ist wichtig, ab wann sie sich doch testen lassen sollte. Diese Frage sollte für akut Erkrankte beantwortet werden. In jedem Fall sollte ein Arzt in den folgenden Situationen aufgesucht werden:
 - a) schwerer oder sich nicht verbessernder (oder gar verschlechternder) Krankheitsverlauf, oder spezifische Symptome (Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns), oder Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe,
 - b) Kontakt mit Personen aus Risikogruppen,
 - c) bekannter Kontakt mit Personen mit einer Atemwegserkrankung oder einer bestätigten COVID-19-Infektion, oder wenn die Erkrankung möglicherweise im Rahmen eines Gruppengeschehens erworben wurde, oder wenn nach Symptombeginn hierdurch viele Menschen einem Infektionsrisiko ausgesetzt würden oder bereits ausgesetzt waren.
- ! Betrifft der Vorschlag auch Kinder? Dies würde zu

	<p>zur Verfügung gestellt werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dieses könnten die GA per Mail versenden und sich auf relevanten Gruppen konzentrieren. ○ Bisher wird nur ein Musterschreiben für internationale Kommunikation angeboten. <p><i>ToDo: Klärung in ÖGD-Feedbackgruppe, ob Bedarf besteht, FF M. Askar</i></p>	
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sporadisch SARS-Fälle, sonst nur Rhinoviren ○ Üblicher Rückgang der Probenzahl in den Herbstferien ist dieses Jahr sehr ausgeprägt. <p>! KV haben Mitglieder (niedergelassene Ärzte) über neue Test- und Abrechnungsmöglichkeiten informiert. An über 500 Labore wurden Mitteilungen über Laborstandards versendet, damit soll bessere Vergleichbarkeit erzielt werden.</p>	<p>FG17 (B. Biere)</p> <p>Abt. 1 (M. Mielke)</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Auf Freitag verschoben</p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>!</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 23.10.2020, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Lage:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum, Uhrzeit:	23.10.2020, 11:00Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Djin-Ye Oh
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG35
 - Kirsten Pörtner (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
 - Stefan Kröger
 - Kai Schulze
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! FG 38
 - Ulrike Grote
- ! IBBS

- Christian Herzog
- ! P1
 - Ines Lein
 - Miriam Jenny
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! MF
 - Max v. Kleist
- ! ZIG1
 - Eugenia Romo Ventura
- ! ZBS1
 - Janine Michel

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>! 41 Mio Fälle, >1 Mio Verstorbene (2,7%)</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alle Länder bis auf Indien zunehmender Trend <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 73 Länder mit Inzidenz > 50 Fälle/100.000 ○ 2 Länder neu hinzugekommen seit Mittwoch: Kirgisistan und San Marino ○ Kleine Länder haben hohe Inzidenz <p>! Europa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ kein neues Land mit >50/100.000 hinzugekommen, alle Länder bis auf skand. Länder haben >50/100.000 ○ Europa hatte größte Veränderung in den letzten 7 Tagen ○ Top 3 7-Tages-Inzidenz: Tschechien, Belgien, Niederlande (alle >300/100.000) ○ Top 10 7-Tages-Todesfälle: Tschechien, Montenegro, Andorra, Republik Moldau, Armenien, Ungarn, Nordmazedonien, Rumänien, Bosn./Herz und Spanien ○ Mehrheit der Länder meldet community transmission ○ hauptsächlich urbanes Geschehen ○ Länder mit höchstem Anstieg: Frankreich, Russland, UK, Tschechien <p>! Warum hat Tschechien eine so niedrige CFR? Das liegt wahrscheinlich an dem jungen Alter der Infizierten</p> <p>! Bei ECDC ist als einziges Land mit einer besorgniserregenden epidemiologischen Entwicklung Deutschland genannt, woher kommt das?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ CFR ist niedrig und fallend bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen, daher ggf. Deutschland im Fokus ○ Lage in DtlD sehr dynamisch, D. war lange orange gefärbt 	<p>ZIG1 (E. Romo Ventura)</p>



	<p><i>TODO: Rücksprache hierzu mit dem ECDC (M. Diercke)</i></p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 403.291 (+11.242), davon 9.954 (2,5%) Todesfälle (+49), 7-Tage-Inzidenz 60,3/100.000 Einw. ○ Gestern tagsüber Serverausfall über 1h, ggf. daher keine Fallübermittlung erfolgt, manche GÄ brichteten bereits Probleme bei der -fallübermittlung ○ ggf. wird heutige Zahl daher unterschätzt, ggf. morgen höhere Übermittlungsfallzahl. In dem Fall soll es morgen einen Disclaimer hierzu sowohl im Lagebericht als auch auf der Internetseite geben. <p><i>TODO: Zusammen mit den Fallzahlen wird ggf. ein Disclaimer an die Presse und Morgenschicht rumgeschickt (M. Diercke)</i> [ERLEDIGT]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 4-Tage-R: 1,23; 7-Tage-R: 1,3 ○ ITS: 1030 (+87), invasiv beatmet: 459 (+35), weitere Zunahme der auf Intensivstation betreuten Patienten, Kapazitäten noch im grünen Bereich ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> ▪ höchste Inzidenzen in Berlin, Hessen, NRW, Saarland, Bayern, Baden-Württemberg sehr stark ansteigend ▪ Fokus auf Sü- und Westdeutschland, aber auch Sachsen zunehmender Trand. Zudem Großstädte wie Berlin und Hamburg ▪ Trend Zunahme in allen Bundesländern ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ 131 LK mit > 50/100.000 ▪ Spitzenreiter nach wie vor LK Berchtesgadener Land, gefolgt von Berlin-NK und Berlin-Mitte ○ Bene Zacher aus FG32 hat heatmap erstellt zu den Inzidenzen seit der 10. KW nach Altersgruppen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seit der 40. KW steigen die Inzidenzen in allen Altersgruppen an, davor hauptstäschlicher Anstieg bei Jüngeren ○ Verzug wird vermutlich immer größer durch GÄ-Belastung & Laborbelastung, ist es sinnvoll sich eher die Imputationen anzuschauen anstatt die tagesaktuellen Fallmeldungen? ○ Testzahlen: in der 42. KW: 	<p>FG32 (M. Diercke)</p>
--	---	--------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positivenquote 3,62% <p>! Ausbreitung in DE und erste Auswertungen zum Infektionsumfeld bei Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ C. Frank und M. Faber (FG35) haben Auswertung zur innerdeutschen Ausbreitung nach Landkreisen durchgeführt (Folien hier, ab Folie 8): Berlin exportiert z.B. viele Fälle nach Brandenburg, aus Hamburg werden Fällen nach SH und NI exportiert, etc. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Innerdeutsche Ausbreitung spielt untergeordnete Rolle ▪ Dies wird nicht aktiv publiziert, nur auf Nachfrage ○ Seit Survnet-Update sind auch Angaben über wahrscheinliches Infektionsumfeld bei Einzelfällen möglich (vorher war diese Angabe nur bei Ausbrüchen möglich)(Folien hier, ab Folie 13): : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 6.000 Fälle mit Angaben zu wahrscheinl. Infektionsumfeld stehen zur Verfügung ▪ Top 3 der wahrscheinlichen Infektionsumfelder: privater Haushalt, Arbeitsplatz, Gesundheitseinrichtungen ▪ Datenqualität aufgrund durch beschränkte Ermittlungen der GÄ und recall bias der Fälle limitiert, auch nicht zu allen Infektionsumfelder Nenner vorhanden bzw. Expositionsdauer ▪ Kneipen werden ggf. weniger oft erwähnt, da man hier im Gegensatz zum Arbeitsplatz nicht mehr mit Personen, bei denen man sich infiziert hat, in Kontakt steht und/oder die Verbindung zur Ansteckung nicht herstellt. ▪ Fall-Kontroll-Studie zur genaueren Aufschlüsselung ausstehend (H. Wilking), Einverständnis zur Teilnahme der Fälle muss durch GÄ eingeholt werden, dies wird aktuell durch GÄ aufgrund von Überlastung abgelehnt. Es soll noch mal bei der nächsten AGI Sitzung um Unterstützung geworben werden, ggf. Unterstützung der GÄ durch weitere containment counts, ggf. durch Landesbehörden oder auch Bundeswehr ▪ Arbeitsplatz ist nach privatem Umfeld relevantes Infektionsumfeld. Nicht nur in Schlachthöfen, sondern auch in Großraumbüros, auf dem Bau oder im Einzelhandel gibt es Übertragungen. Oft werden hier keine Masken getragen ▪ Grundmessage: man kann sich überall anstecken, nur das Risiko differiert zwischen den einzelnen Infektionsumfeldern ▪ Kommunikation mit Herrn Degen ausstehend ▪ Risikowahrnehmung in der Allgemeinbevölkerung: Risiko geht von 	
--	---	--



	<p>Fremden aus, nicht von Vertrauten, dass Vertraute mindestens ebenso riskante Kontakte darstellen muss besser kommuniziert werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ggf. Möglichkeit, die Fälle aus der CWA weiter zu differenzieren, um die anonymen Kontakte zu analysieren nach Infektionsort ▪ Ggf. Daten in Relation zum Alter setzen, um weiter differenzieren zu können zwischen den Risiken ▪ Wie erfolgen die Einträge in die privaten Haushalte? Das ist schwierig zu ermitteln, da sich auch hier die selben Limitationen ergeben mit recall bias etc. Bei Haushalten mit mehreren Fällen kann Index gut identifiziert werden, dann könnte man schauen, ob es hier Angaben zum Infektionsumfeld gibt. <p><i>TODO: Einerseits: Fall-Kontroll-Studie realisieren, andererseits werden Surveillancedaten nochmal ausgewertet, zudem Imputation mit Meldedaten vergleichen, um Verzug besser zu beurteilen (H. Wilking, M. Diercke)</i></p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mission Namibia: Aktuell befinden sich MA des RKI in Namibia zur Unterstützung des Systems bei KoNa (GoData) sowie im klinischen Bereich. Die Mission läuft noch nächste Woche. ! Weiterhin tauschte sich das RKI mit dem Westbalkan (Kroatien und im Nachgang zur Mission auch mit dem Kosovo) aus. ! Eine kleine Mission nach Ecuador zur Unterstützung der Universitätsklinik und des Labors ist geplant. ! Corona Global: Ein Gesamtantrag mit verschiedenen Projekten (z.B. mit internationalen Serostudien) wurde in erster Instanz vom BMG zugesagt. Mit einer Deadline von 10 Tagen sollen die Teilprojekte ausgearbeitet werden, Verlängerung der Frist um 14 Tage wurde beantragt ! am Montag gab es eine Diskussion mit dem BMG zu den unterschiedlichen Vorgehensweisen von der WHO/ECDC zur Ausweisung von Risikogebieten. Die EU benutzt z.B. ein Ampelsystem; Deutschland macht nur 2 Abstufungen. Das Vorgehen soll generell vereinfacht werden, da inzwischen ganz Europa stark betroffen ist und somit ganz Europa ein Risikogebiet ist ! Ggf. Vorschlag ans ECDC: Wenn Deutschland bei >50/100.000 Positivenrate von 4% überschreitet ist 	ZIG (Hanefeld)



	<p>Deutschland (andere Bevölkerungsstruktur, anderes Gesundheitssystem als UK), Effekt sehr stark abhängig von compliance der Bevölkerung, teilweise gesamtgesellschaftl. Kollateralschäden, Nachhaltigkeit fraglich</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Neben Verzögerung scheinbar auch Peak-Verringerung ○ In UK Gesundheitssystem deutlich überlastet, Ziel ist daher dort primär, das System zu entlasten bzw. wieder funktionabel zu werden, Breaks werden in Teilen von UK auch schon umgesetzt ○ Positiv bei der Bremse ist, dass es vorbereitet ist und nur auf 2 Wochen bestimmt ist. Es kann aber sein, dass eine solche Bremse mehrmals eingesetzt werden muss, um Effekte längerfristig zu erzielen. Ggf. kann beim erneuten Einsetzen der Brems, die Compliance der Bevölkerung niedriger sein. ○ Es wird mit großer Aufmerksamkeit bezüglich dieses Papers gerechnet. Das BMG hat ZIG bzgl. des Papiers bereits angerufen. <p>! Wie nah sind wir an dem Punkt, dass KoNa von den GÄ nicht mehr geleistet werden kann? Dann ist vermutlich mit einer deutlichen Inzidenzzunahme zu rechnen, ggf. wäre dann eine „Bremse“ sinnvoll</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Überlastungsanzeigen kommen hauptsächlich aus Hessen, BaWü, SH, auch Berlin, ggf. werden aber auch durch unterschiedliche Wahrnehmung des Tools zur Überlastungsanzeige nur aus 4 Ländern Kapazitätsengpässe gemeldet, wahrscheinlich nicht repräsentativ ○ Mehr Fallzahlen können vermutlich nicht verkraftet werden, allerdings kann weiterhin priorisiert werden mit Fokus auf Cluster anstatt auf Einzelfälle ○ Sympt. Erkrankte könnten ohne Testung für 5 Tage ca. zu Hause bleiben um System zu entlasten, ggf. Selbstisolation/Quarantäne durch Fälle bzw. KP selbst in Eigenregie ○ Verzug wird auf 10-14 Tage geschätzt bei aktuell exponentiellem Wachstum!!! ○ kommunikative Herausforderung, um Bremsen hier in Deutschland zu benutzen, da Maßnahmen bereits jetzt kontrovers diskutiert werden 	<p>alle</p> <p>FG36 (W. Haas)</p>
--	--	-----------------------------------

	<p>! Ergänzung Strategie-Paper b) RKI-intern ! Rückmeldung BMG ausstehend</p> <p><i>TODO: Rückfrage beim BMG am Montag (Leitung)</i></p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>! Stellungnahme zu FFP2-Masken in Allgemeinbevölkerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anwendung von FFP2-Masken setzt Schulung voraus, da komplexer in der Anwendung als MNS, selbst mit Schulung viel Fehlanwendung u.a. bei med. Personal, Maske muss individuell angepasst werden ○ Solidarisches Prinzip (Stichwort Fremdschutz) entfällt, wenn Eigenschutz in Vordergrund rückt ○ Zudem werden GÄ Maßnahmen für Kontaktpersonen ggf. nicht mehr akzeptiert, Complianceproblem ○ Kommunikationsproblem, da wir bisher FFP2-Masken nicht empfohlen haben ○ Atemwegswiderstand wird erhöht, ggf. ärztliche Rücksprache notwendig bei Grunderkrankungen, zudem auch hier Complianceproblem ○ Keine weitere, zusätzliche Änderung der Maßnahmen gewünscht ○ Limitierte Ressourcen müssen weiterhin berücksichtigt werden ○ Übertragungen finden aktuell da statt, wo MNS/MNB nicht getragen werden, FFP2 kann das nicht verhindern ○ Schaden von FFP2-Masken überwiegt ggf. Nutzen ○ Wie sollen wir mit Veranstaltungen, die aufgrund von Austeilen von FFP2-Masken ohne anderes Hygienekonzept von GÄ genehmigt werden, umgehen? Sollte man differenziert von allgemeinen Empfehlungen für die Allgemeinbevölkerung betrachten ○ Der Bevölkerung sollte kommuniziert werden, welche Probleme/Schäden durch das Tragen von FFP2-Masken entstehen. <p><i>TODO: FG14 bereitet Stellungnahme hinsichtlich FFP2-Masken für die Bevölkerung vor; ggf. Abstimmugn BZgA, BMAS/ABAS und BfArM [ID 2063]</i></p>	alle
9	<p>Update Impfen (nur freitags) ! entfällt</p>	FG33
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Auf BfArM Internetseite ist Liste für Ag-Tests, die Voraussetzungen von PEI/RKI erfüllen, eine Teilmenge wurde unabhängig von einer Unterguppe der AG Testen</p>	Abt. 1 (M. Mielke)

	<p>validiert, KBV und ALM haben kommentiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Für Heime liegt bereits eine Empfehlung zum Testen mit Ag-Tests vor. Die nationale Teststrategie wurde entsprechend ergänzt. <p>! Diese Woche weniger Proben als letzte Woche (ggf. durch Priorisierung durch GÄ), 18% positive unter den Einsendungen (ggf. durch Priorisierung?), CO-MO Studie: 9% positiv, Proben von gestern und heute ausstehend</p>	ZBS1 (J. Michel)
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Übernahme von europäischen Patienten in deutsche Krankenhäuser bisher nicht im abgestimmten Verfahren erfolgt; Verfahren soll etabliert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Normalerweise kommt Anfrage über EWRS, Rücksprache mit BMG: GMLZ schreibt Bundesländer an, um Bettenkapazität zurückzumelden, RKI (noch zu klären, ob Rufdienst, Lagezentrum oder IBBS) führt auf Bitte von GMLZ/BMG die Antworten der Bundesländer zusammen und koordiniert den Austausch zwischen den Ländern, bei <5 Patienten läuft das Prozedere wie gehabt über STAKOB <p><i>TODO: C. Herzog verschickt SOP zu Abstimmungsprozessen</i></p>	IBBS (C. Herzog)
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! entfällt</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>! Vorstellung „KeInzidenzschätzer basierend auf SARS-CoV-2 Genetik „ (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inzidenzhistorie wird statistisch auf der Basis von Veränderungen von Genomsequenzen geschätzt und anstatt mit Meldedaten dargestellt ○ Zusätzliches Tool, um zu Evaluieren, welche Maßnahmen welchen Effekt haben, Tool kann zudem Meldeverzug abschätzen und helfen, retrospektiv epidem. Geschehen zu interpretieren ○ Für Deutschland nicht so gut darstellbar wie für andere Länder, da wenig Genomsequenzen vorhanden, aber aktuell exponentielles Wachstum ersichtlich!!!! ○ Inwieweit spielen importierte Fälle in Deutschland eine Rolle, da ja Anstieg gemäß der Methode bereits im Juli zu sehen ist? Methode ist stabil gegenüber Einführung von Sequenzen nach D. ○ Alternativ ist Positivquote in definierten Populationen (z.B. unter HCW oder Patienten) 	MF5/P5 (Max von Kleist)

	<p>auch ein sehr zeitnahes Instrument, um Geschehen zu beurteilen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktuell ist Sequenzierung zu langsam, um in Echtzeit Daten zu generieren (ca. 4 Wochen Verzug). Aktuell eher für retrospektive Interpretation der Fallzahlen hilfreich. Zudem aber auch für prospektive Fallschätzung. <p><i>TODO: FG32 wird bei Manuskript hinsichtlich der Limitationen der Meldedaten fachlichen Beitrag leisten (MF5/P5 & FG32)</i></p> <p>! Das BMG hat ggf. vor, die Meldepflicht von Ag-Nachweis und negativem Laborbefunde zu streichen. Dies wurde erst im Frühjahr eingeführt. Die technischen Möglichkeiten hierfür bestehen inzwischen. U.a. für die Meldepflicht an das ECDC werden die Daten benötigt, auch für Positivenquote.</p> <p><i>TODO: RKI wird sich diesbezüglich positionieren und die Wichtigkeit der Beibehaltung unterstreichen (FG32)</i></p>	FG32 (M. Diercke)
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Ab 20.10. ist Flug-KoNa ausgesetzt</p>	FG38 (U. Grote)
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! 45 neue Mitarbeiter aus verschiedenen Abteilungen, Schulungen finden kommende Woche statt, zusätzlich 1 MA von Bundeswehr sowie 2 vom BBK, Position Aufgaben wird samstags ausgesetzt</p>	FG38 (U. Grote)
16	<p>Wichtige Termine</p>	
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag 26.10.2020; 13:00Uhr</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	26.10.2020, 13-15 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
 - Wolfgang Scheida
- ! FG24
 - Thomas Ziese
 - Alexandra Hofmann (Protokoll)
- ! FG 32/38
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
- ! FG 33
 - Ole Wichmann
- ! FG 34
 - Viviane Bremer
 - Matthias an der Heiden
- ! FG36

- Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
 - Janine Michel
- ! ZIG1 / INIG
 - Eugenia Romo Ventura
- ! P1
 - Esther-Maria Antao
 - Mirjam Jenny
- ! BZgA: Heidrun Thaiss

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ! 42 Mio Fälle, >1 Mio Verstorbene (2,7%) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alle Länder bis auf Indien zunehmender Trend ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ○ 77 Länder mit Inzidenz > 50 Fälle/100.000 ○ 2 Länder neu hinzugekommen seit Freitag: Weißrussland und Kosovo ! Afrika: 2,4% der neuen Fälle und 3,9% der neuen Todesfälle (Top 5 Länder: Südafrika, Marokko, Ägypten, Äthiopien und Nigeria). ! Amerika: 31,15% der neuen Fälle und 42,25% der neuen Todesfälle (Top 5 Länder: Vereinigten Staaten, Brasilien, Argentinien, Kolumbien und Mexiko). ! Kolumbien ist das achte Land mit mehr als 1 Million COVID-19-Fällen. ! Asien: 21% der neuen Fälle und 25,34% der neuen Todesfälle (Top 5 Länder: Indien, Iran, Irak, Bangladesch und Indonesien) ! Europa: <ul style="list-style-type: none"> ○ 35% der neuen Fälle und 28,46% der neuen Todesfälle ○ 4 neue Länder mit >50/100.000 hinzugekommen: Weißrussland, Kosovo, Lettland und Schweden; innerhalb der EU nur noch Griechenland, Finnland, Norwegen und Estland <50/100.000 ○ Top 3 Länder 7-Tages-Inzidenz: Tschechien, Belgien, Luxemburg (alle >500/100.000) 	ZIG / INIG Eugenia Romo Ventura



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ die fünf Länder, die die meisten Fälle melden: Russland, Frankreich, Spanien, das Vereinigte Königreich und Italien. ! ECDC RRA vom 23.10.: erhebliche weitere Zunahme der COVID-19-Infektionen in jüngeren und auch älteren Altersgruppen. ! Ozeanien: <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Abriegelung von Victoria (Australiens zweitgrößter Stadt) wird gelockert, da es zum ersten Mal seit 4 Monaten 24 Stunden lang keine Neuinfektionen gab. ! Vorstellung China: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kum. 91.125 Fälle; 170 Fälle in den letzten 7 Tagen; CFR 0,33%; 0 Todesfälle in den letzten 7 Tagen ○ Zentralisiertes Epidemiebekämpfungssystem; schnelle Reaktion durch China auf Pandemie; teilweise Isolierung von Fällen in sog. Make Shift Hospitals (Fälle mit leichten Symptomen). Literatur hier ! Rückgang der Fälle scheint auf zentrale Isolierung (keine Isolierung im eigenen Haushalt) bzw. Lockdown zurückzuführen zu sein. Frage: liegt der Rückgang der Fälle in Australien an einem ähnlichen Vorgehen? ! Bei den Fallzahlen in China ist zu beachten, dass es sich um offizielle Zahlen der Regierung handelt ! Diskussion, ob chinesisches Konzept der Isolierung (von leichten Fällen) außerhalb des Haushalts auch in Deutschland denkbar wäre, da aktuell viele Übertragungen im häuslichen Umfeld geschehen? Da dies eine deutliche Einschränkung der Grundrechte bedeuten würde, Dt. nicht über das entsprechende Personal verfügt und auch keine entsprechenden Orte vorhanden sind, wäre das schwer umsetzbar. Eventuell wäre es aufgrund der aktuellen Fallzahlen schon zu spät so eine Maßnahme durchzuführen. <p>TODO: INIG Folien über Australien vorbereiten</p> <p>TODO: INIG soll recherchieren, ob es andere Länder gibt, die die gleichen Maßnahmen wie China erfolgreich durchgeführt haben.</p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ! SurvNet übermittelt: 437.866 (+8.242), davon 10.056 (2,3%) Todesfälle (+24), 7-Tage-Inzidenz 80,9/100.000 Einw. ! ITS Fälle steigen; ! R deutlich über 1; ! Anstieg der 7 Tage Inzidenz in jedem Bundesland ! 99 LK mit 7 Tage Inzidenz >100 Fällen/100.000 Einw.; 172 LK >50-100 Fällen/100.000 Einw.; 100 LK mit >25-50 Fälle/100.000 Einw. ! Letzten Mittwoch Bericht über Infektionsumfeld ans 	<p>FG32 (M. Diercke)</p>
--	--	--------------------------

	<p>Bundeskanzleramt geschickt, Bericht soll regelmäßig aktualisiert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 7 Tage Inzidenz soll zukünftig auch nach Altersgruppen aufgeschlüsselt dargestellt werden und ggf. auf erste Seite des Lageberichts abgebildet werden. Vorschlag dazu erstellt; Rückmeldung aus dem BMG steht noch aus ! Vorschlag, das von Brockmann entwickelte Tool zur Mobilität zu überprüfen und aktuell zur Datenanalyse nutzen ! Aktuell mehrere Anfragen von LK zur Unterstützung von Containment Scouts, die noch nicht so viele Fälle haben. LK mit vielen Fällen haben teilweise KoNa eingestellt haben, wie sollen die Containment Scouts nun am besten eingesetzt werden? Da KoNa so lang wie möglich aufrechterhalten werden sollte, sollten diese Anfragen individuell mit dem LK besprochen werden um zu prüfen was genau benötigt wird. <p>TODO: M. Diercke (FG32) nutzt das Tool von Hr. Brockmann zu Mobilität um die aktuellen Fälle zu analysieren</p> <p>Vorstellung Corona-Kita Studie (Folien hier):</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Daten aus Grippeweb zeigen, dass aktuell Inzidenzen in allen Altersgruppen ansteigen ! 149 Ausbrüche in KiTa, davon 32 Ausbrüche, in denen nur Fälle betroffen sind, die 15 Jahre und älter sind; Anzahl der Ausbrüche steigt; häufig Erwachsene betroffen ! 268 Ausbrüche in Schulen, davon 26 Ausbrüche, in denen alle Fälle älter als 21 Jahre sind. ! BZgA erhält viele Anfragen zu Maskenpflicht bei Grundschulern. Gibt es eine Möglichkeit diese aufzuheben? Verweis auf Papier von B. Hauer und die Bitte das Papier weiter zu streuen. ! Frage ob Lehrer ein höheres Risiko für eine Infektion haben als die Allgemeinbevölkerung? Aktuell ist nichts darüber bekannt. Wenn sich Lehrer an die aktuellen Regeln halten, sollte sie als Lehrende kein höheres Risiko für eine Infektion haben. 	FG36 (S. Buda)
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	ZIG
3	<p>Update Digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Verschieben auf Mittwoch 	Schmich
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nachfrage ob abgestimmte Risikobewertung am 26.10.2020 auf der Webseite aktualisiert wurde. Die Aktualisierung ist erfolgt. 	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anfrage aus GA München erhalten. Es wurde festgestellt das bei mehreren Fällen das Bewusstsein des Maskentragens nicht sehr ausgeprägt war. BZgA bietet an diese Anfrage für das Lagezentrum zu beantworten und möchte damit auch die vorhandenen Materialien verteilen. ! CWA: Im Rahmen der App soll ein Kontakttagebuch 	BZgA



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>eingepflegt werden. Da es auch Personen gibt, die die CWA nicht nutzen, bietet die BZgA an, ein analoges Kontakttagebuch zu gestalten. Diese Idee wurde vom Krisenstab begrüßt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nachfrage zu Antigentests und deren Nutzung in Pflegeheimen. Wie sollen diese genutzt werden und wer bezahlt diese. Das RKI bereitet dazu eine FAQ vor. ! Fr. Mankertz berichtet von einem Gespräch mit dem GA Hildesheim, der bestätigt, dass es immer noch Menschen gibt, die nicht genau wissen wie sich schützen können, da diese über die normalen Kanäle nicht richtig erreicht werden (z.B. aufgrund von Sprachproblemen). Dieser Eindruck wird von der BZgA bestätigt, daher soll das Thema in allen Kanälen der BZgA angesprochen werden z.B. auch in der Kampagne liebesleben. <p>ToDo: Hr. Mielke leitet Informationen zur Teststrategie, Informationsmaterial des BMG zu Antigentests sowie Kontaktdaten der Ansprechpartnerin im BMG ans BZgA weiter.</p> <p>Pressestelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bittet darum die grafische Darstellung des Dashboards zu ändern. Es sollte zuerst die Grafik zu „COVID-19-Fälle/Tag nach Meldedatum“ erscheinen anstelle der Grafik „COVID-19-Fälle/Tag nach Erkrankungsbeginn, ersatzweise Meldedatum“. ESRI hat gerade einen Katalog von Änderungswünschen vom RKI erhalten, dort kann der Änderungswunsch mit aufgenommen werden. ! Das Internetteam ist aufgrund von Urlaub dünn aufgestellt und bittet darum, Publikationen die auf der Internetseite eingestellt werden sollen, vorab anzukündigen, damit besser geplant werden kann. <p>Brandanschlag Standort General-Pape Str.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gab einen Brandanschlag auf die RKI Gebäude in der General-Pape Str. Der Brand konnte zeitnah gelöscht werden, ein Fenster wurde zerstört, es kam zu keinem Personenschaden. Das Wachpersonal wird bei allen Eingängen in den Liegenschaften verstärkt. Der Staatsschutz des LKA ermittelt. Es gibt eine RKI Arbeitsgruppe, die zusammen mit dem LKA prüft, welche weiteren Maßnahmen getroffen werden können, um solche Anschläge zukünftig zu verhindern. 	<p>Presse</p> <p>L. Schaade</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
7	<p>Strategie Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Allgemein ! Modellierung weiterer Pandemie-Verlauf -benötigte Kapazitäten (Wunsch Kanzleramt) (Dokument hier) 	<p>FG34 Matthias an der Heiden</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ! Auf Wunsch des Kanzleramtes hat Matthias an der Heiden eine neue Modellierung durchgeführt, die heute noch ans Kanzleramt geschickt werden soll. MadH hat die bestehende Modellierung aus dem Frühjahr dafür verwendet und an aktuelle Erkenntnisse angepasst. ! Die Berechnung ist eher konservativ und wurde mit einer IFR von 0,55% vorgenommen. ! In der Modellierung ist nicht berücksichtigt was passiert, wenn die Intensivbettenkapazität nicht ausreicht. Im Mittel wird für einen intensivpflichtigen COVID-19 Patienten 1 Bett für 14 Tage benötigt. Die Annahmen sollten genauer formuliert werden. Es sollte auch deutlich formuliert werden, dass der Verlauf in diesem Model nicht natürlich ist und das Verhalten der Bevölkerung wichtig ist, wie man beispielsweise im Frühjahr beobachten konnte. ! Grundannahmen sollten eher konservativ aufgestellt werden. Gibt es die Möglichkeit so etwas wie einen Sättigungsfaktor einzubauen, bzw. eine Grundimmunität hinzuzufügen? Sättigungsfaktor ist nicht sinnvoll, da Parameter unbekannt, allerdings sinken die Infektionszahlen, wenn etwas 2/3 der Bevölkerung infiziert sind. ! Die Infektionen breiten sich nicht ungebremst aus, da ja schon Maßnahmen vorhanden sind, wie könnte das in die Modellierung eingefügt werden? ! Vorschlag der Einführung einer 20-40%igen Kontaktminimierung. Dies sollte auf jeden Fall in die Limitationen aufgenommen werden. ! Zu beachten ist, dass die Modellierung für die Politik gedacht ist und nicht für die Bevölkerung, daher sollte in die Vorbemerkung eingebracht werden, dass die Bevölkerung nicht gleichmäßig betroffen ist. ! Wurde die Demografie Deutschlands bei der Modellierung berücksichtigt? ! Es sollte mitaufgenommen werden, dass von Lerneffekten ausgegangen werden kann. ! Weltweiter Lockdown zur Überbrückung bis Impfstoff verfügbar sinnvoll? <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Koordinierung eines weltweit zeitgleichen Lockdowns scheint nicht machbar. Zusätzlich wäre die Gefahr zahlreicher nachteiliger Nebeneffekte z.B. in der Lebensmittelverteilung aber auch in der Produktion und Verteilung der Impfstoffe sehr hoch einzuschätzen. ! Schutz vulnerabler Populationen <ul style="list-style-type: none"> ○ Abt.1 berichtet, dass aktuell Pflegeheime an Konzepten für den Infektionsschutz arbeiten und nach Erkenntnissen aus Ausbrüchen fragen, um diese einzuarbeiten. Wichtig wären Erkenntnisse zur Rolle von Besuchern, von Pflegekräften sowie zur Wiederaufnahme von Bewohnern. Hat das RKI Hinweise, die bei der Erarbeitung der Konzepte genutzt werden können? FG37 berichtet, dass es dazu 	
--	--	--

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>gerade eine Veröffentlichung vorbereitet.</p> <p>b) RKI-intern ! Nicht besprochen</p>	
8	<p>Dokumente ! Nicht besprochen</p>	
9	<p>Update Impfen (nur freitags) !</p>	FG33
10	<p>Labordiagnostik ! In der KW 43 wurden in ZBS 1 1.751 Proben bearbeitet, davon 289 (16,5%) pos. auf SARS-CoV-2 getestet. Im Vergleich zur Vorwoche ist die Probenanzahl mit 2.257 etwas geringer ZBS1 hat eine Anfrage der WHO erhalten Seren für eine Referenzpanel zur Verfügung zu stellen. 2 Labore haben der WHO Proben angeboten, allerdings eines nur zu Plasmaproben, sodass die Proben im WHO Referenzpanel nur aus Proben des RKI bestehen werden. ! 22 verschiedene Antigenteste wurden von ZBS und Partnerlaboren (n=6) getestet. Das BfArM stellt eine Liste der abrechenbaren Tests zur Verfügung. Auf die Liste werden alle Antigentests aufgenommen, die die Mindestkriterien erfüllen. Produkte auf der Liste des BfArM können entfernt werden, wenn das vom RKI hergestellte Probenpanel mit einem Test widersprüchliche Ergebnisse ergibt. Die von ZBS 1 getesteten Produkte sind teilweise sehr gut geeignet um Proben zu identifizieren, die ausreichend Virus enthalten, um in Zellkultur zu wachsen. Allerdings gab es auch einen Test, der nur 1 von 50 pos. Proben erkannte. Produkte, die bis jetzt nur von einem Labor getestet wurden, sollen noch mind. von einem weiteren Labor geprüft werden.</p>	ZBS1 FG17
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen</p>	IBBS
13	<p>Surveillance ! Corona-KiTa-Studie: Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren s. aktuelle Lage</p>	FG36
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) !</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) !</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p>	
17	<p>Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch 28.10.2020, 11:00 Uhr</p>	

--	--	--

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	28.10.2020, 11-13 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

Dürrwald

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG32/38
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
- ! FG33/ZIG
 - Luisa Denkel
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
- ! FG37

- Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
- ! P1
 - Mirjam Jenny
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! MF3
 - Nancy Erickson (Protokoll)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 43,6 Mio Fälle, 1,1 Mio Verstorbene (2,7%) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ○ USA an erster Stelle, alle Länder steigender Trend außer Indien ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ○ Statt 77 Ländern am Montag heute 81 Länder > 50; neu: Kanada, Malediven, Aserbaidshan und Serbien ○ EU/EWR/UK/CH: alle Länder > 50 außer Norwegen, Schweden, Finnland, Estland > 25 – 50 ! Australien: im gesamten Land sehr geringe Inzidenz (7T-Inzidenz/100.000 Ew: 0,5) Testrate/100.000 Ew/Woche: 1.043 (20. - 26.10.), Testpositivität: 0,1% ! Anstieg der Fälle Ende Juni / Anfang Juli in Melbourne, Victoria ausgehend vermutlich von „Quarantäne-Hotel“ -- > über Sicherheitspersonal in Bevölkerung getragen -- > dort Weiterverbreitung via Familienfeiern ! Maximale Anzahl der Fälle in Victoria: 687 neue Fälle / Tag (August 2020) ! Anstieg der Fälle in NSW, lokal begrenzte Cluster in NSW ! Seit 24.07. Restriktionen in NSW verschärft (v.a. Gastronomie) ! Eintrag der Fälle in Alten- und Pflegeheime ! Starke Reisebeschränkungen ! 14-Tage-Quarantäne (bei Einreise) in Quarantäne-Hotels ! Weiterer Verlauf: <ul style="list-style-type: none"> ○ “Testing blitz” in Melbourne (1 Woche: 100.000 Personen getestet) ○ Ausgangssperren in 10 Bezirken ○ Lockdown Großraum Melbourne 08.07.2020; Verlassen der Wohnung nur aus 4 Gründen möglich (Arbeit im med./pflegerischen Dienst, Sport, Einkauf, Arbeit/Studium sofern nicht von zu Hause aus 	ZIG / Luisa Denkel



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Schließung der Grenzen zwischen NSW und Victoria ○ Maskenpflicht im öffentlichen Raum (Melbourne / Shire of Mitchell) Ende Juli ○ Lockdown für Victoria Anfang August ○ Katastrophenzustand (bspw. nur 1 Pers. pro HH erlaubt einzukaufen, Arbeitsweg nur mit working permit von Arbeitgeber, bei Nichteinhaltung empfindliche Strafen) in Melbourne, Stage 4 (02.08. – 13.09.) und Victoria (02.08. – 11.10.), Stage 3 (stay at home); ○ Schließung der Grenzen zwischen NSW und Queensland ○ Allgemeine Maskenpflicht in Victoria <p>! Mitte September:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lockerung der Maßnahmen, z.B. Kita-, Outdoor-Pool-Öffnung Ende September ○ Weitere Lockerungen in Victoria und Melbourne (stay home, stay safe) ○ Weitere Lockerungen geplant den Fallzahlen entsprechend <p>! Zusammenfassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weiterhin drastische Zunahme neuer Fälle in Europa (ca. 50 % der Fälle weltweit) ○ Innerhalb der EU/EWR/GB/CH: nur noch Schweden, Norwegen, Estland und Finnland 7-Tages-Inzidenzen < 50 Neuinfektionen / 100.000 Einwohner ○ Langsame Rückkehr zur Normalität in Melbourne und Victoria, Australien nach wochenlangem Lockdown („Steps to COVID-19 normal“) ○ Am 24.10.: 137 lokal erworbene asymptomatische Fälle in der Region Xinjiang, China <p>! Diskussion zu Australien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Berichte zu Schwierigkeiten mit Compliance in Australien vorerst nicht ersichtlich, jedoch empfindlich hohe Bußgelder bei Non-Compliance ○ Trotz Lockdown und scharfen Maßnahmen sehr langwieriger Prozess bis Fallzahlrückgang, Gründe dafür vorerst nicht ersichtlich ○ Sehr klare Kommunikation bezüglich Einschränkungen und empfindliche Strafen <p>National Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <p>! SurvNet übermittelt: 464.239 bestätigte Fälle (+14.964), davon 10.183 (2,2 %) Todesfälle (+85), 7-Tage-Inzidenz 93,6 /100.000 Ew</p> <p>! ITS Fälle steigen stetig, aktuell 1.470 (+108)</p>	
		FG32 / Michaela Diercke

	<p>! R zwischen 1,2-1,4 (vom 27. und 26.10.); Zahlen vom 28.10. aufgrund eines Serverupdates heute erst später lieferbar</p> <p>! Anstieg der 7 Tage Inzidenz in jedem Bundesland deutlich, Abflachung bei einzelnen Ländern (bspw. Sachsen) höchstwahrscheinlich kein langfristiger Trend</p> <p>! 132 LK mit 7 Tage Inzidenz >100 Fällen/100.000 Ew; 166 LK >50-100 Fällen/100.000 Ew; 86 LK mit >25-50 Fälle/100.000 Ew</p> <p>! Inzidenz nach Altersgruppen und Meldewoche: weiterhin Altersgruppe (AG) von 15- bis 34-Jährigen höchste Fallzahl, gefolgt von AG der 35- bis 59-Jährigen, dritthöchste: AG der 80+ Jährigen, geringste Fallzahl bei den 0-4-Jährigen</p> <p>! Übermittelte Fälle nach Geschlecht sowie Anteil Hospitalisierung und Verstorbener: in KW 37 knapp 10.000 Fälle, in KW 43 über 73.000 (binnen 6 Wochen versiebenfacht), Alter der Fälle im Mittel leicht ansteigend (32 vs. 40), Männer und Frauen gleichermaßen betroffen, Anteil asymptomatischer Personen nimmt ab (mögliche Ursache: knappe Testkapazitäten -> vornehmlich erkrankte Personen oder ältere AG getestet), Anzahl hospitalisierter Personen angestiegen, Anteil Verstorbener ebenfalls</p> <p>! Current Mobility Monitor (https://www.covid-19-mobility.org/mobility-monitor/): nach Lockdown Rückgang um 39 %; Juni/Juli wieder bei 100 %, im Sept/Okt über dem Durchschnitt; aktuell erneuter Rückgang zu verzeichnen; vor allem im Nordosten aktuell noch starke Mobilität ersichtlich; ob ggf. saisonal bedingte Schwankungen im Modell berücksichtigt wurden unklar</p> <p>! Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteil Verstorbener auf erster Seite im Bericht ggf. mitaufzunehmen, aber: möglicherweise recht unklare Indikatorfunktion im Sinne der Kommunikation nach außen ○ Derzeit liegt zur Mitaufnahme der Inzidenz der AG der über 60-Jährigen Zustimmung seitens BMG vor ○ Indikator für Bevölkerungsgruppe mittleren Alters sinnvoller (da Risikobewusstsein hinsichtl. Erkrankungswahrscheinlichkeit bei älteren AG gegeben) ○ Vorschlag: Aufnahme der Anzahl schwer erkrankter Personen pro AG und Woche <p><i>To Do: Mitaufnahme des bereits zugestimmten Parameters (Inz. der AG 60+) in Lagebericht auf erste Seite, Mitaufnahme weiterer Parameter zur weiteren Abstimmung</i></p> <p>Syndromische Surveillance (Folien hier):</p> <p>! Grippeweb: bei Kindern ARE-Raten deutlich zurückgegangen, vermutlich aufgrund zweiwöchiger Herbstferien, bei Erwachsenen deutlich unter den letzten zwei Jahresmittel, Übertragungshemmung durch allgemeine Maßnahmen schlägt sich hier nieder</p>	<p>FG36 / Silke Buda</p>
--	--	------------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Konsultationsinzidenz ARE: anderes Bild, ab AG der 15-34-Jährigen Anstieg der Arztbesuche, bei 0-4-Jährigen eher Rückgang der ARE-Arztbesuche ! ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt): 43. KW 2020 ca. 1.500 Arztkonsultationen pro 100.000 Ew (auf Bevölkerung in Deutschland bezogen: Gesamtzahl von mehr als 1,2 Mio. ARE-Arztbesuchen) ! Überblick über Bundesländer BB, NRW, Bayern, BaWü: (COVID-Meldeinzidenz rechts und ARE-Arztbesuche links, jeweils pro 100.000 Einwohner; ARE Konsultations-Inzidenz gestrichelte, COVID Meldedaten durchgezogene Linien): insgesamt stark ansteigend, 15-34-Jährige weiter höchste Infektionen/Konsultationen ! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose: Anteil der COVID-Patienten an SARI weiter ansteigend, 42. KW bei 20 % ! Nach Altersgruppen: in 42. KW Anteil der COVID-Fälle an SARI: Höhe Anzahl SARI-Fälle bei Kindern, hoher Anteil an COVID-Fällen bei 15-34-Jährigen <p><i>To Do: vorletzte Folie (SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 42. KW - nach Altersgruppen) ggf. in Lagebericht mitaufnehmen, dazu visuell allgemein verständlichere Darstellung mit Mirjam Jenny besprechen</i></p> <p>Testkapazitäten und Testungen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anzahl der Testungen und Positivenanteile pro Woche – bundesweit: letzte 12 Wochen dargestellt, Positivenanteil (gestrichelt) bereits über 5 %, Testzahl geringe Abnahme; höchstes Niveau in Woche 41 erreicht ! Anzahl Testungen pro 100.00 Ew nach AG und KW: Vergleich KW 32 bis 43: Testzahl angestiegen v.a. in unteren AG, in älteren AG relativ konstant; derzeit v.a. > 80-Jährige und 15-34-Jährige getestet ! Positivenanteil nach AG und KW: am höchsten bei 15-bis 34-Jährigen, gefolgt von 35-59-Jährigen, paralleler Anstieg im Positivenanteil über alle AG hinweg (bis auf 0-4-Jährige) ! Aufschlüsselung Positivenanteil nach AG, Abnahmeort und KW: insgesamt steiler Anstieg zu verzeichnen, am stärksten in Arztpraxen, am wenigsten in Krankenhäusern (mutmaßliche Ursache: sehr hohe Testrate aufgrund der Vorgaben, ggf. „Ausdünnungseffekt“), „Andere“ = alle anderen Testzentren (Flughäfen, Zentren in Innenstädten, Altenheimen) ! Testverzug: Anzahl Tag(e) zwischen Abnahme und Test: derzeit keine maßgebliche Verzögerung, aber in Einzelfällen teils großer Verzug, Wartezeiten bis 5 Tage ! Diskussion: welche Bedeutung hat die Positivrate für das Gesundheitssystem? Erhalt der Testindikation als weiteren 	<p>FG 37 / Tim Eckmanns</p>
--	--	-------------------------------------

	<p>Parameter möglich? Testindikation über ARS schwierig zu erhalten, ggf. symptomatische Erfassung („symptomatisch“ vs. „andere Indikation“), Laborinformationssystem: Daten nicht hinterlegt</p> <p><i>To Do: Herr Mielke stellt hierzu weitere Nachforschungen an, ggf. Besprechung mit Herrn Müller</i></p> <p>Ausbreitung in DE und erste Auswertungen zum Infektionsumfeld bei Fällen (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Schreiben zu Limitationen der wöchentlich erfassten SARS-COV-2-Testzahlen (keine Vollerfassung vorliegend aufgrund der Freiwilligkeit der Angabe) ! Kritischer Schlusssatz „Dies kann, vorbehaltlich der datenschutzrechtlichen Prüfung, durch eine bundesweite elektronische Übermittlung der Daten über DEMIS ermöglicht werden.“ muss gestrichen werden, da entsprechender Passus des § 4 IfSG am heutigen Tage gestrichen wurde 	FG32/38 / Ute Rexroth
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	ZIG
3	<p>Update Digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Verschobener Bericht von Montag ! Weiterhin verschoben 	FG 21/ Patrick Schmich
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Am Montag aktualisiert, kein Bedarf 	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gezieltere Adressierung bestimmter Altersgruppen, Anschlussfähigkeit zu bereits vorhandenen Programmen, Adressierung von Multiplikatorennetzwerken ! Viele fremdsprachige Materialien bereits verfügbar, dennoch weiterhin häufig Unverständnis, Kontakt zu Ethnomedizinischem Zentrum Hannover bezgl. weiterer Streuung von Informationsmaterialien ! Erklärvideo aus Initialvideo „Zuhausebleiben“ soll erneut platziert werden ! Non-digitale KONA für best. Bevölkerungsgruppen als Lösungsmöglichkeit weiterhin von Bedeutung (Notizen zu Tagesende via Papier) ! Gesundheitsportal: Veröffentlichungen nur in Schnittmengen mit Fachbereichen abgestimmt, Problemaspekt bspw. der fehlenden spezifischen Korrelationsmöglichkeit von Symptomen mit bestimmter Infektionserkrankung ! Zur Symptomatik „Schnupfen“ bereits Vorlage vorhanden <p><i>To Do: Bitte an BzGA, sich mit dem Gesundheitsportal in Verbindung zu setzen, fachlich-wissenschaftlich mit dem RKI abgestimmte Aspekte sollten korrekt übernommen werden</i></p> <p><i>To Do: Bitte an Frau Buda und Herrn Haas, einen diesbezüglichen Text</i></p>	BZgA / Heidrun Thaiss



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><i>an Frau Thaiss weiterzuleiten</i></p> <p>Pressestelle: ! Keine Anmerkungen</p>	Presse
6	<p>Neues aus dem BMG ! Nicht besprochen</p>	
7	<p>Strategie Fragen a) Allgemein</p> <p>Kontaktpersonennachverfolgung ! Wie kann KONA noch differenzierbarer dargestellt werden? ! Cluster Priorität vor Einzelfällen; Häufung in vulnerablen Gruppen Priorität vor anderen Settings ! Berlin: seit gestern Allgemeinverfügung zu alternativer Vorgehensweise der KONA erlassen: hat eine Person Kenntnis ihrer Positivität, soll sich diese a) umgehend in Isolation begeben und b) selbstständig – ohne Anweisung des Gesundheitsamtes - mögliche KP informieren; Gesundheitsamt muss lediglich zwecks Erstattung hinsichtlich Erwerbsfähigkeit kontaktiert werden ! Allgemeinverfügung ebenfalls für Arbeitgeber relevant: sobald er von Positivität des Mitarbeitenden Kenntnis erlangt, sollte er zudem auch die in dessen räumlicher Nähe befindlichen Mitarbeitenden in Quarantäne schicken (hoch relevant für IBBS zur <i>in house</i> Umsetzung RKI) ! viel Verantwortung auf privaten bzw. Arbeitgeber-Bereich verlagert ! Fachgebiet arbeitet derzeit an einer für Laien verständlichen Aufbereitung der KONA</p> <p><i>To Do: Bitte an Frau Schulz-Weidhaas, die neu erlassene Allgemeinverfügung – fachlich-organisatorisch im Haus zu berücksichtigen</i></p> <p>! KONA-Papier soll laut Minister Spahn angepasst werden</p> <p><i>To Do: Seitens RKI fachlich hochrelevante Aspekte sollten proaktiv unter Zusammenarbeit der betreffenden FGs erarbeitet und bereits vorab herausgestellt werden, deadline möglichst Ende der Woche</i> <i>Vorschläge: als Grundvereinfachung Management des Medizinpersonals extrahieren und getrennt pflegen, Priorisierungskriterien grafisch um-/ausarbeiten, Kernaussagen auf einer Seite darstellen, EpiBull-Artikel kann mitaufgenommen werden (Entlastung für Familien und Arbeitgeber, klarere Strukturen bezüglich Prioritäten)</i></p> <p>Herausforderung fehlender Meldepflicht für Antigen-Tests</p>	<p>FG32/38 / Ute Rexroth</p> <p>FG32/38 / Michaela</p>

	<p>! Antigen-Tests: keine Meldepflicht durch die Länder eingeführt, Gefahr des Verlustes an Information und Überblick, praxisnahe Lösung dringend benötigt</p> <p>! Zu klärende Fragen: ab welchem konkreten Zeitpunkt und anhand welcher Modalität sollen die Antigen-Tests in der Meldestatistik erfasst werden?</p> <p>! Mögliche Lösungsvorschläge</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Antigen-Tests als Methode in der VO zu ergänzen (siehe BaWü) ○ Auflage, positive Antigen-Tests durch PCR-Tests bestätigen lassen zu müssen ○ Anpassung der Falldefinitionen („Verdachtsfall“) <p><i>To Do: Lösungsvorschläge müssen zeitnah diskutiert werden, die Zahlen werden jedoch höchstwahrscheinlich mit Einführung der Antigen-Tests an Vergleichbarkeit und Aussagekraft verlieren</i></p> <p>Votum der AG Labor / Testen zum effizienten Einsatz der der PCR-Testung auf SARS-CoV-2 (27.10.2020) (Dokument hier Markup hier)</p> <p>! Hinweis seitens Laboratorien zu den Limits der Testkapazität an Minister Spahn erfolgt</p> <p>! Auf Priorisierung innerhalb der nationalen Teststrategie soll hingewiesen werden</p> <p>! Änderung der Testkriterien ausgesprochen heikel, Differenzierung/Fokussierung von COVID-19 zu Symptomatik sehr bedacht vorzunehmen</p> <p>! Am 30.09. wurde abgestimmter Vorschlag ans Ministerium geschickt</p> <p>! Muss als klare Grundlage für Ärzte zur Durchführung der Tests und ihrer Priorisierung ins Flussschema übersetzt werden</p> <p><i>To Do: Vorstellung des Flussschemas und der Testkriterien am Freitag durch Stefan Krüger, Bitte um Zusendung vorab als Arbeitsversion an Martin Mielke zu Donnerstag</i></p> <p><i>Zielgruppe: Ärzte, ÖGD, Politiker – Testkriterien zu unterscheiden ggü. der allgemeinen Bevölkerung, klare Trennung nötig</i></p> <p>! Verhalten im Herbst/Winter – Papier dazu: noch keine Rückmeldung seitens Ministerium, ob dies publizierbar ist, Infopaket liegt bereits vor, seit Montag zudem Minister Spahn vorliegend, ist demnach noch nicht freizugeben</p> <p><i>To Do: Herr Schaade wird dazu Herrn Holthausen ansprechen</i></p> <p>RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Diercke</p> <p>FG32/38 / Ute Rexroth</p>
8	<p>Dokumente</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	!	
10	Labordiagnostik ! Erläuterung zur Bedeutung der Antigen-Tests und ihrer Interpretierbarkeit in Kooperation mit Mirjam Jenny erstellt, wird in der betreffenden AG des BMG vorgestellt ! Dr. Carsten (Kinderarzt, Mitglied der Mikrobiologischen Gesellschaft) verfügt über ein gutes Sentinelkonzept, hat diverse Antigen-Test bereits miteinander verglichen und mit Verläufen korreliert (Roche-Antigentest hierbei am vielversprechendsten)	FG17/ZBS1 Martin Mielke
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Nicht besprochen	
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen	
13	Surveillance ! Besprochen (siehe oben)	FG32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Am Freitag, FG38 ggf. vertreten durch Osamah Hamouda	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Im November/Dezember 2 bis 4 LÜKEX (Länder- und Ressortübergreifende Krisenmanagementübung)-Mitarbeitende für zwei Monate zu erwarten	FG38 / Maria an der Heiden
16	Wichtige Termine	
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Freitag, 30.10.2020, 11:00 Uhr	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	30.10.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	WebEx Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt.3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG38
 - Ulrike Grote
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1
 - Esther-Maria Antao
- ! Presse
 - Ronja Wenchel

- Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
- ! ZIG1
 - Luisa Denkel
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss

wird RKI-intern besprochen und entschieden

National

- ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](#))
 - SurvNet übermittelt: 499.694 (+18.681), davon 10.349 (2,1%) Todesfälle (+77), 7-Tages-Inzidenz 104,9/100.000 Einw., 7-Tage- $R_{\text{eff}}=1,2$
 - Inzidenzen: insgesamt bundesweit 105/100.00, am höchsten in HB, BE, HE, NW, insgesamt steigende Tendenz
 - Geografische Verteilung: Karte färbt sich zunehmend rot und dunkelrot, >3/4 aller Kreise haben Inzidenzen >50/100.000, nur noch 15 Kreise unter 25/100.000, die meisten Großstädte bis auf Leipzig >50/100.000, besonders betroffen Frankfurt, Bremen, Offenbach, München, Berliner Bezirke
 - Testungen (Datenstand 27.10.2020): weitere Zunahme
 - >1,3 Mio. in KW43, Anzahl positiv >5%
 - Labore kommen zunehmend an ihre Grenzen, Rückstau (starker Anstieg) liegt aktuell bei ca. 70.000 Proben, bei der Tagesleistung von 100.000 ist dies jedoch (noch) überschaubar
 - Auch innerhalb des RKI gibt es Materialknappheit
 - 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Kreisen (Heatmaps):
 - Ausbreitung von KW43 – KW44 von jüngeren auf ältere Gruppen
 - Es ist auch ein Anstieg bei 0-14-jährigen zu sehen,
 - Aus der mittleren Erwachsenengruppe zieht Situation in andere ältere und jüngere Altersgruppen, dies ist anders als bei Influenza
 - Keine klaren Muster, es gibt Kreise mit sehr hoher Inzidenz mit benachbarten mit niedriger Inzidenz! lokal (begrenzte) Häufungen
 - Angaben zu Quellen von Fallinformationen
 - Meistens aus KoNa, Testung/Reihenuntersuchung gefolgt von Verdachtsmeldungen
 - Testung/Reihenuntersuchung unterteilt in diverse Kategorien (Reiserückkehrer Risikogebiete, Krankenhausaufnahme, usw.)
 - Über CWA wir nur geringe Anzahl von Fällen bekannt
 - Aus Meldedaten sind noch mehr Informationen verfügbar, weitere Bündelung und Kommunikation wird diskutiert
- ! Amtshilfeersuchen Offenbach
 - Erhöhte Inzidenz und sehr umfassende Dateneingabe, inklusive KoNa-Daten in SurvNet
 - RKI wird um wissenschaftliche Aufarbeitung gebeten



VS – NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Team wird aktuell zusammengestellt und Anfrage soll voraussichtlich nächste Woche bedient werden 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Viele Leute sind aktuell in Einsatzgeschehen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Namibiaeinsatz endet heute ○ 2 Personen sind aktuell auf Lesbos um das European Mobile Lab zu unterstützen ○ 1 Person reist mit der SEEG nach Honduras zu unterstützen ○ Eine Nachfolgemission zur klinischen Unterstützung nach Usbekistan ist in Planung ○ Einsätze zahlreich und divers - spiegelt das dynamische Geschehen wider ! Gestern Hilfeersuchen um Unterstützung von Intensivmedizin und Labor aus der tschechischen Republik: Teams sollen mobilisiert werden ! BMG wurde letzte Woche gebeten die Deadline für Corona-Global-Anträge zu verlängern, nun bis Mitte November 	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mit steigenden Fallzahlen zunehmende Fragen zu <ul style="list-style-type: none"> ○ Verhalten bei positiv-Testung ○ Handhabe bei Status KP I oder II, dies soll noch deutlicher dargestellt werden ○ Häuslicher Quarantäne ! Außerdem Überarbeitung Infos zu KoNa-Management, hierzu erstellt RKI auch gerade neue Dokumente, diese werden im Anschluss mit BZgA abgestimmt (s. unter Dokumente), dies ist wichtig, um mit einer Stimme zu sprechen <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Angriff auf RKI-Internetseite letzte Woche <ul style="list-style-type: none"> ○ Alles ist nun wieder normal, Angriff betraf einen Tag ○ Erhöhte Sicherheitsvorkehrungen werden aufrechterhalten um erneuten Angriff zu vermeiden: wenn zu viele Aktionen auf der Webseite kurz hintereinander erfolgen muss ein Captcha gelöst werden, dies verhindert auch Bots von deutschen IP-Adressen 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn Captchas zu häufig erscheinen, gerne Presse informieren 	
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen <p>b) RKI-intern</p> <p>Erklärung zu sinkenden R-Werten für heutigen Lagebericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Textvorschlag hierfür wurde entwickelt (hier) da das leichte Absinken des R-Wertes zu Nachfragen geführt hat ! Nachfrage R-Kalkulation: Müsste diese noch stärker bezüglich der Verzögerung der Testung angepasst werden? Wird diese aktuell realistisch abgebildet? <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Das Nowcasting berücksichtigt täglich Änderungen in der Es wird eine feste Verzögerung zwischen Fallübermittlung Erkrankungsbeginn und Übermittlung des Falls Fallankunft am an das RKI benutzt</u> ○ <u>Annahme ist dennoch, dass die Verzögerung bei den Nachmeldungen der nächsten Tage so bleiben wie sie zuletzt (grob: in den letzten 7 Tagen) waren.</u> ! <u>Dieser Wert ändert sich und wird nicht täglich angepasst</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vor kurzem wurde dies geprüft: es gibt <u>im Moment keine deutliche Veränderung im Meldeverzug, und keine Unterscheidung zwischen Bundesländern oder im Zeitverlauf</u> ○ Dies wird beobachtet und bei Bedarf im Berechnungsverfahren angepasst ! <u>4-Tage-R-Wert unterliegt wöchentlichen Schwankungen, wird daher nur aus historischen Gründen berichtet geht im Sägezahnmuster rauf und runter</u> ! <u>7-Tage-R-Wert gleicht sollte diese Effekte eigentlich ausgleichen zeigt aber dennoch - auch leichte wöchentliche Wellenbewegungen. Dies könnte durch Berücksichtigung der Wochentags-Abhängigkeit korrigiert werden. Das setzt allerdings eine hinreichend hohe Zahl von Meldungen mit Angabe zum Erkrankungsbeginn voraus</u> ! <u>Wichtige Umformulierung: Regel: nicht jeder Ein R-Wert >1</u> bedeutet exponentielles Wachstum ! <u>Aktuell ein leichtes Indiz für eine Verlangsamung der Dynamik! dies sollte jedoch nicht so vermittelt werden um die neuen Maßnahmen nicht in Frage zu stellen, zumal wir uns nicht sicher sein können, wie die Tendenz sich weiterentwickelt</u> ! <u>Die Bevölkerung hat bereits vor dem Lockdown in Eigeninitiative Maßnahmen umgesetzt und Bewegungen eingeschränkt, nimmt von sich aus vorweg, was Politik entschieden hat</u> 	



	<p>! Auch der ARE-Wert liegt jetzt noch deutlich unter dem der Vorjahre, Übertragung respiratorischer Erreger ist aktuell deutlich niedriger als sonst</p> <p>! Leichte Textanpassungen und die letzten zwei Absätze werden gestrichen und die Lage zunächst weiter beobachtet</p> <p><i>ToDo: LZ passt Erklärung zu R-Werten an und integriert sie in Lagebericht</i></p>	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <p>Kontaktpersonennachverfolgung</p> <p>! Die vorhandenen Empfehlungen und Dokumente sollen aktualisiert werden, Zielsetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definition von Prioritäten in Situationen hoher GA-Belastung - Verschlankung und breiteres verständlich Machen <p>! Hierfür wurden drei Dokumente besprochen:</p> <p>! 1 – Orientierungshilfe (hier und hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einstiegsdokument: richtet sich an ÄrztInnen und GA sowie betroffene Personen, Allgemeinbevölkerung, entsprechend Quarantäneflyern ○ Wurde auf Minimum reduziert <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adressaten ▪ Ziele ▪ Prioritäten ▪ Schritte: Fallbefragung=1. Schritt der Aufgaben des GA ▪ Definition/Feststellung von Situationen mit hohem Ausbreitungspotential (Abstand/Kontext/Zeitraum) – Triage durch GA (auch ggf. durch CS) – bei geringem potential nur Informationsweitergabe, kann auch delegiert werden (z.B. durch Fall selber) ▪ Zeiträume Nachverfolgung, Dauer Isolierung und Quarantäne ○ Soll für jede Person verständlich sein, Kerninformationen werden grafisch aufgearbeitet, Infografik bereits in Arbeit und Abstimmung ○ Kommentare/Verbesserungsvorschläge <ul style="list-style-type: none"> ▪ Begriff „Schritte“ durch „Vorgehen“ ersetzen (Präs) ▪ Unterüberschrift lässt vermuten, dass die Ärzte Kontaktpersonenmanagement machen sollen ○ Für die, die mehr wissen müssen/wollen – Verlinkung zu ! <p>! 2- Ausführliche Arbeitsmaterialien zu KoNa-Management (hier)</p>	

- Lange Version für die, die dies für ihre Arbeit benötigen
- Wurde verschlankt, KP III (medizinisches Personal) wurde komplett herausgenommen und wird von FG37 in eigenem Dokument zusammen mit notwendigen institutionellen Vorbereitungen bearbeitet (Personal, Flussdiagramm, usw.)
- Hier nur noch KP I und II, inklusive Beispiele und Fragen, zu denen Konzepte entwickelt wurden
- Haushaltsquarantäne wurde aufgenommen
- Ansonsten keine Änderungen

! 3 - Illustration zu Kontaktarten ([hier](#))

- Richtet sich an Ärzteschaft und Allgemeinbevölkerung
- Bilder können als Ergänzung zum Text platziert werden
- Abgebildete Szenarien sind alle schon im Text vorhanden (lediglich grafische Ergänzung)
- Anhand der grafischen Umsetzung soll interessierte Bevölkerung nachvollziehen können, was das GA macht (ohne selber involviert zu sein), Zielgruppe sind nicht GA, z.B. machen auch große Betriebe ihre eigene KoNa
- Erste Folien sind gut und als Piktogramme selbstredend, grafisch umgesetzte Situationen sollten sich auf wenige, grundlegende fokussieren
- Je mehr Text, desto weniger hilfreich
- Auch Abstimmung/Arbeitsauftrag für BZgA

! Wann wird KoNa Papier für KP III fertig?

! FG37 arbeitet daran, Konzept und Inhalte stehen, grafische Finalisierung noch zu erledigen

ToDo: Fertigstellung der folgenden KoNa-Dokumente

- 1 Orientierungshilfe – FG36/IBBS
- 2 ausführliche Empfehlungen – FG36
- 3 Infografik- P1/FG36
- 4 Papier KP III – F37

Testkriterien ([hier](#))- Strategie-Anpassungen für Winter ([hier](#))

- ! Viele Aspekte sind aus den Testkriterien für Schulen bekannt
- ! Spezifizieren Kriterien, Symptome oder Eigenschaften für eine Testindikation, z.B. Risikogruppe, medizinisches Personal, Veranstaltungen, Cluster, erhöhte Inzidenz, vorwärtsgerichteter Kontakt zu vielen Menschen, usw.
- ! Fall-basiertes nicht-Testen: Schnupfen und Halsschmerzen sind keine COVID-19-Hinweise aber auch nicht als Symptome auszuschließen! Isolation zu Hause bis 48h nach Symptomfreiheit empfehlenswert
- ! Terminologie: nicht „vulnerable“ Gruppe da dies eher soziologisch belegt ist, stattdessen Risikogruppe (medizinische Disposition)
- ! Inhalte stehen, redaktionelle Updates erfolgen noch



VS – NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! BMG war grafische Aufbereitung wichtig, ist aktuell in Detail-Abstimmung ! Maßnahme Kontaktreduktion muss stets bestehen bleiben, da ggf. keine häusliche Isolierung angeordnet wird ! Erklärung der Strategie-Ergänzung für den Winter: alle respiratorischen Erkrankungen die ggf. zu unnötigen Nachverfolgungen führen könnten sollen geringer werden dadurch, dass die erkrankten nicht in der Öffentlichkeit auftreten, Erklärung des kollektiven Gewinnes trotz der individuellen Last ! Sollte unbedingt als begleitende Strategieergänzung publiziert werden ! BMG Wunsch: Minister ist nächste Woche zurück und möchte sofort Pressearbeit leisten, Thema Testungen und Empfehlungen für Ärzte sollen genutzt werden, BMG möchte diese Informationen an KBV senden und an Ärzte bringen (kassenärztliche Vereinigungen) <p><i>ToDo: Paket mit Flussdiagramm Testkriterien und Strategieergänzung für den Winter und o.g. Text Orientierungshilfe KoNa an Präs zur Weiterleitung ans BMG (IBBS und FG36) <u>erledigt</u></i></p>	
9	<p>Update Impfung (nur freitags)</p> <p>Letzter Stand zur Impfung (hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Laufende Studien <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 Impfstoffe wurden bei EMA eingereicht ○ 1. Ergebnisse der Phase III Studien werden im Laufe des Novembers erwartet ○ Wenn positiv, könnte Zulassung innerhalb von 2-6 Wochen erfolgen, dann wären sie Anfang 2021 verfügbar ○ 1. BioNTech/Pfizer: 2 Dosen. Lagerung bei -70 (...), Lösemittel zur Herstellung notwendig, 5 Dosen pro Behältnis ○ 2. Oxford/AstraZeneca: voraussichtlich 2 Dosen (ob eine genügt wird aktuell getestet), Lagerung bei 2-8 ! STIKO Empfehlung <ul style="list-style-type: none"> ○ 1. Priorisierung ethischer Leitfanden in Endabstimmung, wurde in Videokonferenz Minister vorgestellt, zu klären ist Verfassungsschutzanfrage zur Notwendigkeit parlamentarischer Absegnung, dass priorisiert werden darf (mögliche Klagen von interessierten die nicht priorisiert sind aber geimpft werden wollen) ○ 2. Empfehlung: Zuständigkeit bleibt bei STIKO, Orientierung am ethischen Leitfanden, dringender Bedarf für Planung der Massenimpfungen durch BL, auch Ministerium möchte erste Empfehlung im Laufe des Novembers, STIKO möchte ungern so ohne Phase III Studienergebnisse Empfehlungen verfassen 	

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aktuelle Diskussion: Personen in Alten- und Pflegeheimen, Personen ab 80, Risikogruppen mit besonderen Expositionen, noch nicht abgeschlossen ○ STIKO plant „living guideline“ und “living systematic review”, update z.B. alle 2 Wochen bzw. abhängig von Triggern (neue Impfstoffe, Indikationen, usw.) ! Diverse Punkte: <ul style="list-style-type: none"> ○ Einführung/Verabreichung in BL: wöchentliche AGI TK hierzu mit BMG, PEI, BZgA, Diskussion zum Ort der Impfung, mehrheitlich werden Impfstellen präferiert, NRW will Impfung ins Regelsystem integrieren, ggf. in Apotheken und Einzelimpfdosen, es wird noch viel Diskussion geben ○ Besorgung: BMG zuständig über EU Joint Procurement, maximal 60 Lieferstandorte pro BL, läuft auch mit/über Bundeswehr und dann ist es Verantwortung der BL, Verteilung nach Bevölkerungsanteil, kein Extrakontingent für den Bund ○ Es bestehen noch viele Unsicherheiten und Fragen zu Mengen, Personal, Dokumentation, Impfquoten, usw., aber alles soll zum 1. Januar bereit sein ○ RKI ist zuständig für das Impfquoten Monitoring (FF: FG31 Leitung, technisch, FG33 inhaltlich) ○ Impfabzeptanz: auch in COSMO beinhaltet, 53% der Bevölkerung würden sich impfen lassen, niedrigste Akzeptanz bei HCW, RKI plant zweiwöchentliche Surveys zu Impfquote und -akzeptanz ○ Kontakt-verhalten: KOMMI-projekt seit Mai, Modellierung, Altersgruppen zu Hause, Schule, Arbeit Transport ! Frage: Wirksamkeit bei >80-jährigen? Hierzu ist noch nichts bekannt, soweit suggerieren die vorhandenen Daten eine relativ gute Immunantwort (auch in Modellierung), selbst bei Impfwirksamkeit von 20% werden viele Todesfälle vermieden ! Aktuell gibt es noch keine Hinweise auf Krankheitsenhancement durch COVID-19-Impfung 	
<p>10</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es wird versucht, die GA auf geringere Probenzahlen herunterzuhandeln, letzte Woche waren es 500 mehr ! In ersten 4 Tagen diese Woche wurden 1.800 GA-Proben analysiert, Positivrate liegt bei 20% <p>FG17</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Über die virologische AGI Surveillance gab es 204 Einsendungen, 5 waren SARS-CoV-2 positiv, 94 zeigten Rhinoviren, ansonsten keine weiteren respiratorischen Erreger 	<p>ZBS1</p> <p>FG17</p>
<p>11</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	<p>IBBS</p>



12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Aktueller Stand zu den Containment Scouts (CS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gab einen BMG-Erlass 1500 neue CS einzustellen, ein Aufstockungsantrag hierfür ist beinahe fertig ! Voraussichtlich werden es nicht 1.500 sondern eventuell 1.000, ca. 600 über BVA, 400 über die GA direkt via Einstellung über BVA rekrutiert ! Dies wurde gestern mit den BL besprochen und wird nun in die Wege geleitet ! Bewilligungsbescheid liegt noch nicht vor aber Vorbereitungen laufen parallel damit bald (Ende Nov/Dez) die neuen CS zur Verfügung stehen <p>Sprachregelung zur Verwendung von FFP2-Masken im privaten Bereich (hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kurzes Dokument zu dieser Fragestellung wurde primär für den internen Gebrauch vorbereitet, anhand der Argumente die letzte Woche ausgetauscht wurden: <ul style="list-style-type: none"> ○ FFP2-Masken sind eine Maßnahme des Arbeitsschutzes ○ Wenn Personen nicht geschult/qualifiziertes Personal sind, haben FFP2 Masken bei nicht korrekter Anpassung und Benutzung keinen Mehrwert ○ Nutzung von FFP2-Masken sollten auf keinen Fall dazu führen, dass andere Maßnahmen (Abstand, Lüftung) vernachlässigt oder außer Kraft gesetzt werden (z.B. keine volle Besetzung eines Raumes) ○ Hinweis, dass ein mögliches Knappwerden der Masken für die eigentlich intendierten Benutzer (medizinischer Bereich) absolut zu vermeiden ist ! Es gibt Forderungen nach Konzepten zum Schutz von Risikogruppen (Gérard Krause fordert im Spiegel Interview (hier) weite Nutzung von FFP2-Masken, kassenärztliche Vereinigung) und Frage warum RKI nicht breiten Einsatz empfiehlt ! Diese Forderung ist nicht evidenzbasiert ! Eine offensivere Kommunikation wäre sinnvoll um transparent zu machen, warum RKI dies nicht empfiehlt ! Die Einschränkungen sind im Dokument klar dargestellt und es gibt keine Evidenz für die Nutzung von FFP2-Masken außerhalb des Arbeitsschutzes, dies könnte auch für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden ! Tim Eckmanns van von Hygienikern klare Zustimmung und Unterstützung der RKI-Position erhalten, eine öffentliche Stellungnahme durch Hygieniker/Fachgesellschaft hierzu wäre sehr wünschenswert aber nicht sicher/wahrscheinlich ! Für gesunden jungen Menschen ist passende FFP2-Maske wegen des erheblichen Atemwegwiderstandes unangenehm zu
-----------	--

	<p>tragen, dies ist Pflegeheimbewohnern nicht zuzumuten</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bisherige Studien zur Wirksamkeit von FFP2-Masken sind daran gescheitert, dass Masken nicht oder nicht korrekt getragen wurden, ihr Nutzen sollte auf Arbeitsschutz von Personen die mit infektiösen Patienten arbeiten begrenzt bleiben ! Die Evidenzlage soll neben den theoretischen Überlegungen berücksichtigt werden ! Eine weitere Abstimmungsrunde des Textes und dann als FAQ auf die webseite <p><i>ToDo: Krisenstabsmitglieder sollen FG14-Dokument bis Mittwoch nächste Woche kommentieren, anschließend wird es in Form von FAQ auf der RKI-Webseite publiziert [ID 2063]</i></p>	
13	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG32/FG35
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Neue Risikogebiete gehen heute online 	LZ
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) Befragung zum RKI-internen Lagemanagement während der COVID-19-Pandemie</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Befragung lief 01.-14.10.2020, Ergebnisse werden jetzt ausgewertet und demnächst im Krisenstab präsentiert 	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	alle
17	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Montag, 02.11.2020, 13:00 Uhr, via WebEx 	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	02.11.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Wolfgang Scheida
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Matthias an der Heiden
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Stefan Kröger
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth



- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Claudia Schulz-Weidhaas



- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Livia Schrick
- ! ZIG1
 - Luisa Denkel
 - Sandra Beermann
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Christophe Bayer



	<p>gekommen, ca. 100.000 Fälle bisher.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. Welle im Frühjahr, 2. Welle seit Juni, hauptsächlich in den großen Städten. ▪ Gründe: Japan hat relativ früh nationalen Notstand ausgerufen. Der frühe Zeitpunkt des 1. Lockdown (u.a. durch die Erfahrungen mit der Diamond Princess) war hilfreich, außerdem die starke Compliance der Bevölkerung. <p><i>ToDo: ZIG bereitet mehr zu Maßnahmen in Japan für Mittwoch vor.</i></p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 545.027 (+12.097), davon 10.530 (1,9%) Todesfälle (+49), 7-Tages-Inzidenz 120,1/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=1,07; 7-Tage-R=1,04 ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> ▪ In allen BL ansteigender Trend ▪ Höchste Inzidenzen weiterhin in Bremen, Berlin, Hessen, Saarland, NRW und Bayern. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Karte färbt sich immer röter, Skala soll erweitert werden ▪ In Marburg-Biedenkopf wurden Fälle doppelt erfasst. Die Inzidenz ist trotzdem relativ hoch. ○ Altersgruppenspezifische Inzidenzen für hospitalisierte Fälle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Inzidenz steigt am stärksten bei > 80 Jährigen an, gefolgt von 60-79 Jährigen. ○ Hospitalisierte Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche <ul style="list-style-type: none"> ▪ 60-79 Jährige haben den größten Anteil an Hospitalisierten. Es ist auch eine nicht unwesentliche Anzahl von 35-59 Jährigen hospitalisiert. Diese fallen in den Inzidenzen nicht so auf. ○ DIVI-Intensivregister <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die DIVI-Skala ist relativ hell; zu beachten ist, dass die Skala sich täglich an die Werte anpasst, sodass ein 	
--	---	--



	<p>Vergleich der Abbildung nach Farbtönen nicht möglich ist. Im Westen und Süden werden mehr Fälle auf Intensivstationen betreut, im Nord-Osten ist die Anzahl von COVID -Fällen relativ gering.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insgesamt steigt die Anzahl. ○ Monatliche COVID-19 Todesfälle pro 100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzidenzen sind bei > 90 Jährigen wieder am höchsten. Bei 80-89 Jährigen steigen Inzidenzen wieder an. ○ Vergleichsdaten von Blutspendern miteinzubeziehen wäre sinnvoll. ○ Inwieweit wird im DIVI-Register die reale Situation abgebildet? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetzliche Vorgabe ist, es sollen nur betreibbare Ressourcen angegeben werden. Personal, Geräte und räumliche Ressourcen müssen vorhanden sein. Voraussetzung ist, dass elektive Operationen wieder verschoben werden. <p><i>ToDo: DIVI-Register Team soll diesem Punkt nochmal nachgehen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gehen die Inzidenzen in jedem LK nur nach oben oder gehen in einigen LK die Zahlen wieder zurück? ○ Ist es möglich in einer Karte die 7-Tagesinzidenzen und die DIVI Karte übereinander zu legen und so auch einen Indikator für die Schwere miteinbeziehen, im Moment nur für den Krisenstab zur Diskussion? ○ Handelt es sich bei den > 80 Jährigen um Heimpatienten oder auch um im eigenen HH lebende Personen. <p><i>ToDo: Soll am Mittwoch vorgestellt werden, FF M. Diercke.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sollte die Bewertung in Community transmission geändert werden? Diese Entscheidung sollte nicht übereilt getroffen werden, hierfür muss ein guter Grund gegeben sein. ○ Das ESRI Aktualisierungsproblem ist gelöst, ein schnellerer Server ist beantragt und bald einsetzbar. Die Aktualisierung findet über Nacht statt. Der Bildschirm soll schwarz sein, bis alle Daten aktualisiert sind, dann entstehen keine Missverständnisse durch die zeitversetzte Aktualisierung der Daten. Wird diese Woche mit ESRI geklärt. 	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen</p>	
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p>	



	<p>! Neuheiten zur CWA (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Symptom-Tagebuch. Positiv getestete Personen können erfassen, ob Symptome vorlagen (ja-nein) und wenn ja, wann Symptombeginn war (keine Erfassung der exakten Symptome). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Moment werden alle informiert, die in den letzten 10 Tagen mit der pos. getesteten Person Kontakt hatten. ▪ Ziel ist eine Verbesserung der Risikobewertung, eine adaptierte und verbesserte Berechnung der Risikobegegnungen. ○ Austausch von Schlüsseln mit anderen internationalen Apps <ul style="list-style-type: none"> ▪ FF EU Kommission, Ziel: sicherer Informationsaustausch ▪ Bisher findet ein Schlüsselaustausch mit anderen Ländern mit dezentralem System statt: Dänemark, Irland, Italien, Kroatien und Tschechien. ○ Internationaler Austausch und Beratung <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit EU-Kommission, ECDC, WHO EURO und diversen Ländern mit ähnlichen Apps ▪ zum Teil Wunsch nach fachlicher und technischer Beratung ▪ Austausch mit Hr. Lauterbach und anderen Kollegen. Dieser dient eher dem Erwartungsmanagement, da vom BMG keine Gelder für weitere Funktionalitäten eingeplant wurden. ▪ Kontakttagebuch als zusätzliche Funktion ist einer der Verbesserungsvorschläge, wurde vom BMG noch nicht entschieden. 	<p>ZIG1 (Sandra Beermann)</p>
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Anpassungsbedarf.</p>	<p>Alle</p>
<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Letzte Woche viele Mails zu Maskenfragen bei Kindern, diese Woche Beschwerden wegen fehlendem Grippeimpfstoff</p> <p>Presse</p> <p>! Am Dienstag, den 03.01.11. findet eine Bundespressekonferenz mit Beteiligung von Hr. Schaade und dem Minister statt.</p> <p>! Hr. Schaade soll eine Einordnung der Lage leisten, im Sinne von „Wie schlimm ist es und woher wissen wir das?“. Hierfür dürfen nicht nur Meldezahlen betrachtet werden, sondern müssen auch andere Kriterien miteinbezogen werden. Die veränderten Testkriterien, die vom Minister am Wochenende freigegeben wurden, sollen kommuniziert werden.</p> <p>! Die Botschaft, dass nicht alle mit ARE nicht getestet werden,</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



	<p>sondern 5 + 2 Tage zu Hause bleiben sollen, könnte morgen veröffentlicht werden.</p> <p><i>ToDo: Abstimmung der Testkriterien zur Veröffentlichung mit Hr. Degen (BMG), außerdem Frage nach Vorschlag zum Home Office, FF Lagezentrum</i></p> <p>! Konzepte für Schutz von Risikogruppen hat RKI im Fokus. Einzig möglicher Schutz ist, dass die Zahlen niedrig bleiben. Bei Nachfragen kann sich Hr. Schaade dazu äußern, ist aber nicht als sein Thema vorgesehen. Falls Fragen zu FFP2-Masken für Risikogruppen kommen: diese können den Risikogruppen nicht auf Dauer zugemutet werden. Sind nur für die unmittelbare, medizinische Arbeit vor Ort und für einen begrenzten Zeitraum gedacht (nach 75 Minuten Tragen sollte eine 30-minütige Pause eingelegt werden).</p>	
<p>6</p>	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>BMG-Liaison</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Erklärung zum sinkenden R-Wert (Vorschläge hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ R-Wert geht zurück, aber R-Werte knapp >1 bedeuten immer noch exponentielles Wachstum, wenn auch langsamer als zuvor. ○ Wird der Dunkelzifferbereich größer? Kann nicht ausgeschlossen werden, ist aber nicht primäre Erklärung. Spielen regionale Engpässe in der Testung eine Rolle? Sollte an diesem Punkt nicht näher diskutiert werden, der Patientenanstieg auf ITS ist relevanter. ○ Für eine Beschreibung spricht, dass der rückläufige R-Wert nicht als rückläufiger Trend interpretiert werden sollte. Im Moment gibt es keinen Anlass zur Entwarnung. ○ „Exponentieller“ Anstieg kann auch missinterpretiert werden. Exponentieller Anstieg ist nicht gleichbedeutend mit schnellem Anstieg. ○ Kommentierung des R-Wert ist zum aktuellen Zeitpunkt schwierig, besser sollte auf Effekte des Teil-Lockdowns gewartet und die Interpretation auf später verschoben werden. ○ Einigung auf: „Die berichteten R-Werte liegen seit Anfang Oktober stabil deutlich über 1. In den letzten Tagen hat der 	<p>AL3 / Matthias an der Heiden / Alle</p>



	<p>R-Wert leicht abgenommen, liegt aber weiter über 1. Das bedeutet, dass die Anzahl der neuen COVID-19 Fälle weiterhin zunimmt.“</p> <p>! Wäre es möglich MA, die im Lagezentrum arbeiten, niedrigschwellig zu testen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ist nicht möglich. Nur wenn es einen Hinweis auf eine Exposition am Arbeitsplatz gibt, kann im Haus getestet werden. Eine Testung darüber hinaus wäre nur möglich, wenn bestimmte Bereiche als krisenrelevant ausgewiesen werden. Alle MA mit respiratorischen Symptomen sollen zu Hause bleiben. Das RKI muss sich an seine eigenen Empfehlungen halten. Bei beruflicher Exposition wird am RKI getestet, sonst nicht. 	
8	<p>Dokumente</p> <p>! Anpassung Abb. 1 im Lagebericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Karte wird zunehmend dunkelrot, Skala weist als Maximalkategorie > 100 aus. Es soll eine Differenzierung mehr, >200, ausgewiesen werden. Die Farbe hellgrün (keine Fälle) könnte aus Legende entfernt werden. ○ Eine Erweiterung der Skala stößt auch allgemeine Zustimmung, umstritten ist, ob hellgrün aus der Legende entfernt werden soll. 	Abt. 3
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In der KW 44 gingen 2.785 Proben ein, davon waren 553 positiv auf SARS-CoV-2. <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Von 86 Proben waren 36 pos. auf Rhinoviren; 3 auf SARS-CoV-2. ○ Motivationsschreiben wurde auf den Weg gebracht. <p>! Hr. Mielke war am Freitag im Labor 28, diese vergleichen Labor-Antigenteste. Das Ranking von Antigentesten wird zunehmend einfacher. Die Antigenteste können durchaus eine Bereicherung für die Kapazität der PCR-Teste sein.</p> <p>! Eine Masterliste mit einer Übersicht über Einrichtungen, die SARS-CoV-2 Teste durchführen, wird in Abt. 1 geführt. Es gibt eine Übersicht auf den Seiten der KV, wo man sich testen lassen kann. Es gibt Testzentren, die nur Proben abnehmen und solche, die auch Teste durchführen.</p> <p><i>ToDo: Bitte um Weitergabe der über die ARS-Schnittstelle erfassten Parameter an Hr. Mielke, FF Fr. Abu Sin ! erledigt</i></p> <p>! Könnten Testzentren auch als Impfstellen fungieren? Ist logistisch schwierig, da sich dann symptomatische und zu impfenden Personen an einer Stelle treffen würden.</p>	ZBS1 FG17 AL1



	<ul style="list-style-type: none"> ! Beide Aspekte sollten getrennt werden. Sinnvoll wäre analog zu Schwerpunktpraxen für Testung, solche für Impfung zu generieren. ! Es gibt viele unterschiedliche Pläne in den einzelnen BL, noch ist sehr viel im Fluss, AP ist Ole Wichmann. ! Kann nicht von Influenzapandemie-Impfplan verwendet werden? Der Impfstoff muss bei -80 Grad gelagert und frisch zubereitet werden und ist dann nicht lange haltbar. Viel Information liegt noch nicht vor. ! Wurde in AGI schon ausführlich diskutiert, auch schon diverse Gespräche mit KV und KBV. Es wäre eher kontraproduktiv, wenn jetzt noch weitere Ideen vom RKI kämen. 	
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frankreich hat angefragt, ob 40 Patienten in deutsche KH verlegt werden können. <ul style="list-style-type: none"> o Es gibt hierzu ein mit den Ländern abgestimmtes Verfahren, Koordinierung findet über RKI statt. o 6 Bundesländer, die hierfür besonders geeignet wären, sollen gesondert gefragt werden. ! Die eigentlich betreibbaren Betten im DIVI-Register sind nicht real. Viele KH kommen an ihre Kapazitätsgrenzen, obwohl noch freie Betten angezeigt werden. Ein Grund ist vermutlich, dass Betten finanziell entlohnt werden. DIVI hat hier nachgesteuert. 	IBBS
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
13	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Corona-KiTa-Studie (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> o GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARE spielt weiterhin eine Rolle, aber unter Niveau der Vorjahre o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg in allen Gruppen, flacher in jungen Altersgruppen. Die Inzidenz bei 15-20 Jährigen liegt über der Inzidenz der > 20 Jährigen, die anderen Altersgruppen darunter. Der Anteil der Fälle bei 15-20 Jährigen nimmt kontinuierlich ab und ist beim Rest konstant. o Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> ▪ 35 neue, eher kleinere Ausbrüche ▪ Größere Geschehen nur in BY mit jeweils 9 und in RP mit 8 Fällen. ▪ Weiterhin 38 Ausbrüche, die nur ältere Jugendliche betreffen. o Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> ▪ In vielen BL waren Herbstferien. Anzahl der Ausbrüche ging zurück, Zahl der Betroffenen ist nicht so stark rückläufig. ▪ Größte Geschehen in BY mit 22 bzw. 20 Fällen, in MV und SH mit 10 Fällen 	FG36 (Walter Haas)



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ältere Kinder (11-14 und 15-20 Jahre) stehen im Vordergrund. ▪ Ob ein Eintrag in die Schulen über Erwachsene oder ältere Jugendliche stattfindet, ist nicht bekannt. ○ COALA-Studie in Lübeck und Berlin gestartet. Testergebnisse sind bisher alle negativ in Lübeck. Ursprünglich war eine Kontaktaufnahme über GA geplant, die Information wurde dann aber über sehr engagierte Elternvertreter weitergegeben. 	FG24
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Wegen ausgelasteter Server zunehmend Probleme im LZ mit Outlook, auch Team Internationales zeitweise kaum arbeitsfähig, ZV4 ist informiert, Problem muss dringend gelöst werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grund: Outlook ist nicht für einen gleichzeitigen Zugriff von vielen MA konzipiert. <p>! 1 MA wurde pos. getestet. Es gibt einige Kontaktpersonen, die bisher alle neg. getestet wurden. Maßnahmen zum Infektionsschutz wurden intensiviert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alle MA wurden nochmal auf Hygienemaßnahmen hingewiesen und um Kontaktreduktion im privaten Bereich gebeten. 	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Pressekonferenz 03.11.2020</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 04.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex</p>	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	04.11.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - Sarah McFarland
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Matthias an der Heiden
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! IBBS
 - Christian Herzog



- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Jamela Seedat
- ! P1
 - Mirjam Jenny
 - Esther-Maria Antao
- ! BMG
 - Iris Andernach
 - Romy Kerber
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! Protokoll
 - Janet Frotscher

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Ca. 47,1 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,6%) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ○ unverändert, lediglich Polen und Russische Föderation haben die Plätze getauscht ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ○ 81 Länder auf der Liste ○ Ein Land weniger als am Montag: Peru (Südamerika) nicht mehr dabei. ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> ○ Norwegen ist neu hinzugekommen ○ Weiterhin nur 2 Länder, die die Inzidenz von 50 nicht überschreiten: in Estland und Finnland ist die Inzidenz >40 ! Zusammenfassung und News <ul style="list-style-type: none"> ○ Europa: Anstieg um 58% im Vergleich zur Vorwoche in Italien und um 63% in Polen ○ Japan (Folien 4-11) hat die Krise bislang gut bewältigt, ca. 102.000 Fälle seit Beginn der Pandemie. <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Clusters of cases“ ▪ Erster Fall am 16.01.2020 importiert aus Wuhan ▪ 2. Welle ist vorrangig zurückzuführen auf jüngere Personen, Nightclubs und größere Veranstaltungen ○ <i>Diskussion: Was macht Japan besser als wir? Ist die Disziplin der Menschen ein Grund?</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Strategie Japans: Cluster Response Teams fokussieren sich auf Übertragung von Superspreadern ▪ CR-Teams haben bereits Erfahrung mit SARS ▪ Es gibt keine Beweise/Studien warum, jedoch halten sich die Bürger stark und diszipliniert an Maßnahmen 	<p>ZIG1 (McFarland)</p> <p>Präs</p> <p>FG34 (Bremer)</p> <p>FG34 (Haas)</p> <p>ZIG (Hanefeld)</p> <p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Glasmacher)</p>



	<p>(Druck society)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Großes Vertrauen in die Regierung ▪ Masken waren vorab schon akzeptiert (notwendige Rücksichtnahme gegenüber dem Nächsten) ▪ Verbeugungen statt Umarmungen bei Begrüßung ▪ Geographischer Vorteil der Insel (Reisebeschränkungen) ▪ Katastrophenschutzübungen ▪ Benutzung von „Cluster-based“ approach ▪ Hohe Compliance der Bevölkerung bei Empfehlungen /Maßnahmen (Scham der Weiterverbreitung) ▪ Japanische Zahlen sind belastbar ▪ Kommunikation der „three Cs“ (Folie 5) als politische Kommunikation – hat einen höheren Stellenwert für die Bevölkerung als beispielsweise eine Kampagne ▪ Eventuell kann man in Deutschland „GGG“ statt „3G“ formulieren, um die Assoziation zum Mobilfunk zu vermeiden. ▪ Ebenso wie „5G“ wird dies diskutiert, vor allem wegen der Analogie und der Assoziation zur schnellen Übertragung – sowohl Botschaften als auch virale Verbreitung <p>○ <i>Diskussion: Wie funktioniert „Cluster-based“ approach?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cluster-based testing approach <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 577.593 (+17.214), davon 10.812 (1,9%) Todesfälle (+151), 7-Tages-Inzidenz 125,8/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=0,81; 7-Tage-R=0,92 ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> ▪ In allen BL weiter ansteigender Trend ▪ Höchste Inzidenzen weiterhin in Bremen, Berlin, 	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Präs</p> <p>ZIG (McFarland)</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Präs FG32 (Diercke)</p> <p>FG38 (Rexroth) FG37 (Eckmanns) FG32</p>
--	--	---

	<p>NRW und Hessen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Karte färbt sich immer röter (Folie 3) ▪ Nur noch 46 Landkreise mit 7-Tages-Inzidenz >25-50 Fälle/100.000 Einw. ○ Altersgruppenspezifische Inzidenzen für hospitalisierte Fälle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wochenvergleich MW 35-44 ▪ Fallzahlen / Woche deutlich angestiegen ▪ Mittelwert des Alters steigt an ▪ Geschlechterverteilung bleibt relativ ausgewogen ▪ Anzahl der Hospitalisierten steigt deutlich an (Daten noch nicht vollständig) ○ Übermittelte COVID-19 Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutlich mehr Fälle in KW 44 – ca. 400 Todesfälle ○ Fälle, die einem Ausbruch zugeordnet wurden, nach Infektionsumfeld (Setting) und Kalenderwoche (Zeitpunkt der Meldung des jeweiligen Falles) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daten für KW 44 noch nicht vollständig vorliegend (möglicherweise können Gesundheitsämter nicht mehr so gut ermitteln) ▪ Ergebnisse aus Blutspende-Surveillance werden am Freitag besprochen ▪ Daten waren in den letzten drei Wochen relativ kongruent (Information von Frau Offergeld) ○ <i>Diskussion: Argument für Verzerrung?</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schlechte Erinnerung ▪ Fallkontrollstudie nicht genau ○ <i>Was bringt Infektionssetting?</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. Wahl Surveillance, dann mit Fallkontrollstudie bestätigen ▪ Auffallend mehr Privatpersonen als in 1. Welle 	<p>(Diercke) Presse (Glasmacher) FG36 (Buda)</p> <p>FG36 (Buda)</p> <p>FG36 (Haas)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG38 (Rexroth) Abt.1 (Mielke)</p>
--	--	---



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoffen auf Aufstockung des Personals in GÄ ○ <i>Gibt es zur Attack Rate in Haushalten neue Daten?</i> ▪ Attack Rates können nicht berechnet werden ▪ Keine näheren Infos ! Syndromische Surveillance (Folien hier) ○ Der Wert (gesamt) lag in der 44. KW 2020 bei knapp 1.700 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 1,4 Mio. Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. (Folie 4) ○ ARE-Konsultationen bis zur 44. KW 2020 nur AG ab 15 Jahre: deutlich und besorgniserregend über starker Welle von 2017/2018 ○ ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 43. KW max. Verweildauer 1 Woche: dargestellt mit allen Hospitalisierten mit COVID-19 Diagnose (Folie 7) ○ Daten zu hospitalisierten Fällen in Folien zeigen hohe Dynamik der Welle ! Testkapazität und Testungen (Folien hier) ○ Weiterer Anstieg (7,5% Anzahl der Testungen) ○ Positivenanteile pro Woche: fast 7,5% (Folie 1) ○ Positivenanteile nach Bundesland: Sachsen mit 12 % deutlich erhöht (Folie 2) ○ Anzahl der Testungen und Positivenanteile Rehabilitation: Anteil pos. Tests bei 2%, Ausbrüche nehmen zu (Folie 3) ○ Anzahl Testungen pro 100.00 Einwohner nach Altersgruppe und Kalenderwoche: leichter Rückgang (Folie 4) ○ Zunahme des positiven Anteils in den verschiedenen Altersgruppen (Folie 5): 0-4 Jährige sind davon ausgenommen (geringer Anstieg) ○ Testverzug (Folie 6): 0 Tage Testverzug (Tage zwischen Abnahme und Test – in hellem Blau dargestellt) ○ Inzwischen wird etwas länger auf Testergebnis gewartet (1-2 Tage) 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Diskussion: Frage nach seriellen Testen in Bezug auf regelmäßiges Test, Formulierung einer Ausnahme?</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abstimmung bezüglich eines Flussdiagramms, zurückhaltendes Vorgehen empfiehlt sich 	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
4	Aktuelle Risikobewertung ! Nicht besprochen	Alle
5	Kommunikation BZgA ! Keine Themen zu besprechen Presse ! Positive Berichte von der Bundespressekonferenz vom 03.11.2020 2020 (Teilnahme von Herrn Schaade) ! Keine weiteren Themen zu besprechen	BZgA (Thaiss) Presse (Glasmacher)
6	Neues aus dem BMG ! Nicht besprochen	
7	RKI-Strategie Fragen a) Allgemein b) RKI-intern ! Erklärung zum sinkenden R-Wert: Gestern lautete der Text in der Allgemeinen Einordnung vorne: Vorschlag: " In den letzten Tagen hat der R-Wert abgenommen; er liegt heute ungefähr bei 1. Das bedeutet, dass im Durchschnitt jede Person, die mit SARS-CoV-2 infiziert ist, eine weitere Person ansteckt. Da die Zahl der infizierten Personen derzeit in Deutschland sehr hoch ist, bedeutet dies weiterhin eine hohe Zahl von täglichen Neuerkrankungen." <u>Der Beschluss: Bleibt unverändert.</u> ▪ rein fachliche Abhandlung ist nicht möglich ▪ konservative Verhalten wird bevorzugt (sonst entsteht falsche	FG34 (an der Heiden) Alle Abt.1 (Mielke) FG36 (Buda)



	<p>Botschaft zum falschen Zeitpunkt)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zunächst Teillockdown erst einmal wirken lassen ▪ starke Regionalität (dauert länger bis es ganz Deutschland erfasst hat) ▪ Maßzahlen sind politisch ▪ Es muss überlegt werden welche Maßzahlen – das war der Arbeitsauftrag von Herrn Schaade ▪ Rechtzeitig Deeskalationskriterien überlegen <p><i>ToDo: in Deeskalationsrunde nochmals diskutieren</i></p>	<p>Presse (Glasmacher) Präs FG36 (Buda) FG 34 (an der Heiden)</p>
8	<p>Dokumente ! Nicht besprochen</p>	
9	<p>Update Impfen (nur freitags) ! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Labordiagnostik ! Sensitivität des Sentinel</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seit MW 43 extrem niedriges Probenaufkommen – steht im Widerspruch zu Arztkonsultationen (Telefonberatung von Arztpraxen) ○ Soll stärker aufgeklärt werden, denn ein repräsentatives Sentinel ist sehr wichtig! ○ Hohe Zirkulation von Renoviren ○ SARS-COV-2 Nachweise am Freitag (30.10.) und am Montag (02.11.): 1 Sentinel und 1 Krankenhaus-Surveillance (Berlin Buch) ○ Überlegung den Service zu erhöhen, z.B. in Form von Kurierdiensten 	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Frankreich hat angefragt, ob 40 Patienten in deutsche KH verlegt werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt hierzu ein mit den Ländern abgestimmtes Verfahren (EWRS Verweis) <p>! Konferenz mit den BL ! Patienten treffen in Tranchen ein: in dieser Woche werden 4 Patienten nach NRW verlegt, nächste Woche werden 10 Patienten nach Schleswig-Holstein verlegt ! Dynamik auf Intensivstationen ist hoch ! Prognose: einige BL könnten an ihre Kapazitätsgrenzen gelangen</p>	<p>IBBS (Herzog)</p>
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Besteht die Möglichkeit mehr Informationen zu älteren Menschen zu erhalten, hierbei im Fokus der Vergleich zwischen zuhause lebende ältere Menschen / im KH oder</p>	<p>FG36 (Haase)</p>

	<p>Pflegeeinrichtung lebende ältere Menschen</p> <p>! Notwendigkeit ist deutlich, allerdings lässt sich diese Frage schwer interpretieren, denn es fehlt der Nenner (wie viele Menschen leben nicht in Altenheimen) – sehr zeitaufwendig</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>! Papier zu FFP2 Masken</p> <p>! DGHM Internetseite: Infektionsprävention durch das Tragen von Masken - eine Gemeinsame Stellungnahme von DGHM und GfV vom 4. November 2020, (Dokument hier)</p> <p>! Fremdschutzmaßnahme von FFP2 Masken ist sehr unwahrscheinlich</p> <p>! Hinzu kommt: ohne begleitende Anwendung kein sicherer Schutz beim Laien!</p> <p>! BZgA verzeichnet deutlichen Anstieg von Anfragen auf FFP2 Masken (ob es sinnvoll ist diese generell zu ordern und im Unterricht zu tragen)</p> <p>! FAQ zu FFP2 Masken sind in Vorbereitung, damit können viele Fragen vorher „abgefangen“ werden</p> <p>! Empfehlungen der BAuA und des ad-Hoc AK „Covid-19“ des ABAS zum Einsatz von Schutzmasken im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 (Dokument hier)</p> <p>! Allerdings können nicht alle Berufsgruppen angesprochen werden (Aufgabe des Arbeitsschutzes)</p> <p>! Stellungnahme des DGKJ zur Maskenpflicht bei Kindern (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Diskussion: sind Aerosol Videos von FFP2 Masken verfügbar (im Besonderen mit Hinweisen zu falscher Handhabung)?</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ New York Times Animation ▪ „Quarks“ Video ▪ „Sendung mit der Maus“ ○ <i>Diskussion: Kontakte zur Berufsgenossenschaft der Lehrer? Inwiefern gehören Lehrer zur Risikogruppe?</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Herr Haas wird die Frage dazu in Telefontermin mitnehmen und zeitnahe Rückmeldung geben ▪ Infos von Herrn Renard bezüglich der Krankenrate bei Erziehenden werden zur Verfügung gestellt <p>! Dashboard verzögert aktualisiert</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Dashboard ist ausgegraut bis aktuelle Daten zur Verfügung stehen, um Missverständnissen vorzubeugen ○ Auf Display absolute Zahl ○ Am 05.11.20 Diskussion mit ESRI 	<p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>BZgA (Thaiss)</p> <p>FG14 (Brunke)</p> <p>FG36 (Haas)</p> <p>Präs</p> <p>BZgA (Thaiss) FG14 (Brunke)</p> <p>Abt1 (Mielke)</p> <p>FG36 (Haas / Buda)</p> <p>FG32 (Diecke)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ! Faldefinition <ul style="list-style-type: none"> o EpiLag: viele Antigentests sind nicht PCR betätigt o Eventuell sind Änderungen notwendig ! Datenbereitstellung Tessy (ECDC) <ul style="list-style-type: none"> o Übergangslösung gefunden o Bereitstellung von Testzahlen o ECDC Telefonkonferenz – europäisch einheitliches Vorgehen 	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bitte an Herrn Wieler im Gespräch mit BMG nach Personal und Sachmitteln zu insistieren ! Rückmeldung dazu von Präs/VPräs erfolgt zeitnah ! Sprechzettel in Vorbereitung (Tendenzen des BMG beachten, FF Herr Minister Spahn) 	<p>FG38 (An der Heiden)</p> <p>Präs</p>
15	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wegen ausgelasteter Server noch immer Probleme im LZ mit Outlook, auch Team Internationales zeitweise kaum arbeitsfähig, ZV4 ist informiert, Problem muss dringend gelöst werden 	<p>FG38 (An der Heiden)</p>
16	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gesundheitsausschuss, Herr Schaade ! WHO IHR Review Committee, Herr Wieler (dienstags) ! IANPHI lessons learned, Herr Wieler ! Vorträge vor Rehaforum, Frau Diercke, Herr Eckmanns 	
17	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Freitag, 06.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex 	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	06.11.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - Sarah McFarland
 - Francisco Pozo Martin
 - Franziska Badenschier
- ! ZBS
 - Andreas Nitsche
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
 - Djin-Ye Oh
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Ruth Offergeld
 - Matthias an der Heiden
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Stefan Kröger
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth

- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
- ! P1
 - Mirjam Jenny
 - Esther-Maria Antao
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! Protokoll
 - Claudia Houareau

	<p>Variante nicht wirken könnte; Der Kontakt mit den dänischen Kollegen wird aufgenommen, um wichtige Details zu besprechen;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des Weiteren wird Walter Haas über seine Netzwerke mit China Kontakt aufnehmen, um zu erfahren welche Erfahrungen beim Eindämmen von Ausbrüchen in Nerzfarmen besteht; <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 619.089 (+21.506), davon 11.096 (1,8%) Todesfälle (+166), 7-Tages-Inzidenz 128,7/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=x; 7-Tage-R=x (leider für heute noch nicht vorhanden) ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> ▪ In allen BL weiter ansteigender Trend ▪ Flacht leicht ab; nicht steiler geworden ▪ Höchste Inzidenzen weiterhin in Bremen, Berlin, NRW und Hessen. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neue Kategorie mit Inz. Über 250 Fällen/100.000 Ew. <p>! Update zur Serologische Untersuchung von Blutspenden auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 (SeBluCo; Folien hier)</p> <p>! Hintergrund: Über gutes bundesweites Netzwerk des RKI mit Blutspendeeinrichtungen konnten schnell serologische Daten zur Abschätzung der Durchseuchung mit SARS-CoV-2 erfolgen;</p> <p>! Projekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Testung von ca. 170 anonymisierten Proben/Region alle 14 Tage ab KW 17 ▪ Testung auf Antikörper mit dem Anti-SARS-CoV2-IgG-ELISA der Firma Euroimmun (Target: S1) ▪ Testung erfolgt im RKI (FG 22) für 13 Regionen ▪ Testung erfolgt bei den Partnern für 15 Regionen 	<p>FG34 (Offergeld)</p>
--	--	-----------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positive Proben werden im Plaque-Reduktions-Neutralisationstest (PRNT) untersucht ▪ PRNT wird entweder im Konsiliarlabor oder in der med. Virologie der Universität Frankfurt nach gleichem Protokoll durchgeführt ▪ Weitere Antikörperuntersuchungen möglich (z.B. weitere EIAs, Luminex) ▪ Daten zu den Proben: Geburtsjahr, Geschlecht, 3stellige PLZ <p>! 13 Blutspendeeinrichtungen, in 28 Regionen in Dtl.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ gute Abdeckung; außer Saarland alle BL vertreten <p>! Population:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ knapp 50T Proben analysiert: ▪ Peak in jüngeren Spendern um 25-jährigen und bei 52-jährigen; <p>! Kernergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ges.-Präv. (adjustiert) 1,35% (95%CI: 1,22-1,49%); ▪ ohne Adjustierung liegt Präv. bei 1,8%; ▪ Anteil der neutralisierten AK hat über die Zeit zugenommen; ▪ Es wird daran gearbeitet wie alle effektiven AK ausgewiesen werden können; <p>! Verteilung nach Alter u Geschlecht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Männer sind sign. häufiger betroffen als Frauen (1,66% vs. 0,96%); <p>! Verteilung nach Region:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ unten rechts Spitzenreiter: Bayern; niedrigsten Präv. in Görlitz Dresden (Cave: Daten nicht ganz aktuell); <p>! Trend über Zeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ AK-Präv hat abgenommen; asymptomatische Gesunde werden getestet, denn jeder Spender kann erst 4 Wo. Nach einem Infekt spenden; <p>! Diskussionspunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ möglicher Bias durch Konvenienz-Sample; ▪ Erkrankungsschwere nicht erhoben und schwer 	
--	---	--



	! Nicht besprochen	Alle
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Keine Themen zu besprechen</p> <p>Presse</p> <p>! Bitte um Disclaimer für R-Werte im Lagebericht</p>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Auf der Website veröffentlichten neuen Testkriterien erzeugen durch eine Formulierung viele Nachfragen;</p> <p>! Einigung auf eine Umformulierung, damit Aussage klarer wird;</p> <p><i>ToDo: Walter Haas macht Formulierungsvorschlag, schickt diesen herum</i></p>	Präs
8	<p>Dokumente</p> <p>! Freitags werden Mobilitätsdaten über P4 geliefert;</p>	FG34 (Bremer)
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>! Keine Folien: Viel Work in progress</p> <p>! Impfsurveillance: Datenschutz über Bundesdruckerei überlegt, aber sehr kurzfristig alles;</p> <p>! Evaluation der Impfsicherheit in Diskussion mit dem PEI;</p> <p>! Kommunikation erfolgt über eine kleine Steuerungsgruppe unter Mitarbeit BMG, BZgA, FG33 (Wichmann);</p> <p>! STIKO Sitzung vom 04.-05.11.20: Gemeinsame Publikation mit Leopoldina; STIKO Bereitet erste Impfpfempfehlung für Mitte Dez. vor. Bekommen parallel von Herstellern Daten der Studien;</p> <p>! Herzlichen Dank</p> <p>! Anmerkungen: Wenn es möglich ist, Unterstützung über externe Dienstleister einbinden (z.B. Bundesdruckerei oder Accenture);</p>	<p>FG33 (Wichmann)</p> <p>Präs</p>
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Sensitivität des Sentinel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Letzten 4 Wo.: 174 Einsendung: 8 SARSCoV pos; 2 positive pro Wo.; ○ 83 Proben waren Rhinovirus positiv; 	FG17 (Oh)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sind zzt. unter der durchschnittlichen Einsendung im Vergleich zu den Vorjahren; ○ Motivieren Einsender Proben ans RKI zu geben; <p>! Diskussion: Alarmierend, dass durch pos. Antigen-Tests oft keine Isolation durch die GÄ und Ärzte angeordnet wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wurde auch bei AGI und EpiLag angesprochen. Hier war Konsens, dass Antigen-Tests Handlungen auslösen sollten; ○ Fazit: Wieler schreibt Holtherm dazu an <p>! 23% der Einsendung pos.; KOMO- Briefeinsendung 650 Proben; 2% pos.; insgesamt 20 positive; Antigen-Tests: PEI schickt BMG heute Validierungsstudie mit</p> <p>! Weltweite Produktion der Point-of-Care-Tests, inkl. Antigen-Tests, werden sehr wahrscheinlich Produktionsengpässe haben</p>	<p>FG37 (Eckmanns) FG38 (Rexroth)</p> <p>ZBS1 (Nitsche)</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Verlegung von 4 Pat. aus Frankreich nach NRW erfolgt nä. Wo; Anfrage für 30 weitere Pat. danach aufzunehmen schon eingegangen;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ viele Angebote von Krankenhäusern diese aufzunehmen; ○ weitere Anfragen aus Polen, Tschechien, Griechenland; ○ Anfragen laufen über verschiedene Kanäle; ○ Bisher am effektivsten ist die TelKo mit allen zur Absprache; ○ Bedarf zur Klärung der Kostenübernahme; ○ Zustand der 4 Pat. ist stabil trotz der ITS-pflicht; 	<p>IBBS (Herzog)</p>
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>FG36</p>
13	<p>Surveillance</p> <p>! BMG stimmt weiteren Containment-Scouts Einstellung zu;</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Digitale Einreisemeldung startet offiziell am 08.11.;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L1 FF mit den Verträgen; ○ Clearing Stelle FG31 Hr. Claus; ○ Es sind noch nicht alle GÄ angebunden; ○ Software über Dienstleistern ausführen lassen (z.B. Bundesdruckerei oder Accenture); ○ Versucht über Amtshilfe durch Bundesdruckerei Unterstützung zu finden <p>! ICC AOKpass;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diese Kollaboration stellt in einer App einen QR-Code-Pass aus, wenn man vor dem Flug von einem akkreditierten Labor/Klinik einen negativen Test innerhalb von wenigen 	<p>FG38 (an der Heiden)</p> <p>Präs</p> <p>FG38 (Rexroth)</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>Tagen fliegen will.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Teilnehmende Fluggesellschaften aktivieren das Flug-Ticket nur, wenn man den QR-Code /pass hat. ○ Zur Information: https://www.aokpass.com/en/media/ ○ Aber auch allg. Website: https://www.aokpass.com/ 	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Int. Komm. ist weniger Belastet, mehr Personal entlastet;</p>	FG38 (an der Heiden)
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>! ÖGD-Digitalisierung Tag: Von ÖGD, für ÖGD: RKI dabei</p> <p>! Mo. Treffen u.a. mit Prof. Gottschalk auch zur KoNa</p>	Präs
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 09.11.2020, 13:00 Uhr, via Webex</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	09.11.2020, 13-14:45 Uhr
Sitzungsort:	Webex

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! ZIG Leitung
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 21
 - Patrick Schmich
 - Wolfgang Scheida
- ! FG 24
 - Thomas Ziese
 - Alexandra Hofmann (Protokoll)
- ! FG 32/38
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
- ! FG 34
 - Viviane Bremer
 - Matthias an der Heiden
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS

- Christian Herzog
- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Livia Schrick
- ! INIG
 - Sarah Esquevin
 - Sarah McFarland
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Über ca. 49,9 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,5%) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Top3: USA, Frankreich, Indien ○ Auf Platz 9 liegt Deutschland ○ Rückläufiger Trend in Tschechien (Platz 10) ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ○ 85 Länder auf der Liste mit über 50/100.000 Ew. ○ Seit Freitag neu Botswana und Malediven ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> ○ Finnland letzter unter 50 ○ Alle anderen EU/EWR/UK/CH Staaten >50 Fälle/100.000 Ew.; ! Afrika: 2% der Fälle und 3,6% der Todesfälle; Top 5: Marokko, Südafrika, Tunesien, Kenia und Libyen ! Amerika: 28% der neuen Fälle und 30,2% der Todesfälle; Negative Trends in vielen Ländern in Südamerika, vor allem in Brasilien (-64,9%); Anstiege in Kanada und USA ! Asien: 16,3% der neuen Fälle und 19,5% der Todesfälle ! China hat aus Deutschland (Bremen) importierte Schweinshaxe als Auslöser für einen neuen SARs-CoV-2-Fall in Tianjin ausgemacht; Virus-Spuren wurden an der Verpackung entdeckt; das Schweinefleisch wurde auch in eine weitere Stadt gesendet (Dezhou); Ein Mitarbeiter in einem Kühlhaus wurde positiv getestet. 8 enge Kontakte zum Fall wurden unter Quarantäne gestellt (Information aus den Medien). ! Diskussion: BfR sollte involviert werden um dies zu prüfen ! SarsCoV-2 in Nerzen (Dänemark): <ul style="list-style-type: none"> ○ WHO hat dazu ein Rapid Risk Assessment (vertraulich) erstellt; es gibt eine Risikobewertung des Statens Serum Instituts; ECDC wird am 12.11. ein Rapid Risk Assessment dazu veröffentlichen ○ Seit Juni wurden 214 Fälle mit Nerze-assoziierten Varianten, 12 davon mit einer „unique“ Variante, identifiziert; Alle 12 Fälle mit der „unique“ Variante wurden in Nordjütland in September identifiziert 	INIG S. MacFarland

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Altersverteilung 7 – 97 Jahre; 8 Fälle hatten eine Verbindung mit den Betrieben und 4 waren lokale Fälle ○ klinischer Verlauf, Schweregrad sowie die Übertragung ähnlich ist wie bei anderen schon zirkulierenden Viren ○ Vorläufige Ergebnisse zeigen, dass die Variante eine „moderately decreased sensitivity to neutralizing antibodies“ hat ○ Bisher haben 6 Länder Nerze-assoziierte-Fälle gemeldet: Dänemark, Italien, die Niederlande, Spanien und Schweden ○ Maßnahmen in Dänemark: Alle Nerze im Land notgeschlachtet, Mass testing (PCR) in Nordjütland, erhöhte Sequenzierung des Virus sowie Teilung der Ergebnisse, Lockdown in Nordjütland ○ Dänemark, Risikobewertung (03.11.): hohes Risiko, wenn die Nerzproduktion wie bisher fortgeführt wird ○ Diskussion: BMG/RKI bemüht sich um Seren um diese testen zu können; KL sollte involviert werden; PEI hat ein Statement dazu veröffentlicht das dies aus regulatorischer Sicht beim Impfstoff kein Problem ist, da nachadjustiert werden kann; Sequenzen der neuen Variante wurden schon veröffentlicht, BfR sollte in das geschehen involviert <p>! National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 671.868 (+13.363), davon 11.352 (1,7%) Todesfälle (+63), 7-Tages-Inzidenz 139/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=1,09 (0,9-1,28); 7-Tage-R=0,98 (0,87-1,07) ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg flacht leicht ab; nicht steiler geworden ▪ Rückgang in Bremen und Saarland, deutlicher Anstieg in Sachsen ▪ Höchste Inzidenzen weiterhin in Bremen, Berlin, Bayern und NRW ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 LK mit >250 Fällen/100.000 Ew. ▪ nur noch 7 LK unter 25<100.000 Ew. <p>! Diskussion: Sprachregelung zum Umgang mit zurückgehenden Zahlen vorhanden? Liegt das an den geänderten Testkriterien?</p> <p>! Sprachregelung sollte vorbereitet werden, jedoch zusammen mit dem in Kraft treten des neuen Gesetzesentwurfes.</p> <p>! Ist der Rückgang der Fallzahlen auf veränderte</p>	<p>FG32 M. Diercke</p>
--	--	----------------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Testzahlen zurückzuführen? Werden mehr symptomatische als asymptomatische Fälle gemeldet? Dies soll diesen Mittwoch mithilfe der Testzahlen und der ausführlichen Analyse der Symptomangabe in den Meldedaten geprüft werden.</p> <p>! Gibt es weitere Testkapazitäten z.B. durch Veterinärmediziner? Es werden schon Tests für die Industrie durchgeführt und einige Zusammenarbeiten in den Ländern wurden etabliert, dies wird durch Testkoordinatoren der Länder koordiniert; Die Testkapazität ist aber auch da am Rande der Überlastung, was an fehlendem Testmaterial liegt. Das Thema steht auf der Agenda der AG Testkapazität.</p> <p><i>TODO Testzahlen vorab für die Krisenstabsitzung am Mittwoch vorbereiten (FF J. Seifried) [ID 2175]</i></p> <p><i>TODO M. Diercke bereitet Analyse zu Symptomen für Mittwoch vor. [ID 2176]</i></p> <p>! Corona-KiTa-Studie</p> <p>! Grippe Web: jüngste Altersgruppe bleibt in KW 43/44 konstant; in allen anderen AG jahresübliches Niveau; geschätzt ca. 500.000 ARE in jüngster AG</p> <p>! Meldung in KW 45 noch vorläufig (Meldeverzug): weiterer Anstieg bei 15-20-Jährigen</p> <p>! Ausbrüche in KiTa's: 30 neue Ausbrüche in KW 44/45 im Median 3 Fälle je Ausbruch;</p> <p>! Ausbrüche in Schulen: 37 Ausbrüche in KW 44/45 (Ausbruchsermittlung verzögert); Weiterhin sollten konsequent Maßnahmen in Schulen umgesetzt werden um Ausbrüche zu verhindern z.B. die Verkleinerung der Klassen wird noch zu selten umgesetzt, dies führt womöglich dazu das KiTa's und Schulen nicht mehr lange offengehalten werden können.</p> <p>! Diskussion: Anzahl der Ausbrüche nimmt nicht zu, allerdings die Fallzahlen in den Ausbrüchen. Infektion erfolgt nicht außerhalb des Settings, sondern im Setting mit einer hohen Dichte und vielen Kontakten. Möglicherweise werden nicht mehr alle Ausbrüche aufgrund des Fallzahlenanstiegs in den GÄ dokumentiert.</p>	<p>FG36 W. Haas</p>
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>!</p>	<p>ZIG</p>
<p>3</p>	<p>Update Digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! CWA: es fanden Vorstellungsgespräche für eine CWA Koordinationsstelle in der letzten Woche statt</p> <ul style="list-style-type: none"> o Viele Labore und GA konnten in die CWA eingebunden 	<p>FG 21 P. Schmich</p>

	<p>werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es wurde eine Zunahme der täglichen Nutzung der CWA festgestellt. ○ Die Evaluation der CWA wurde vorangebracht ○ SAP erstellt ein Dashbord, dass auch vom RKI für die Evaluation genutzt werden soll <p>! Datenspende App: Ergebnisse aus App wurden in den Lagebericht integriert und werden nun jeden Donnerstag veröffentlicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es fand ein Treffen mit interessierten zur weiteren Nutzung der Datenspende App statt, die u.a. für zukünftige Projekte der Abt.2 genutzt werden könnte ○ Diskussion: Gibt es Erfahrungen zum Umgang mit den Warnmeldungen aus der CWA? Ist geplant pos. Antigentests aufzunehmen? ○ Dies soll in der nächsten AG Diagnostik zusammen mit S. Beermann besprochen werden. Dort soll u.a. auch die Evaluation der CWA besprochen werden. Aktuell kann man jedoch nicht sagen, wie viele Warnungen zu einem Test geführt haben <p>! Aktuelle Testkriterien gehen von symptomatischen Fällen aus. Asymptomatische Fälle (inkl. Meldungen der CWA) sind nicht enthalten. Wie Fälle mit einer CWA Warnung umgehen sollen wurde seit Mai nicht mehr den Empfehlungen angepasst, daher sollte das Flußschema geprüft werden und ggf. angepasst werden</p> <p><i>TODO: Flußschema der CWA prüfen und ggf. an neue Testkriterien anpassen/aktualisieren [ID 2177]</i></p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Besteht Änderungsbedarf an der aktuellen Risikobewertung?</p> <p>! Vorschlag: man sollte prüfen welche Entwicklung zu einer Überlastung führt: Ausmaß der Übertagung in der Bevölkerung? Entwicklung der Medizinsysteme? Entwicklung in den Intensivstationen? Anschließend sollte die Risikobewertung adaptiert werden. Dies könnte mithilfe eines neuen Prognose Tools betrachtet werden. MF4 soll diese Aufgabe übernehmen. Bis dieses Tool vorhanden ist, soll dies Aufgabe weiterhin von FG37 (FF T. Eckmanns) übernommen werden; L. Schaade hält mit L. Grabenhenrich zu dem Thema Rücksprache und meldet sich anschließend bei T. Eckmanns.</p> <p>! Die Textpassagen zu den Intensivpatienten sollten in der nächsten Krisenstabsitzung geprüft werden. Handelt es sich bei den DIVI Angaben tatsächlich um betreibbare Betten (inkl. Personal)? Laut DIVI ja, allerdings kann sich die Auffassung je Krankenhaus unterscheiden. Eine</p>	Alle



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>gewisse Unschärfe ist daher bei den Angaben nicht auszuschließen. Es wird bei DIVI aktuell eine einheitliche Definition entwickelt.</p> <p><i>TODO: Vorstellung des Prognose Tools im Krisenstab und Klärung welche Daten dafür genutzt werden sollen; Sicherstellung eines möglichen Datentransfers von FG37 zu MF4 (FF FG37 / MF4) [ID 2178]</i></p> <p><i>TODO: Prüfung der Textpassagen zu Intensivpatienten (FF Krisenstab) [ID 2179]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Evaluation Schwankung R-Wert (Vortrag hier) ! Grafische Darstellung des Vergleichs von für einen Tag berichteten R-Werten (siehe Lagebericht) mit den im Zeitverlauf korrigierten R-Werten für diesen Tag. ! Die täglichen 7 Tages-R-Werte werden tendenziell etwas zu niedrig geschätzt was aktuell zu einer systematischen Unterschätzung führen kann, allerdings gleicht sich das zum Wochenende etwas aus (Wocheneffekt). Diese Unterschätzung könnte u.a. am Meldeverzug zwischen Erkrankungsbeginn und Übermittlung an das RKI liegen. ! Diskussion: Wie soll das bewertet und kommuniziert werden? <ul style="list-style-type: none"> ○ Dieser Verzug sollte in die Modellierungen eingearbeitet und dafür korrigiert werden. Dies sollte auch in die Limitationen der Modellierungen aufgenommen werden. Matthias an der Heiden schlägt einen entsprechenden Text u.a. für den Lagebericht bis morgen Mittag vor. <p><i>TODO: Textvorschlag für Lagebericht zu Erweiterung der Limitationen für die Modellierung des R-Wertes (FF Matthias an der Heiden). [ID 2182]</i></p>	<p>FG34 M. an der Heiden</p>
<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BZgA: Dank an RKI für die schnelle Beantwortung der Fragen zu FFP2 Masken <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktuell Beschwerden der Bevölkerung wegen mangelndem Influenza-Impfstoff; ○ Es besteht Unsicherheit darüber was man als KP1 bzw. KP2 zu tun hat. Telefonhotlines des ÖGD bzw. Ärzthotline sind gerade überlastet. Ein Entwurf einer Orientierungshilfe wurde im Krisenstab geprüft. Diese Orientierungshilfe sollte noch grafisch aufbereitet werden. Dazu stand P1 in Kontakt mit FG36, FF Fr. Antao 	<p>BZgA H. Thais</p>

	<p><i>TODO: Lagezentrum soll prüfen wie der aktuelle Stand der grafischen Aufbereitung ist</i></p> <p>! Pressestelle: Hr. Wieler veranstaltet am Donnerstag ein Pressebriefing. Heute fand eine Bundespressekonferenz zusammen mit Hr. Mertens und der Leopoldina statt.</p> <p>! FG14 erhält aktuell viele Anfragen zu Nebenwirkungen von Masken. Sind dem Krisenstab Studien bei der Allgemeinbevölkerung zu dem Thema bekannt? Falls bekannt, bitte die Literatur dazu an FG14 weiterleiten.</p>	<p>Pressestelle S. Glasmacher</p> <p>FG 14 M. Brunke</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! nicht anwesend</p>	BMG
7	<p>Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! nicht besprochen</p>	Alle
8	<p>Dokumente</p> <p>! Online seit Sonntag: Digitale Einreiseanmeldung (DEA), Regelungen für Einreisende nach Deutschland im Zusammenhang mit COVID-19 (siehe auch https://www.einreiseanmeldung.de/)</p> <p>! Am RKI wurde eine Clearing Stelle dafür eingerichtet, für die Fr. an der Heiden zuständig ist. Sie arbeitet sich in das Thema ein, es ist allerdings unklar wie viele Anfragen eintreffen werden. FG 31 ist dafür zuständig Zertifikate zu erstellen. Das Thema ist ein Großprojekt das leicht zur technischen, personellen und fachlichen Überforderung des RKI führen könnte. Die Clearingstelle soll inhaltlich prüfen, welches Gesundheitsamt für die Einreisenden zuständig ist. Ein Outsourcing der Clearingstelle wird angestrebt.</p>	FG32 U. Rexroth
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG33
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! innerhalb von 2 Wochen erfolgten 110 Einsendungen, 49 wurden positiv auf Rhinoviren und 7 auf SARS-CoV-2 getestet. Aktuell ist wie im Sentinel ein Anstieg zu beobachten.</p> <p>! In der KW 45 wurden bei ZBS 1.840 Proben von GA</p>	<p>FG14 M. Brunke</p> <p>ZBS1</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>untersucht, davon 403 positiv. Zusätzlich wurden ca. 1.400 Como Proben mit vereinzelt positiven untersucht. Die Untersuchung ist noch nicht ganz abgeschlossen, da viele Proben erst am Wochenende eingetroffen sind.</p>	L. Schrick
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Letztes Wochenende wurde 1 Patient aus Frankreich nach Deutschland verlegt, heute folgen weitere 2 Patienten (alle stabil). Weitere 30 geplante Verlegungen nach Deutschland werden nun innerhalb Frankreichs verlegt.</p>	IBBS C. Herzog
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung hat ein Papier zu Besuchern von Pflegeheimen erarbeitet. Diesen Mittwoch findet dazu ein Austausch mit dem RKI statt. ! Die Ärztekammer Berlin hat eine Stellungnahme zur Teststrategie geschrieben in der u.a. zu seriellen Testungen von Mitarbeitern mittels Antigentests in Pflegeheimen Stellung gezogen wird. Bei dem Papier zu Besuchern in Pflegeheimen sollte darauf geachtet werden dass auch andere Maßnahmen außer Antigentests betrachtet werden. Wichtig ist hier vor allem auch der Schutz Dritter.</p>	Alle FG37 Abt.1 M. Mielke
13	<p>Surveillance ! Corona-KiTa-Studie (nur montags): siehe aktuelle Lage</p>	FG32 FG36
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) !</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) !</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine ! ZIG: Fr. Hahnefeld erinnert an den geplanten Austausch mit der französischen Regierung. In dem Rahmen sollen Interviews mit Mitarbeitern des RKI geführt werden. Entsprechende Einladungen erfolgten für den 12.11. von 16:00-17:30 Uhr an verschiedene Personen. Viele haben abgesagt, daher die Bitte an den Krisenstab an den Interviews teilzunehmen. Die entsprechende Einladung wird nochmal an den Krisenstab verschickt. U. Rexroth kann eventuell daran teilnehmen.</p>	Alle



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	11.11.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Tanja Jung-Sendzik
 - Janna Seifried
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - Iris Andernach
 - Eugenia Romo Ventura
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG36
 - Kristin Tolksdorf
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Ute Rexroth
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
- ! IBBS
 - Michaela Niebank

- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! P4
 - Dirk Brockmann
- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann
- ! MF1
 - Stephan Fuchs
- ! MF3
 - Nancy Erickson (Protokoll)
- ! MF4
 - Linus Grabenhenrich



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Über 50 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,48 %) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Statt Tschechien (Montag) Brasilien auf Platz 10; ○ Top3: USA, Frankreich, Indien; ○ Deutschland weiterhin auf Platz 9; ○ Rückläufig sind nur Spanien und Brasilien; ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ○ 83 Länder auf der Liste über 50/100.000 Ew.; ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> ○ Finnland und Island als letzte Länder < 50 Fälle/100.000 Ew.; ○ Alle anderen EU/EWR/UK/CH Staaten >50 Fälle/100.000 Ew.; ! Zusammenfassung und News <ul style="list-style-type: none"> ○ Afrika: 2,3 % der neuen Fälle und 3,9 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zahl der neuen Fälle nimmt weiterhin langsam zu ▪ Zahl der neuen Todesfälle um 30% höher als in Vorwoche (hauptsächlich auf Anstieg in Südafrika, Kenia und Uganda zurückzuführen) ○ Amerika: 30,4 % der neuen Fälle und 30,5 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Größte Anstiege seit Vorwoche in Haiti, Saint Lucia, Belize, Kanada und USA ○ Asien: 16,1% der neuen Fälle und 18,7 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen <ul style="list-style-type: none"> ▪ China hat aus Deutschland (Bremen) importiertes Schweinefleisch aus Auslöser für neuen SARS-CoV-2-Fall in Tianjin ausgemacht 	ZIG1 (Romo Ventura)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laut BfR PM keine Infektionen mit SARS-CoV-2 über den Verzehr von Fleischwaren oder Kontakt mit kontaminierten Fleischprodukten oder Oberflächen bekannt ▪ Coronaviren können sich nicht in oder auf Lebensmitteln vermehren. Grundsätzlich können sie von einer infizierten Person auf Wurst und Fleisch übertragen werden. <ul style="list-style-type: none"> ○ Europa: weiterhin starke Zunahme neuer Fälle. 51,1% der neuen Fälle und 46,7 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen <ul style="list-style-type: none"> ▪ ECDC Round-Table-Report (RTR): Belgien und Frankreich berichten über deutlichen Anstieg der Häufigkeit von Ausbrüchen und Todesfällen unter Bewohnern von Langzeitpflegeeinrichtungen in den letzten 1-3 Wochen. ○ Ozeanien: 0,09 % der neuen Fälle und 0,04 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen ○ Impfung: „What Pfizer’s landmark COVID vaccine results mean for the pandemic” (Nature). Es fehlen Details über die Art der Infektionen, gegen die der Impfstoff schützen kann, wie lange die Wirksamkeit des Impfstoffs anhält oder wie gut der Impfstoff in verschiedenen Gruppen von Studienteilnehmern wirkt. ○ https://www.nature.com/articles/d41586-020-03166-8 ○ https://www.deutschlandfunk.de/newsblog-zum-coronavirus-13-363-neuinfektionen-in.2852.de.html?dram:article_id=472514 ○ Anm.: die Daten hätten peer-reviewed publiziert werden und nicht press-released werden sollen. <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 705.687 (+18.487), davon 11.767 (1,7 %) Todesfälle (+261), 7-Tages-Inzidenz 138,1/100.000 Ew. ○ R-Wert deutlich unter 1 ○ ITS nimmt weiter deutlich zu ○ 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,92 (10.11.2020) ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum 	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>FG 36</p>
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In meisten BL derzeit auf Plateau <p><i>To Do: Ggf. morgen im Lagebericht auf mögliches Plateau eingehen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Norden und Osten weniger stark betroffen ▪ Einige (teils kleine) LK mit sehr hoher 7-Tage-Inz. ▪ V.a. Großstädte stark betroffen ▪ Diffuse Ereignisse ▪ Neue Kategorie mit Inz. über 250 Fällen/100.000 Ew. (16 LK) ○ Anteil asymptomatischer Personen (lila) seit KW 33 mit 35 % deutlich abgesunken auf 15 % in KW 44/45! Positiv-Getestete heute größtenteils auch symptomatisch ○ Anteil hospitalisierter Personen (blau) z.Zt. ca. 5 % der Fälle, Untererfassung in Meldedaten möglich ○ Anteil Verstorbener (grün): 6-7 % in KW 15 (Höhepunkt), Anteil Verstorbener weiterhin recht gering ○ Verlauf der Anzahl Hospitalisierter nach Meldewoche und Altersgruppe (AG) (September bis November 2020): Großteil der Hospitalisierten älter als 60 Jahre, jedoch zunehmend Personen unter 60 Jahren hospitalisiert ○ Anzahl Todesfälle nach Sterbewoche und AG (September-November 2020): größtenteils weiterhin vornehmlich > 80 Jährige, jedoch auch Fälle < 60 Jahre ○ Diskussion: Abbildung „Asymptomatisch“ scheint kontra-intuitiv, Darstellung wurde gewählt aufgrund der Screenings und der Vielzahl an Anfragen zu Asymptomatischen <p><i>To Do: Ggf. auch Anteil Symptomatischer darstellen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestrige BMG-Konferenz: Interesse an Maßzahlen für Schwere, Ausbruchssituationen in Kitas und Schulen geäußert, aber: Ausbruchsgeschehen werden somit nur in geringem Umfang dargestellt, andere Infektionssettings werden möglicherweise untererfasst, Aussagekraft und Interpretationsmöglichkeit fraglich; BMG wünscht jedoch Daten dazu; ○ Referenzdaten zum Vorjahr bspw. bezüglich Übersterblichkeit erwünscht, Daten jedoch ca. 4-wöchiger Verzug ○ Cave: Selektions-Bias (Kapazitätsgrenze: vornehmlich 	<p>(Haas)</p> <p>BZgA (Thaiss)</p> <p>FG 36 (Tolksdorf)</p> <p>FG 37 (Eckmanns)</p>
--	---	---

	<p style="text-align: center;">Symptomatische getestet)</p> <p><i>To Do: Bitte um Vorbereitung o.g. Daten</i></p> <p>! Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb: ARE-Raten bis 45. KW weiter gesunken ○ AGI Konsultationsinzidenz: deutlicher Anstieg in letzten Wochen, Inzidenz jetzt wieder gesunken, insgesamt recht hohes Niveau im Vergleich zu Vorsaisons ○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis zur 44. KW: 35- bis 59-Jährige (hellblau bzw. rot Folie 7): weiter angestiegen, noch nicht auf Niveau der Grippewelle, bei > 60-Jährigen (dunkelblau bzw. rot Folie 8) Anstieg derzeit steiler, Niveau in etwa wie zu Beginn der Grippewelle ○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 44. KW (Folie 9): derzeit ca. 50 % COVID-19-positiv ○ ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID-SARI-Fälle nach AG (Folie 10): teils vergleichbar zur Situation im Frühjahr, in allen AG ab 15 Jahren sehr hoch ○ ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle bis zur 44. KW (Folie 11): Absolute Anzahl der COVID-19-Fälle mit SARI im Sentinel: v.a. in AG 60 bis 79 Jahre steiler Anstieg und deutlich höhere Zahl im Gegensatz zum Frühjahr <p>! Testkapazität und Testungen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl der Testungen und Positivenanteile pro Woche – Positivenanteil bundesweit über 7,5 %, Kurvenanstieg flacht jedoch derzeit ab ○ Testverzug nach BuLa: Tage des Zeitverzuges zwischen Probennahme und Labortest: vielfach 0 Tage Verzug, Bayern sehr stabil, SH wenig belastet, jedoch tendenziell leichte Zunahme, ggf. Anzeichen für Probenrückstau ○ Positivenanteil nach BuLa und KW: hier gesamter Zeitraum inkl. erster Welle dargestellt, derzeit in allen BuLä nahezu ähnlich hoch wie in erster Welle, teilweise ggr. höher ○ Positivenanteil nach AG und KW: 0 bis 4-Jährige wenig Positivenanteil, aber > 80-Jährige jetzt wieder stark 	<p>Leitung (Schaade)</p> <p>Abt. 3 (Seifried)</p>
--	--	---



	<p>zunehmende Anteile wie zu Beginn der Pandemie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Positivenanteil nach Einsender und KW: Arztpraxen höchste Anteile, Krankenhaus vergleichsweise niedrig (Testung bei Aufnahme mutmaßlich rel. niedriger Positivenanteil im Vergleich zu Arztpraxen mit hohem Anteil Symptomatischer), „Andere“: div. Testzentren ○ In Vorbereitung: Die dem Wochenbericht zugrundeliegenden Daten werden als Excel Datei in einem bearbeiteten Format zum download auf der Webseite zur Verfügung gestellt ○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> ! Rückgang Positivrate wäre sehr aussagekräftig hinsichtlich möglichen Erfolges des Teillockdowns, sollte – ggf. auch pressetechnisch - berücksichtigt werden ! Krankenhauseinweisung: typischerweise AG > 50 Jahre, spiegelt große Teile der Allgemeinbevölkerung wieder, aber bei ARE nicht differenziert, ob Test bei Aufnahme oder während Aufenthalt ! AG > 80 Jahre: (prozentuale) Differenzierung zwischen Heimbewohner*innen und zu Hause lebenden Personen wünschenswert, Daten vorhanden, aber Bezug zu Meldedaten schwierig (Nachtrag von Frau Thaiss: rund 2 Mio Pflegebedürftige ab 65 Jahren werden zuhause versorgt, rund 760.000 vollstationär in Pflegeheimen) <p><i>To Do: Bitte an Herrn Eckmanns um mögliche differenzierte Analyse- oder Darstellungsmöglichkeit hinsichtlich letzter beider Punkte</i></p> <p><i>To do: Bitte an Abt. 3 um Klärung des weiteren Umgangs mit den veränderten Variablen (Testkriterien, geringerer Anteil getesteter Asymptomatischer, neuer AG-NW versus PCR etc.): welche Parameter weiterhin relevant und aussagekräftig, Effekte abzubilden (Positivrate, Todesfälle, Hospitalisierung etc.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Erfassung der SARS-CoV-2 Testzahlen und -Kapazitäten (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Datenquellen: deutschlandweit, freiwillige Angabe der Labore ! KEINE Vollerfassung ○ keine detaillierten / regionalen Auswertungen oder Vergleiche mit gemeldeten Fallzahlen möglich 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Einzellaborebene: webbasierte Plattform (VOXCO, RKI-Testlaborabfrage) ○ Abfrage eines labormedizinischen Berufsverbands ○ Aggregiert pro KW: Netzwerk für respiratorische Viren (RespVir), am RKI etablierte, laborbasierte SARS-CoV-2-Surveillance ○ Bis KW 20, 2020: händische, ab KW20, 2020: App-basierte Zusammenführung der Daten ○ Konsentierete IDs für die Labore labormed. Berufsverband / Voxco ○ Bisher 253 Labore registriert (Daten von ca. 190-203 Laboren/KW übermittelt) ○ Herausforderung: händische Vergleichsarbeit (Laboradressen, domains der E-Mail-Adressen, etc.), Fehleintragungen von Laboren! regelm. Data Cleaning, Labore kontaktieren, Korrekturen ○ Erhobene Daten RKI-Testlaborabfrage (Voxco): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl durchgeführte PCR-Tests, Tests positiv/negativ, getesteter Patienten, Anzahl Patienten positiv/negativ ▪ Maximal mögliche (NOTFALL)-Testkapazität/Tag ▪ Anzahl regelh. Wochenarbeitstage im jew. Labor ▪ Reichweite in Tagen (=Reagenz vorhanden) ▪ Anzahl durchgeführter serologischer (und NEU AG-)Testungen/positive/welcher Test wird genutzt, PCR-Bestätigung bei AG-Test ja/nein? ▪ letzte Woche absolut am Limit; KW 25 war Tönnies-Ausbruch (siehe Folie 6) ▪ Lieferengpässe/Besonderheiten ▪ Probenrückstaus ○ Probenrückstau gutes Maß für Überlastung in Laboren ○ Positivenquote auf Laborebene: in Sommerwochen in vielen Laboren unterhalb 1,5 %, viele Labore sogar 0 % ○ Berichterstattung: Daten als Exceldatei im download 	
2	Internationales (nur freitags)	



	! Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
4	Aktuelle Risikobewertung ! Nicht besprochen	Alle
5	Kommunikation BZgA ! Anpassung FAQs: Visualisierungen zu Kontaktpersonen etc. angekommen, werden geprüft ! Zwei Artikel (Cleveland, Frankreich) Psychisch Erkrankte in Pandemie besonders gefährdet zu erkranken (6- bis 7-fach erhöhtes Risiko), diese Risikogruppen sollten weiter berücksichtigt werden Presse ! Vorbereitung Pressebriefing, viele Dokumente zu DEA auf RKI Seite zu stellen	BZgA (Thaiss) Presse (Wenchel)
6	Neues aus dem BMG ! Nicht besprochen	
7	RKI-Strategie Fragen a) Allgemein Risikobewertung aktualisieren, insbesondere hinsichtlich der Implikationen der aktuellen Lage für die Belastung des Gesundheitswesens. Aktualisierung Risikobewertung (Dokument hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Allgemeinere Formulierungen verwendet, damit zeitunabhängig korrekt: „stark angestiegen“ anstelle von „mehr als verdoppelt“ (S. 1) ○ „kann sehr schnell weiter zunehmen“ (S. 2, Verschärfung) ○ Weitere Änderungen redaktioneller Natur ○ Änderungsvorschläge angenommen <i>To do: Bitte um Finalisierung und Weiterleitung an Webmaster</i> b) RKI-intern ! Nicht besprochen	FG 36 (Haas)

	<i>ToDo: Themenpunkt Strategiefragen für Freitag (Ute Rexroth)</i>	
8	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Besucherkonzept, Projekt des Pflegebeauftragten ! Broschüre zum Konzept in Altersheimen –Sammlung von „best practice“-Beispielen, RKI gibt Experten-Input <p><i>To Do: Zusammenarbeit von FG 14 und 37 zur Fertigstellung der Broschüre zu Anfang Dezember</i></p> <p><i>To Do: Bitte um Klärung bisheriger Kommunikationsverläufe dazu zwischen AG Testen bzw. BMG und ggf. RKI</i></p>	FG 37 (Eckmanns)
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG33
10	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Diese Woche bislang 55 Proben, Verdopplung der Probenzahl im Vergleich zu letzter Woche ! Rhinoviren: ca. 40 bis 50 % der Proben positiv ! Teillockdown vermutlich wenig Einfluss, da Schulen und Kitas weiterhin geöffnet ! Bei jedem Durchgang SARS-CoV-2 in bis zu 3 % der Fälle nachweisbar ! Vorige Woche ein PIV3-Nachweis ! Bislang keine Influenza-Nachweise ! Wirkung des Teillockdowns abzuwarten <p><i>To Do: Bitte an das Labor um Einschätzung der Publikation in Science zu protektiven AK bei Kindern und Jugendlichen vor der Pandemie im Zusammenhang mit Nicht-Covid-Coronaviren und Vorstellung der findings</i></p> <p>Forschungsschwerpunkt Sequenzierung/BI-Pipeline/ Vorstellung neues Online Tool</p> <p>Tool1 – CovPipe: SARS-COV-2 Genome Reconstruction Pipeline</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ressourcen-schonend, reproduzierbar, transferierbar, automatisiert und zeiteffizient (48 Proben – ca. 5.5 min) ! Human read exclusion ! Automated negative control handling: automatisches Warnsystem wenn neg ctrl virale reads abdecken ! Species filter statistics, Insert size estimation, Coverage distribution – html-basierter report ! Pipeline läuft bereits, Coronavirus-Proben können gern über MF1 analysiert werden <p>Tool2 – SARS-CoV-2 Spike Protein Analysis</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kollaboration: HPI (Hasso Plattner Institut) - Bernhard Renard, de.NBI (Serverkapazität) 	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG 36 (Haas)</p> <p>MF1 (Fuchs)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ! Im Frühjahr mit Entwicklung begonnen, Release diese Woche ! Analyse verfügbarer Spike Protein Daten hinsichtlich Variabilität ! Öffentlicher Webservice (unterstützt vom de.NBI) ! Daten zukünftig über CovRadar Domain abrufbar ! Nutzung öffentlich verfügbarer Daten (bspw. embl) sowie GisAID-Daten (intern zugänglich, passwortgeschützt) ! Derzeit 19.000 Spike Protein Sequenzen, aligniert! ca. 16.500 Duplikate ! Nach Land oder Zeitpunkt filterbar ! Farbliche Kennzeichnung zeigt Variabilität ! Insertionen in multiplen alignment sichtbar, Anzahl der einzelnen, von der Mehrheit der Virussequenzen abweichenden bzw. variablen Virussequenzen darstellbar ! Zeigt Gesamtvariabilität oder alle Variationen im Vergleich zum „first case“ ! Workflow: Berechnung 1x die Woche, Suchfunktion als nächstes geplant 	
<p>11</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>DIVI Intensivregister</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Darstellung kumulativer Anzahl an COVID-19-Fällen nach Meldezeitpunkt inkl. Neuzugänge und Abgänge: <ul style="list-style-type: none"> o Absolute Anzahl der Fälle zum 10.11.2020 mit ca. 3.000 deutlich über Stand April mit ca. 2.800 o Anzahl Neuaufnahmen tägl. ca. 400, rel. stabil in letzten zwei Wochen, ggf. Abflachung ersichtlich ! Darstellung IV-Kapazitäten: in letzten 4 Wochen deutliche Abnahme der freien IV-Beatmungskapazitäten (cave: nicht alle freien Betten stehen COVID-19-Patienten zur Verfügung, soll zukünftig differentiell erfasst werden) ! Darstellung Verfügbarkeit High-Care: Einschätzung der Verfügbarkeit seitens Intensivmediziner als „Ampel“, in letzten 4 Wochen deutliche Abnahme der Verfügbarkeit (Diagnose-unabhängig, Referenz: ca. 1300 Krankenhäuser) ! Darstellung Betriebseinschränkung nach Ursache: Verfügbarkeit von Raum, Verbrauchsmaterial und Beatmungsgeräte wenig limitierender Faktor, sondern vielmehr das Personal <p>Prognosetool ITS-Betten SPoCK</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wöchentliche Prognosemodellierung (versch. Datenquellen) ! Derzeit: bei Projektion in nächste Wochen hinein im Bundesdurchschnitt ggf. akzeptabel, aber nach BuLä Fortschreiten deutlich engerer Kapazität ersichtlich ! Mittels Tool Kreisebenen regional einsehbar = hochregionale Geschehen ! Relativ großes Unsicherheitsintervall begründet sich darin, dass teils relativ stabile Situation im Sommer bzw. nur aktuell verfügbare Daten als Grundlage dienen können ! Vorschlag differentieller Erfassung weiterer Parameter wie 	<p>MF4 (Grabenhenrich)</p>

	<p>konkreter Maßnahmen (bspw. zeitliche Verlegung elektiver Eingriffe), die zu Kapazitätsanstiegen führen können</p> <p>! Kann ggf. für Lagebericht aktuell generiert werden</p> <p>! Deutlich steigender Informationsbedarf zu Webseminaren und Beratungsleistung seitens Fachpersonal</p>	IBBS (Niebank)
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>! Nicht besprochen (nur montags)</p>	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! Nicht besprochen (nur freitags)</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Nicht besprochen (nur freitags)</p>	
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Freitag: TelKo Länderkoordinatoren von Testkapazitäten, Moderation BMG</p> <p>! Freitag: TelKo zur Abverlegung von Patienten – Frage der Kontagiosität, auch aufgrund schwerer Verläufe, Relevanz des Laborstandards /des Ct-Wertes</p> <p><i>To Do: Bitte um Austausch zu Entlassungskriterien im Vorfeld</i></p>	Abt. 1 (Mielke)
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 13.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex</p>	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	13.11.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
 - Eugenia Romo Ventura
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Djin-Ye Oh
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
 - Stefan Kröger
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher

- Ronja Wenchel
- Marieke Degen
- ! P1
 - Mirjam Jenny
 - Esther-Maria Antao
- ! P4
 - Dirk Brockmann
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss



	<ul style="list-style-type: none"> ○ KW45: Positivenquote 7,9% ! Differenz Inzidenz zur Vorwoche aller LK (Stand KW45) <ul style="list-style-type: none"> ○ Jeder Punkt ein LK; ○ Grüner Punkt zeigt den Abfall in Inzidenz; ○ Roter Punkt steht für Anstieg der Inzidenz; ○ In KW45 zeigt beides: vermehrter Rückgang, aber auch deutlicher Anstieg; ! Anzahl der LK mit Anstieg/Abfall in Inzidenz zur Vorwoche (Stand KW45) <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie vorherige Folie als Säulen-Diagramm ! Nachfragen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Änderung der Testkriterien zum Herbst/Winter (vornehmliches Testen von Symptomatischen, Vulnerablen und Ausbruchsgeschehen) wird durch weitere Instrumente berücksichtigt; ○ Herr Meyer-Hermann (DZI) stellte Daten vor zum Effekt der bisherigen Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bis 29.10. zeigte sich ein linearer Anstieg; genau danach flachte dieser ab; ▪ Diese Ergebnisse decken sich mit jenen des Mobility Report von Herrn Brockmann; ▪ Vermutung: Bevölkerung hat schon bei Ankündigung des lockdown light die Kontakte reduziert; ▪ Fraglich, ob bis Weihnachten mit diesen Maßnahmen die Inzidenz unter 50 Fälle/100.000 Ew. gehen wird; ▪ Daher Diskussion, ob Schulschließungen erfolgen sollten; ▪ Hohe Inzidenz bei 10-19-Jährigen zu sehen; ▪ Brauchen mehr Daten zum Infektionsgeschehen in den Schulen und vor allem welche Maßnahmen in den Schulen der BL mit absteigender Inzidenz umgesetzt wurden. ▪ Bemühungen laufen bereits eine Übersicht der Maßnahmen in den Schulen, sog. Tableaus, von der Kultusministerkonferenz zu halten; ○ Im WHO Situation Report sind wir als Land mit Cluster-Übertragung angegeben; Warum nicht zur community 	Heiden)
--	---	---------

	<p>transmission übergehen?</p> <p><i>ToDo:</i></p> <p><i>-FG36 (Kröger) passen die FAQ zur Teststrategie an, damit deutlich wird, dass aktuelle Anpassung kein Strategiewechsel ist;</i></p> <p><i>-Bitte am Montag Wechsel zum community transmission auf die Agenda nehmen;</i></p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! An dem Gespräch mit der Delegation von Macron haben Frau Rexroth, Herr Eckmanns und Frau Hanefeld teilgenommen;</p> <p>! Es wurde u.a. zu folgenden Themenausgetauscht: Erhöhung von Testkapazitäten, Föderalismus, Bedeutung der KoNa; interessanter Austausch;</p>	<p>FG38 (Rexroth) FG37 (Eckmanns)</p>
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Alle</p>
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Äußerungen zur Nationaler Teststrategie über Website mit BMG (Frau Korr) abgestimmt</p> <p>! Neu und in telefonischer Beratung viel angefragt ist die Unterstützung bei Suizidalen; Dies auf der Website zur Psychischen Gesundheit;</p> <p>! Es häufen sich Anfragen zu Schulen und Kitas: Was ist zu tun, wenn Quarantäne in Schule/Kita angeordnet wurde; Es dauert bis zu 6 Tage bis GA sich bei Einrichtungen und Eltern melden. Viel Unruhe bei den betroffenen Eltern;</p> <p>Presse</p> <p>! Gestern sind überarbeitete FAQ, ans LZ geschickt worden; Bitte um schnelle Rückmeldung dazu;</p>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>
6	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Schulschließungen:</p> <p>Sind oben schon diskutiert worden (s. Top 1 Nationale Lage); Mehr Infos/Daten sammeln über die angefragten Tableaus;</p>	



	<p>b) RKI-intern</p> <p>! ECDC Falldefinition, Ag Teste: Wird unter Top 12: Surveillance besprochen;</p> <p>! Quarantänekürzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In AGI wurde eine Kürzung der Quarantäne diskutiert; ○ Anfrage beim Krisenstab, ob dies unterstützt wird; ○ Aktuelle Quarantäne-Regelung: Bei Einreise aus Risikogebiet: 10 Tage Quarantäne; bei KP1: 14 Tage Quarantäne; ○ AGI schlägt eine Vereinheitlichung der Quarantäne-Dauer auf allg. 10 Tage vor; ○ Viel Diskussion, da wenig wissenschaftliche Evidenz zu den Folgen einer Verkürzung der Quarantäne gegenüber dem Wunsch die Compliance der Bevölkerung nicht zu verlieren; ○ Fazit: Zunächst keine Einigung auf Verkürzung; <p><i>ToDo:</i></p> <p><i>-Quarantänekürzung auf die Agenda für Montag.</i></p> <p><i>- Diskussion zu Schulschließungen auf die Agenda für Montag</i></p>	<p>FG38 (Rexroth)/ Alle</p>
7	<p>Dokumente</p> <p>! Dokumente: Orientierungshilfe zum Kontaktpersonen Management in der Herbst- und Wintersaison 2020/21 (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ziele: Effiziente Unterbrechung v. Infektionsketten, schnelle Erkennung und Isolierung von Fällen; Ausbreitung im Zusammenhang mit Risikogruppen oder med. Personal verhindern ○ Triage, heißt Entscheidung, Einordnung ○ Diskussion: Begriff_ Triage ungünstig; statt Triage, Bewertung und Entscheidung ○ Bürger Info über BZgA und Dieses Dokument für GA- 	<p>FG 36 (Haas)/ Alle</p>

	Mitarbeiter mit Vorkenntnissen	
	<i>ToDo: Wierler gibt das Dokument frei, wird veröffentlicht</i>	
8	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Impfung gegen COVID-19 (Folien hier) ! Studien zur Wirksamkeit erreichen Meilenstein beim mRNA Impfstoff von BioNTech/Pfizer; ! Bisher nur als Presseinformation (PM), um Inside Trading an der Börse zu verhindern; ! Valide Infos vom Hersteller in PM, kennen nicht die Daten im Detail; ! Zum 15.12. soll Impfempfehlung von STIKO stehen; ! Mehrere Impfstoffe in der Pipeline: AstraZeneca hatte Schwierigkeiten; nach Öffnung kann Impfstoff bei 2-8 Grad im Kühlschrank 5 Tage aufbewahrt werden ! Nächste Woche wird Ole Wichmann Systematic Review zu den Impfrisiko vorstellen; ! Impfung von Bewohnern in Pflegeheimen muss Vorort in den Heimen organisiert werden ! Eines der ersten Ziele, die erreicht werden ist es Todesfälle in den Risikogruppen reduzieren 	FG33 (Wichmann)
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Virol. Surv, 239 Proben in der vergangen Woche untersucht ! Reduktion der Testung für GA sind nicht mehr Leistbar. Meisten GÄ haben Verständnis 	FG17 (Oh) ZBS1 (Nitsche)
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Umgang mit Einreisenden, die bestätigte SARS-CoV-2 Fälle waren (Genesende) (Mail vom 12.11.2020 15:44) <ul style="list-style-type: none"> ○ Genesene müssen nicht mehr in Quarantäne jedoch ihre Symptome selber beobachten; aber gilt dies auch für Genesene bei Einreise aus Risikogebieten? ○ Es gibt derzeit keine Evidenz dafür, dass Reinfektionen selten sind. Insbesondere gibt es keine Evidenz dafür, dass Reinfizierte Personen das Virus nicht weitergeben. Die Evidenz, die es in diesem Zusammenhang gibt, stammt von saisonalen Coronaviren, mit denen man sich immer wieder infiziert <p><i>ToDo: Text wird vorbereitet von FG38; unterstützt durch Haas;</i></p>	Alle FG38 (an der Heiden)



	<i>Zustimmung Abt.1;</i>	
12	<p>Surveillance</p> <p>! Vorschlag des ECDC zu einer aktualisierte Falldefinition, die auch die Antigentests aufnimmt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vorschlag für eine RKI Lösung: Ag-Test positive als Fälle zählen (in Falldefinition aufnehmen), die nicht die Referenzdefinition erfüllen? Es gibt zwar keine Meldepflicht für die Ag-Tests ○ keine Kommentare ans ECDC schicken, weil keine Probleme damit ○ zweites Papier zur Validierung der Ag-Tests; entspricht im Grunde dem RKI Papier <p><i>ToDo: FG32 macht Entwurf für Anpassung der Falldefinition (Diercke)</i></p>	FG36/32 (Diercke)
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>! DEA: aktueller Stand, FF an Herrn Schmich</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Funktioniert bei vielen gar nicht, dauert bis dies operativ ist <p>Danke an Leitung für den Einsatz, dass Schmich FF hat</p>	FG38
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>! Zur Erinnerung: Antworten auf Erlasse werden aus dem LZ verschickt und die Antwortenden NICHT cc genommen, ID bleibt in Betreff;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Damit BMG nicht direkt an die Bearbeiter zurück schreibt; ID im Betreff lassen beim Senden an BMG, dann kann man die Antwort auch im nCoV-Lage Postfach finden; 	FG38
15	Wichtige Termine	
16	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 16.11.2020, 13:00 Uhr, via Webex</p>	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	16.11.2020, 13:00 – 15:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Matthias an der Heiden
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Stefan Kröger
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! MF1
 - Max von Kleist
- ! P1
 - Mirjam Jenny

- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
 - Marieke Degen
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
- ! ZIG1
 - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Polen hat bisher keine Ausbrüche in Nerzfarmen gemeldet. ○ Ozeanien: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0,06% der neuen Fälle, aber Alarmbereitschaft wegen Zunahme der Fälle <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 801.327 (+10.824), davon 12.547 (1,6%) Todesfälle (+62), 7-Tage-Inzidenz 143,3/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für Montag noch viel, aber weniger als letzte Woche. ○ 4-Tage-R=1,12; 7-Tage-R=0,97 ○ ITS: 3.385 (+60), invasiv beatmet: 1.923 (+47) ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abflachung ist weiter sichtbar. ▪ Wie ist der deutliche Rückgang in Bremen zu interpretieren, als Rückgang oder als Überlastung? ▪ Rückgang in Berlin hat sich nicht fortgesetzt. ▪ Inzidenz in MV und SH nimmt ab, KoNa aufgrund der geringeren Fallzahlen noch möglich. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 120.000 Fälle; 252 LK mit Inzidenz >100-250 Fälle und 23 LK mit Inzidenz >250 Fälle. ▪ Nicht mit sehr schneller Entspannung zu rechnen. <p>! Bewertung der aktuellen Fallzahlen (erschöpfte GA-/Laborkapazität? Meldeverzug? Echter Rückgang?); Mail 16.11.2020; 10:55 Uhr an nCoV-Lage</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Am Mittwoch TK zur KoNa anberaumt, um strategische Fragen zu besprechen. Bisher eher anekdotische Berichte, dass Kontaktpersonen nicht mehr informiert und getestet werden können. ○ Sättigung bei ausbleibenden Laborkapazitäten zu erwarten. Der Rückstau am Wochenende wird vermutlich größer. 	<p>Alle</p> <p>FG34 (an der Heiden)</p> <p>FG34 (an der Heiden)</p>
--	--	---



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Positivquote ist ein wichtiger Parameter. ○ Ist es möglich, bei der Laborabfrage zwischen Patienten mit und ohne Symptomatik zu differenzieren? Ist bei Voxco-Abfrage und auch in ARS nicht möglich. Das Labor weiß nicht, ob ein Patient symptomatisch ist. <p><i>ToDo: Mitnahme dieses Punktes in AG Diagnostik, FF Mielke</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt in ARS vermutlich zu wenige Daten, um spezielle Auswertungen über Bremen zu machen. ○ Im Moment sind die Laborkapazitäten zu 95% ausgelastet, dies weist auf Überlastung hin. So fehlen z.B. Pipettenspitzen, die auch für andere Diagnostik notwendig sind. ○ Wie groß ist Überlastung im Labor? Positivenrate zur Beurteilung heranziehen. <p>! R-Wert (Abbildung hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In den letzten Wochen wurde das Geschehen eher unterschätzt, in letzten beiden Tagen leicht überschätzt, deshalb leicht nach unten korrigiert. <p>! Heat-Map zur Differenz der Inzidenzen (hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vergleich nach BL <ul style="list-style-type: none"> ▪ In Woche 41 steigt in vielen BL die Inzidenz. Beginn der 2.Welle war sehr synchron in vielen BL, hat scheinbar nicht nur mit Ferienende zu tun. ○ Ab KW44 Start Lockdown light: Was geschieht in den Folgewochen? <ul style="list-style-type: none"> ▪ LK mit hohem Geschehen reagieren mehr auf Lockdown. Bevölkerungsbezogene Maßnahmen wirken dort besser. ▪ Kein systematischer Effekt bei Aufsplittung nach BL. ▪ Kein systematischer Effekt bei unterschiedlicher Bevölkerungsdichte. Höchste Steigerungen bei LK mit sehr hoher Dichte, zum Teil aber auch hoher Anstieg bei LK mit niedriger Dichte. ○ Was könnte ein kritischer Wert zum Aussteigen aus den Maßnahmen sein? 	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p>	

	! Nicht besprochen	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! CWA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Den Nutzern sollen weitere Informationen von der App zur Verfügung gestellt werden, um die Akzeptanz zu verbessern. ○ Technisch funktioniert sie gut, ist aber stark von der tatsächlichen Nutzung abhängig. ○ Idee: Esri-Board zu verlinken, R-Wert einzustellen um App attraktiver zu machen. Aufwendig wären die begleiteten Erklärungen. ○ Qualitätsmanagement ist erforderlich. Eine schnellere Vermittlung der Laborergebnisse zu den Nutzern würde zu größerer Akzeptanz beitragen. ○ Kann der Mehrwert der CWA zwischenzeitlich mit Zahlen belegt werden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ In welcher Dimension ist nach wie vor schwierig zu beantworten. Der Hauptmehrwert ist die Erreichung von Kontaktpersonen, die nicht über die GA erreicht werden. ▪ Es gibt erste Modelle von Hr. Kirchner um Mehrwert zu errechnen. Noch wird überlegt, wie das am besten abgeschätzt werden kann. <p>! Projekt digitale Einreiseanmeldung (https://einreiseanmeldung.de/#/)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Um Synergien zu nutzen, soll das CWA-Team involviert werden. Zusammen mit FG38 soll eine Projektstruktur etablieren werden, bei der auch unterschiedliche Personen aus Abt. 2 beteiligt sind. <p><i>ToDo: Nächste Woche kurze Vorstellung des Projekts</i></p>	ZIG1 (Schmich)
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Nicht verändert</p>	Alle
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Wird ab nächster Woche Kontakttagebuch zur Verfügung stellen, als pdf-Version zum Download und als gedruckte Version zum Bestellen.</p> <p>Presse</p> <p>! Evtl. soll am Donnerstag ein Pressebriefing stattfinden, in dem das Schulthema aufgegriffen wird.</p> <p>! Gemeinsame Kampagne von BMG und RKI ist geplant. Von COVID-19-Betroffene (unterschiedliches Alter, Hintergrund, Schweregrad) sollen in TV Spots und sozialen Medien vorgestellt werden. Die Geschichten werden wissenschaftlich begleitet und</p>	BZgA Presse P1 (Jenny)



	<p>in einen Kontext gesetzt. Die Kampagne beginnt Anfang Dezember und läuft voraussichtlich bis Februar.</p> <p>! Ist geplant die BZgA zu beteiligen? Nach Absprache mit dem Ministerium wird sich Fr. Jenny direkt mit der BZgA in Verbindung setzen.</p>	
<p>6</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Anfrage zum Wechsel in WHO situation report von cluster zu community transmission</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wäre ein Wechsel zu community transmission sinnvoll? ○ Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Läuft die Infektion unkontrollierbar durch die Bevölkerung, dann müssten die Sentinel-Surveillancesysteme anspringen. ▪ Wenn bei 80% der Personen keine Information über die Infektionsquelle vorhanden ist. ○ Wie machen das die anderen Länder? Es sollte das gleiche Maß wie in den anderen Ländern verwendet werden. ○ Aus strategischen Überlegungen soll zu diesem Zeitpunkt, im Lockdown, nicht auf Community transmission gewechselt werden. Vielleicht sinken die Fallzahlen bald. Deshalb wird die Entscheidung im Moment verschoben. <p>! Beschlussvorschlag für die Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 16.11.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ FFP2-Masken für vulnerable Gruppen. „Für einen bestmöglichen Alltagsgebrauch werden praktische Hinweise des RKI unter Beteiligung des BfArM entwickelt (Nr. 7; S.8)“. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Regierung möchte beschließen, dass an jede Risikoperson 15 Stück kostenlos abgegeben werden. Das RKI soll praktische Hinweise unter Beteiligung des BfArM entwickeln. ▪ Kann noch interveniert werden? Es ist ungünstig und gefährlich, wenn Masken von Laien benutzt werden. ▪ Deutsche Gesellschaft für Mikrobiologie und Hygiene hält FFP2-Masken, wenn sie nicht gut sitzen, für ein ungünstigeres Mittel als MNS, da sie Scheinsicherheit 	<p>FG38 (an der Heiden) Alle</p> <p>VPräs (Schaade)</p>

	<p>vermitteln. Auch BAMF und ABAS empfehlen die Masken für die private Nutzung nicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einflussnahme eher nicht mehr möglich, die Beratungen finden zeitgleich statt, RKI wurde im Vorfeld nicht gefragt. ▪ Falls so entschieden wird, sollte auf die Herausforderungen hingewiesen werden und eine Ausgabe mit Rezept nach vorheriger Beratung durch den Hausarzt empfohlen werden. ▪ Der Hausarzt kann prüfen, ob ein kardiales oder pulmonales Risiko besteht, und kann im Gebrauch unterweisen. ▪ Es wird kein 100% Dichtsitz sein. Vermutlich ist die Schutzwirkung ähnlich wie bei MNS, andere Schutzmaßnahmen dürfen nicht vernachlässigt werden. ▪ Zunächst soll abgewartet werden, was beschlossen wird. Dann muss die entsprechende FAQ überarbeitet werden. ▪ Fr. Brunke hat bereits Vorschlag für FAQ vorbereitet und zirkuliert und nimmt weitere Anmerkungen gerne entgegen. ▪ Für Pflege wird gerade ein Dokument erarbeitet, in dem MNS empfohlen wird. Hier soll vor Veröffentlichung zunächst der Beschluss abgewartet werden. <ul style="list-style-type: none"> ○ SORMAS und DEMIS (Nr. 9; S. 9); <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist so nicht umsetzbar und schwächt unser System, keine unmittelbaren Handlungsfolgen. <p>b) RKI-intern</p> <p>! Quarantänekürzung; Frage des Ministers zur Quarantäneverkürzung auf 10 Tage durch Ag-Test am Tag 10; Vorstellung aktuelles Modell von Max von Kleist</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tool: CovidStrategyCalculator wurde erstellt. Das Dokument wird heute Abend auf einem Preprint Server (MedRxiv?) hochgeladen und auf der RKI-Seite verlinkt. ○ Berücksichtigt Personengruppe (Kontaktpersonen, Reisende), Quarantänezeit, Isolierungsstrategien und Tests (PCR oder Antigentest) und berechnet Wahrscheinlichkeit infektiös zu sein, das finale Risiko sowie die Risikoreduktion 	<p>FG37</p> <p>FG38</p> <p>VPräs (Schaade) MF1 (von Kleist)</p>
--	---	---



	<p>der Maßnahmen. Auch Prävalenzschätzung ist möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wurde mit verfügbaren Daten validiert. ○ Ein Antigentest an Tag 10 führt zu in etwa der gleichen Risikoreduktion wie eine 14-tägige Quarantäne ohne Test, wenn Antigentests sensitiv genug sind. ○ Wie misst man Sensitivität? Die Tests von Abbott und Roche wurden mit klinischen Proben evaluiert. ○ Virenverläufe sind unglaublich variabel. Dass ein Antigentest generell später anschlägt oder früher negativ wird, kann man aufgrund von großer Variabilität bei Patientenproben so nicht sagen. Über den gesamten Zeitverlauf ist die Sensitivität von Antigentests etwas geringer ○ Bei der Veröffentlichung muss unbedingt darauf hingewiesen werden, dass es sich um ein Modell für Strategieentwicklung und -bewertung handelt und nicht für die individuelle Risikoabschätzung verwendet werden kann. Es handelt sich um eine theoretische Modellierung, die mit Durchschnittswerten arbeitet und sich immer auf ein Kollektiv bezieht. ○ Falsch positive Antigentests spielen in diesem Modell keine Rolle, da das Tool die Sicht des Infektionsschutzes abdeckt (von Quarantäne in Isolation). Außerdem soll jeder positive Antigentest mit einer PCR bestätigt werden. ○ Ergebnis: Verkürzung der Quarantäne auf 10 Tage mit Antigentest ist gerechtfertigt. Quarantäneempfehlung muss modifiziert werden. ○ Ist es das Ziel 14 Tage Quarantäne durch 10 Tage + Test zu ersetzen oder eher 14 Tage Quarantäne zu empfehlen um Tests einsparen? Eine Öffnung der Empfehlung ist politischer Wille. ○ Wie kann das Kontaktpersonenmanagement ergänzt werden? ○ Verkürzung der Quarantäne durch Tests hat eine andere Zielsetzung und ist nicht Teil des Kontaktpersonenmanagements. Aufgabe des RKI ist es fachliche Hintergründe darzulegen, das BMG kann eine Verordnung daraus machen. ○ Der Minister führt Gespräche mit Experten mit dem Ziel die Quarantäne zu vereinfachen. Die Quarantäneempfehlungen müssen an einer Stelle leicht verständlich zusammengefasst werden. Der Unterschied zwischen dem Test an Tag 5-6 bei Einreisenden und dem Test an Tag 10 zur Verkürzung muss 	
--	---	--

	<p>deutlich werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In einem EpidBull Artikel zur Quarantänedauer wird beschrieben, unter welchen Bedingungen eine Quarantäneverkürzung möglich ist. <p><i>ToDo: Überprüfung und Überarbeitung des EpidBull Artikels, FF FG36</i></p> <p><i>ToDo: In Vorschlag vom Freitag zum Kontaktpersonenmanagement wird in die Definition zur Quarantäne: 14 Tage nach letztem Kontakt, alternativ 10 Tage + Test aufgenommen.</i></p>	
7	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anpassung FAQ zur Teststrategie (Vorschlag hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Umformulierung der FAQ wurde zugestimmt. 	Alle FG36 (Kröger)
8	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG33
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ZBS1 <ul style="list-style-type: none"> ○ Auf Mittwoch verschoben ! Virologische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ○ Von 185 Proben wurden in den letzten 2 Wochen 67 pos. auf Rhinoviren getestet; 1 auf Parainfluenza und 11 auf SARS-CoV-2. 5 der 11 Proben waren von Kindern und Jugendlichen. ○ Es fand eine TK mit Dänemark zu SARS-CoV-2 bei Nerzen statt. Ein Isolat wird ans RKI geschickt werden. 	FG17 (Wolf)
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Entisolierung nach ITS (Vorschlag hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Es besteht der Wunsch aus den Intensivstationen nach einer klaren Definition der Entlasskriterien, wann entisoliert werden kann. ○ Durch die zunehmende Belegung der Intensivstationen sind diese unter Druck Patienten, die nicht mehr intensivpflichtig sind zu verlegen. Die aufnehmenden Einrichtungen fordern jedoch einen negativen PCR Test. Auch sind Kriterien für Symptombefreiheit bei beatmeten Intensivpatienten schwer zu definieren. ○ Der aktuelle Standard ist vom Juli, nun scheint der richtige Zeitpunkt für eine Änderung zu sein. ○ Ein Textvorschlag unter möglichst großer Beibehaltung der bisherigen Empfehlungen wurde von Hr. Mielke bereits an Hr. Nitsche und Hr. Herzog gesendet. ○ CT-Wert soll durch etablierten Standard ersetzt werden. ○ Eine nachhaltige Verbesserung der COVID-Symptomatik muss erhalten bleiben. <p><i>ToDo: Abstimmung des Textes auf Fachebene (Mielke, Nitsche, Herzog, Ruehe); daran anschließend Abstimmung mit STAKOB, Fertigstellung in</i></p>	IBBS / AL1 (Mielke)



	<p>1,5 Wochen geplant</p> <p>ToDo: Zirkulieren des Textes vorab zur Kenntnis an Verteiler Krisenstab durch nCoV-Lage</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eine allgemeine Empfehlung elektive Operationen abzusetzen gibt es im Moment noch nicht, ist Entscheidung der KH. 	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
12	<p>Surveillance</p> <p>! Abweichung der Inzidenz für Deutschland zwischen RKI und ECDC Daten; Anfrage beim ECDC läuft</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ auf Mittwoch verschoben <p>! Corona-KiTa-Studie (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiter unter Niveau des letzten Jahres ○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Kindern und Jugendlichen ist der Anteil übermittelter Fälle in fast allen Altersgruppen stabil. ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> ▪ 37 neue Ausbrüche, 19 in KW 45/46, betroffen sind Kita-Kinder, aber auch Betreuer ▪ Ausbruch Oberhavel: 43 Fälle, davon 14 Kita-Kinder (8 davon asymptomatisch), 14 ErzieherInnen mit Symptomen, und 15 Externe (Eltern/Großeltern, Geschwister); nicht beschränkt auf Kita, Richtung nicht bekannt ○ Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> ▪ 44 Ausbrüche KW45/46, Anzahl Ausbrüche relativ konstant ▪ 11-14 Jährige sind zu fast gleich hohem Anteil wie ältere Jugendlichen betroffen; Grundschüler im Trend weniger häufig. 	<p>FG32</p> <p>FG36 (Haas)</p>
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
15	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Heute Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder</p> <p>! IfSG-Änderungen: Formulierungsidee, um Informationen zu Kontaktpersonen zu erhalten, wurde am Freitag ans BMG geschickt, noch keine Rückmeldung.</p>	Alle
16	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 18.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex</p>	



Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Lage:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum, Uhrzeit:	18.11.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, Virtueller Konferenzraum WebEx

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - Regina Singer
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG33
 - Ole Wichmann
 - Thomas Harder
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37

- Tim Eckmanns
- Sebastian Haller
- ! FG 38
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Kirsten Pörtner (Protokoll)
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Jamela Seedat
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! P1
 - Esther-Maria Antao
- ! BMG
 - Christophe Bayer

TOP	Beitrag/Thema	einggebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle, Ausbreitung (Folien)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ca. 55 Mio. Fälle und ca. 1,3 Mio. Verstorbene (2,41%) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reihenfolge leicht verändert, an erster Stelle Vereinigte Staaten, dann Indien, Italien, Brasilien, Frankreich, Großbritannien, Russland, Polen, Deutschland und Spanien. ○ In 4 Ländern ist der Trend sinkend: Indien, Frankreich, Polen und Spanien. ○ 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ○ Botswana wieder in der Liste, zudem hinzugekommen Malediven ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> ○ In allen Ländern Inzidenz >50, außer in Island und Finnland ○ Weiterhin viele Fälle in LUX, Österreich, 	ZIG 1/Regina Singer



	<p>Slowenien, Schweiz, Liechtenstein, Polen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Neuinfektionen in Europa leicht regredient <p>! Zusammenfassung und News:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit steigende Fallzahlen, prozentuale Verteilung: Europa 44,8%, Amerika 38%, Asien 14,8%, Afrika 2,3%, Ozeanien 0,07% ○ Europa: weiterhin größter Anteil mit neuen Fällen und Todesfällen, sehr unterschiedliche Entwicklung in einzelnen Ländern (Rückgang in Frankreich, Spanien, Polen, Anstieg u.a. in Österreich und Schweden mit verschärften Maßnahmen) ○ Details zur Lage in Afrika: siehe nachgereichte Folien von ZIG (hier) <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 833.307 (+17.561), davon 13.119 (1,6%) Todesfälle (+305), 7-Tage-Inzidenz 139/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> ▪ weniger als letzte Woche ▪ ICU-Fälle steigen an ○ 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,95 ○ ITS: 3.517 (+81), invasiv beatmet: 2.010 (+39) ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abflachung ist weiter sichtbar ▪ Rückgang in Berlin hat sich nicht fortgesetzt ▪ Bayern auf Plateau, Bremen zeigt Rückgang ▪ Sachsen unter den TOP 5 ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 115.000 Fälle; 245 LK mit Inzidenz >100-250/100.000 Fälle und 21 LK mit Inzidenz >250-500/100.000 Fälle. 	<p>FG 32/M. Diercke</p> <p>alle</p>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spitzenreiter ist Berlin-Mitte mit 367,8/100.000 ▪ Heatmap: Höchste 7-Tagesinzidenzen bei den 20-29jährigen und >90jährigen, bei den 0-9jährigen und 70-90jährigen niedrigste Inzidenzen ▪ Fallzahlen ähnliches Niveau wie letzte Woche, Mittelwert bei 42 Jahren, kaum Änderung der Hospitalisierten im Vergleich zur Vorwoche ▪ Trend der ansteigenden Todesfälle hält vermutlich nicht an ▪ Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen (10-19) wird intern nochmal differenzierter dargestellt, um Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen bessern darzustellen, aktuell höchste Inzidenz gemäß ARZ bei 10-14jährigein ▪ Unterschied in Grund- und weiterführenden Schulen bei Inzidenzen? ○ <i>Diskussion zur Erweiterung der Maßnahmen und Entwicklung der Fallzahlen:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avisiertes Ziel von <50/100.000 wird vermutlich bis Weihnachten nicht erreicht, Abflachung der Kurve ist langsamer als ihr Anstieg, Compliance der Bevölkerung kritischer Punkt ▪ Ggf. weitere Auswertung der Großstädte: warum geht es in Bremen zurück, aber nicht in Berlin? ▪ Ggf. kann Gruppe der 50-90jährigen mehr/besser Maßnahmen umsetzen da auch hier hohe Inzidenzen? ▪ Limitationen der Heatmp: Heatmap spiegelt nicht Testhäufigkeit in Altersgruppen wieder, ggf. kann begrenzte Laborkapazität zur „Stabilisierung“ der Fallzahlen beitragen <p><i>TODO: Daten der altersbezogenen Inzidenzen der Kinder und Jugendlichen weiter nach Subgruppen stratifizieren (M. Diercke)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Syndromische Surveillance (Folien) <ul style="list-style-type: none"> ○ Grippeweb: Atemwegserkrankungen deutlich unter Vorjahresniveau mit sinkendem Trend ○ Auch ARE-Konsultationen seit 2 Wochen deutlich unter Vorsaison und rückläufig, ca. 830.000 ARE-Konsultationen in der letzten Woche ○ SARI-Fälle im ICOSARI-Sentinel: bei den 	<p>FG 36/S. Buda</p> <p>FG 37/T. Eckmanns</p> <p>alle</p>
--	---	---



	<p><60jährigen kein Anstieg mehr, aber bei 35-59jährigen deutlich erhöhtes Niveau, hier bereits Niveau von Frühjahr erreicht</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteil der COVID-Fälle unter SARI-Fällen bei >50%, unter 35-59jährigen bei 75% in der 44. KW ○ ARS-Daten (Folien): 45.KW niedriger als 44. KW, keine größere Testverzögerung im Vergleich zur Vorwoche, Anzahl der Testungen in allen Altersgruppen zurückgegangen, Positivenanteil bei den 0-4jährigen langsamerer Anstieg und geringster Positivenanteil, ebenso bei den 5-14jährigen, unterschiedliches Bild des Positivenanteils bei Stratifizierung nach Bundesländern, kein Anhalt für viele Übertragungen in den Schulen ○ <i>Diskussion zu Inzidenzen bei Kindern und Jugendlichen sowie Maßnahmen an Schulen:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grundsätzlich ist Übertragung bei Kindern/Jugendlichen vergleichbar mit Situation bei Erwachsenen, kein Anhalt für geringere Betroffenheit von Kindern/Jugendlichen bis auf Kita/Grundschulkindern, ggf. aber auch viele undiagnostizierte asymptomatische Fälle in dieser Altersgruppe im Sinne von diagnostischem Bias ○ Obwohl die aktuellen Maßnahmen sich nicht auf Schulen konzentriert kommt es nicht zu einem größeren Anstieg bei den Kindern/Jugendlichen ○ Ziel bleibt, die Schulen offen zu halten aber mit verschärften präventiven Maßnahmen ○ Konzentration auf BuLä, in denen es wenig Hygienekonzepte in Schulen gibt, ggf. erneut Stratifizierung der Daten nach Positivenrate nach BuLä ○ Ggf. Empfehlungen zu Sport- und Musikunterricht anpassen, da diese bisher weiterhin stattfinden ○ Gibt es wirklich einen diagnostischen Bias bei asymptomatischen Kindern oder ist niedriger Positivenanteil nicht etwa sogar unterschätzt aufgrund von Testung von eher symptomatischen Kindern? ○ Unsere Empfehlungen sind aktuell aber werden leider bisher nur z.T. umgesetzt 	<p>Abt. 3/O. Hamouda/alle</p> <p>U. Rexroth</p>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Datengrundlage von Negativtests wird wegfallen, es bleibt nur ARS <p><i>TODO: Dialog mit BMG über Kompensation von wegfallenden Daten über Ausweitung von ARS (Leitung/T. Eckmanns)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Testkapazität und Testungen (mittwochs Folien) <ul style="list-style-type: none"> ○ Zahl der Tests rückläufig, dh. Kapazität ist nicht mehr voll ausgelastet, Positivquote angestiegen auf 9%, allerdings aufgrund der neuen Testkriterien vom 11.11.2020 nur bedingt zur Vorwoche direkt vergleichbar, der weitere Verlauf wird dann wieder vergleichbar, trotzdem Untererfassung vermutlich steigend, Probenrückstau hat abgenommen, neuer Absatz bezüglich des Positivenanteils unter den neuen Testkriterien im Lagebericht ○ Austausch GA Offenbach (Rexroth) <ul style="list-style-type: none"> ○ Work in progress 	
2	Internationales (nur freitags) !	ZIG
3	Update Digitale Projekte (nur montags)	Schmich
4	Aktuelle Risikobewertung <i>TODO: bis Freitag Risikobewertung erneut anschauen so dass am Freitag diskutiert werden kann (alle)</i>	alle
5	Kommunikation ! Infomaterial zum Impfen wird angepasst und bis Ende der Woche finalisiert	BZgA
6	Strategie Fragen a) Allgemein ! Effekt vorliegender Grundkrankheiten auf das Outcome von COVID-19 Erkrankungen (Folien) <ul style="list-style-type: none"> ○ Umbrella Review (Meta-Synthese zu existierenden sys. Reviews, hier aus USA und Europa): ○ Berechnung von Assoziation von Komorbiditäten und schwerem Outcome von COVID-19 (Risiko für Hospitalisierung bzw. Tod), insgesamt wurden 23 Komorbiditäten für Alter adjustiert & analysiert, einzelne Vorerkrankungen ergebene unterschiedlich starke Schätzer, z.B. Herzinsuffizienz oder Z.n. Organtransplantation mit sehr hohen Schätzern für Hospitalisation ○ Message: ab 70. LJ ist Risiko für schwere COVID-Erkrankung und inhospital-mortality adjustiert für Komorbiditäten erhöht, ab 80. LJ deutlich erhöht ○ Daten werden STIKO hinsichtlich Impf- 	FG 33/Th. Harder

	<p><i>TODO: bitte erneute Kontaktaufnahme mit ECDC und Bitte um Kohärenz zu unseren Daten (M. Diercke) und erneute Rückmeldung an BMG</i></p> <p>! Morgen tritt 3. „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ in Kraft, alle Dokumente müssen aktualisiert werden, insbesondere zur Meldepflicht etc.</p> <p>! Corona-KiTa-Studie (nur montags)</p>	
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>!</p>	FG38
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>!</p>	FG38
15	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Expertenbeirat Influenza (Do 19.11.)</p> <p>! Austausch mit Frankreich (Fr 20.11. RKI ZIG Teilnehmer noch nicht klar), Teilnehmer aus AG Diagnostik ausstehend</p> <p><i>TODO: Rücksprache mit Frau Hanefeld, Herrn Aebischer, Herrn Mielke erbeten bezüglich ausstehenden Teilnehmers aus AG Diagnostik, um nicht allzu viele verschiedene Leute einzubinden (Maria an der Heiden)</i></p>	Alle
16	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag 20.11.2020, 11:00</p>	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	20.11.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	WebEx Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
 - Annette Mankertz
 - Sebastian Voigt
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Djin-Ye Oh
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
 - Susanne Glasmacher
- ! P1

- Esther-Maria Antao
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Christophe Bayer

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Fälle, Ausbreitung (Folien hier): >56,3 Mio. Fälle weltweit, >1,3 Mio. verstorbene (2,4%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tendenz zunehmend: USA, Italien, Brasilien, Russland und GB zunehmend ▪ Tendenz sinkend: Indien, Frankreich, Polen, Deutschland, Spanien ○ 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktuell 82 Länder ▪ Seit Anfang Oktober auch Anstieg in Afrika, dort werden Fallzahlen nun auch von nordafrikanischen Ländern getrieben (vorher v.a. Südafrika) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viele Meldungen im Iran, Jordanien und Marokko, nach WHO EMRO werden Maßnahmen dort nicht gut eingehalten ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> ▪ Island und Finnland alleine nicht über der 50/100.000 Schwelle ▪ Frankreich, Spanien und Polen aktuell Vorreiter, Italien auch langsamer Anstieg ▪ Dänemark hat Corona Beschränkungen in Jütland, ursprünglich bis 3.12 geplant, aufgehoben da Inzidenz nach Nerz-Geschehen gesunken ist, Kultur- und Freizeiteinrichtungen dürfen dort erneut öffnen ▪ In Spanien dürfen demnächst wieder Restaurants, Bars und Kinos öffnen, Personenzahl Beschränkungen ○ Finnland <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insgesamt 19.935 Fälle, 7-Tages-Inz. 28,8/100.000 ▪ Testrate hat im November abgenommen, Positivrate und Neuinfektionen sind gestiegen ▪ Hybrid-Strategie, verstärktes testen, KoNa und Behandeln von Fällen! effektives Testsystem und Nachverfolgung von Übertragungen ▪ Maßnahmen: aktuell mild, im März 2 Monate strikter Lockdown, ab Mai langsame Öffnungen ▪ Es gab noch Depots mit Masken und PPE vom kalten Krieg, genug Material war verfügbar ▪ Zentraler Bestandteil Strategie ist eine App, 45% der Bevölkerung nutzt sie (in DE 27%) und sie wird aktiv auch für die KoNa genutzt 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Höchste Rate an Telearbeit in Europa (>60%) ▪ Keine Maskenpflicht, sind jedoch in Großstädten empfohlen und dies wird befolgt, generell befolgt finnische Bevölkerung Empfehlungen, es gibt ein großes Vertrauen in Regierung und Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personenzahl in Restaurants beschränkt, generell kein Volk großer Menschenansammlungen, auch sehr niedrige Bevölkerungsdichte ▪ Nutzung alternativer Methoden bei Ankunft am Flughafen, z.B. Einsatz von Hunden auf freiwilliger Basis, dann PCR Test ▪ Krisenkommunikation ist mehrschichtig (verschiedene Gruppen individuell adressiert) und modern, z.B. Einbindung von Influencern ▪ Genaue Teststrategie soll nachgereicht werden ○ Südkorea und Taiwan: beide haben Epidemie-Erfahrung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Südkorea: 2015 MERS-CoV ! Umstrukturierung von Notaufnahmen, Maßnahmen zum Gesundheitsschutz ▪ Taiwan: 2002-3 SARS ! Zusammenfassung <ul style="list-style-type: none"> ○ Afrika: Anstieg, aktuell v.a. in nordafrikanischer Region ○ Europa: weiter größter Anteil neuer Fälle und Todesfälle ! Diskussion <ul style="list-style-type: none"> ○ Wichtig: Personalkapazität für KoNa im Verhältnis zu Fällen ○ Geringere Fallzahl, besser zu managen, z.B. Superspreader im Nachtclub in Südkorea im Mai, starke Reaktion und Maßnahmen damals ○ Ziel für Deutschland: Fallzahlen so niedrig wie möglich zu halten (auch von Seiten des BKA), ist ggf. nicht in jedem Land das Ziel (manche Länder haben die Situation mehr laufen lassen) ○ RKI liefert Grundlagen hierfür inklusive Strategie und Kommunikation in den politischen Raum (inkl. Beratung von BKA), wir können nicht zu Handlung verpflichtet oder diese erzwingen ○ Bundesländer gehen nicht immer mit den Plänen des Kanzleramts d'accord - siehe Schule ○ Im Grunde ist Deutschland wie Finnland aufgestellt und hat denselben Ansatz, unsere Fallzahlen sind höher und Finnland hat gewissen Vorteile (z.B. Bevölkerungszahl/dichte, Kulturunterschiede) ○ In DE gute Institutionen die Daten publizieren, HZ, Fraunhofer, OECD Bericht bestätigt dies ○ Teilweise lassen Ministerpräsidenten sich von Wissenschaftlern mit anderen Überzeugungen beraten; die meisten Virologen sind gegen freies durchlaufen lassen des Virus und für die vom RKI entwickelten Empfehlungen 	
--	--	--

	<p>(gestern im Expertenbeirat diskutiert)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Erfolg von Maßnahmen kann mit RKI-Daten nicht zufriedenstellend beantwortet werden, selbst mit lokalen Studien wird es nicht mit ausreichendem Detail erfasst ○ Wir wissen, welche Faktoren die Inzidenz hochtreiben und kennen sinnvolle Maßnahmen, werden dies aber mit RKI-Daten nicht belegen können <p>! Zielwerte</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frage: wohin müssen wir, um wieder Kontrolle zu erlangen? ○ Ende Oktober ging die Kontrolle verloren ○ Aktuelles Ziel ist 7-Tage-Inz. <50/100.000, dies entspricht 5.700 Fällen/Tag, eigentlich noch relativ viel, fraglich ob Lage dann unter Kontrolle ist? ○ Modellierer sollten dies anschauen, wann Kontrolle realistisch ist, welche Zahlen sollen durch Maßnahmen angestrebt werden, wann müssen sie verschärft werden? Woran sollten diese festgemacht werden? Wie definieren wir diese Kontrolle? Dass KKH und IST nicht überlaufen sind? Ist dies aktuell erreicht? ○ Basismaßnahmen befinden sich in der Anlage 2 des RKI-Strategiepapiers (hier), klassische Infektionsschutzmaßnahmen, Ziel: keine/wenig wirtschaftliche und Lebens-einschränkungen und trotzdem keinen Inzidenzanstieg, manche Länder schaffen das (Finnland) ○ Maßnahmen sollten stark hochfahren, wenn Zahlen steigen <p>! StopptCOVID-Studie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Läuft seit einem Monat mit zwei Teilprojekten: ○ 1. (Matthias an der Heiden, Viviane Bremer) Uni Bielefeld Monitoring der Maßnahmen und Vergleich mit Infektionszahlen, retrospektiv und prospektiv, aktuell Auswahl der Kreise (Sampling) und der Daten die genutzt werden ○ 2. Fallkontrollstudie, Untersuchung von individuellem Schutz und Risikoverhalten, ist diese Woche gestartet, gewisse Tendenzen können herausgearbeitet werden <p>! Schulen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In Schulen ist Maßnahmen-Umsetzung höchst unterschiedlich und eine Evaluierung derselben viel komplizierter, jede sieht anders aus (Lehrerschaft, Räume, Disposition, usw.) ○ Im Schulbereich gibt es klare Vorgaben von Kultusministerien die umgesetzt werden müssen, diese liegen dem RKI nicht vor, anfrage läuft, ob diese zu zahlen korreliert werden können, im stoppcovid Projekt sind Maßnahmen nicht erfasst, wenn daten nicht verfügbar sind können keine Korrelationen erstellt werden ○ Im Bereich der Veranstaltungen kann Evidenz einfacher herausgearbeitet werden ○ Viola Priesemann hat test-trace-and-isolate (TTI) 	<p>FG12</p>
--	---	-------------



	<p>Kipp-punkte definiert, jenseits derer Kontrollverlust eintritt (hier): es wird beschrieben, ab wann Kapazität der GA überschritten wird jedoch kein Zahlenwert genannt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Könnte kein Zahlenwert definiert werden? ○ Matthias an der Heiden und Osamah Hamouda können sich mit diesen in Verbindung setzen um Möglichkeiten zu eruieren, ist eine Kapazitäts- und Priorisierungsfrage ○ Warum gehen die Zahlen nur so schleppend runter? Haben die Maßnahmen kaum Auswirkungen auf Haushalte? Müssen wir noch eine Empfehlung geben, dass kranke nicht zu Hause gepflegt werden? ○ Auswertungen zu Übertragung in Haushalten wurden z.B. in Dänemark gemacht, sollte dies hier näher untersucht werden? (s. auch unter Strategie) <p>! Fachliche Einschätzung mehrerer Publikationen zu AK bei Kindern und Jugendlichen (ID 2201) Sebastian Voigt (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zur Frage der Antikörper (Ak) Kreuzreaktivität zwischen endemischen Coronaviren HCoV und SARS-CoV-2 gibt es 4 Studien: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1. Science Paper (Ng KW et al., Science 2020): <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 Gruppen wurden untersucht, Ak-positive mit neutralisierenden Ak, (grau) nicht PCR-positiv aber teilw. auch neutralisierenden Ak, auch bei Kindern (und Kindern die nicht infiziert waren) ▪ Controls: andere Gruppen und Kohorten ▪ 1-15% der nicht-infizierten hatten neutralisierende Ak ▪ IgG Reaktivität korreliert ▪ Nur erkrankte haben IgG gebildet ▪ Personen die nicht infiziert waren aber Ak hatten, hatten IgG aber kein IgM und IgA ○ 2. Anderson EM et al: HCoV Ak Nachweis nach SARS-CoV-2-Infektion, Ak wurden gefunden aber kein Schutz, kein großer Unterschied bei Cases und Controls, kreuzreaktive Ak hatten so gut wie keine neutralisierende Wirkung ○ 3. Weisberg SP et al: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vergleich von Ak-titer von Erwachsenen und Kindern mit verschiedenen Krankenverläufen ▪ Alle waren infiziert und mild oder schwer erkrankt (ARDS) ▪ Bildung neutralisierender Ak eher Alters- und nicht Krankheitsschwereabhängig ▪ Kinder vermehrt respiratorische Infektion ! mögliche Immunität aus Vorerkrankungen die sie gegen SARS-CoV-2 schützt, aber nicht erkannt wird ○ 4. Poston D et al: keine kreuz-neutralisierende Reaktion, keine Hinweise wie alt Personen waren (Kinder 	
--	---	--

	<p>dabei?)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Schlussfolgerung: nur in 1. Studie wurden neutralisierende Ak gefunden, es gibt kreuzreaktive Wirkung, diese ist möglicherweise altersabhängig und wiederkehrend (splendid Isolation in Science Publikation), geografische Lage und zirkulierende saisonale CoV Stämme spielen eventuell eine Rolle ○ Diskussion: Wie kann Altersabhängigkeit erklärt werden? Möglicherweise damit, dass Kinder häufiger Infektionen mit endemischen Viren durchmachen, höhere Infektionsrate, relativer Schutz korreliert, dies ist nur eine Vermutung, auch ist es möglicherweise saisonal abhängig (welcher CoV) Epitop liegt im C-terminus (S2), welches auch für T-zellen eine Rolle spielt ○ Kommentar: Dasselbe wird auch bei Influenza beobachtet (Abhängigkeit von zirkulierenden Viren), aber es wurden keine neutralisierenden Ak gefunden 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Heute kein Änderungsbedarf oder Formulierungsvorschlag</p>	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Gemeinsame Kommunikationskampagne zur COVID-19 Impfung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seit geraumer Zeit Aktivitäten hierzu ○ Plakate dazu sollen nächste Woche dem BMG vorliegen ○ Begleitet durch Dachkampagne inkl. Social-Media-Aktivität ○ Auch Vorbereitung Datenmanagement/Monitoring von Impfakzeptanz ○ Master-FAQ-Sammlung wird auf Corona Website veröffentlicht ○ Nach RKI Einverständnis auch Entwicklung fremdsprachlicher Versionen ○ Hotline, Medien, Monitoren in regionaler Presse unterschiedlicher Organe, Telefonaktionen, um bestimmte Zielgruppen besser zu adressieren <p>! RKI Pressebriefing gestern: Erklärung des Unterschieds zwischen Isolation und Quarantäne sehr hilfreich, insbesondere in Bildungseinrichtungen häufig Fragen hierzu (was bedeutet es für Eltern, Betreuungspersonen, müssen diese in Quarantäne...)</p> <p>! Müssen bestehende Empfehlungen z.B. für Pflegedienste</p>	BZgA

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>angepasst werden? ! Antwort RKI: Aktuell eher nicht, Maßnahmen sind klar beschrieben, Personen die von Haushalt zu Haushalt gehen sollen besonders auf Hygienemaßnahmen achten, Broschüre für Besucher in Altenheimen wird entwickelt, diese richtet sich nicht an die dort beschäftigten Personen ! Wie der Antigentest in der Praxis gehandhabt wird, muss noch abgewartet werden</p> <p>Presse ! Es gibt viele Fragen zu folgenden Themen, sollten diese in Lagebericht aufgenommen werden? 1. Testzahlen nach Altersgruppen 2. Schulen und Kitas, wie viele sind von Ausbrüchen betroffen? ! Zu 1. Testzahlen nach Altersgruppen können nicht bundesweit jedoch differenziert nach Altersgruppen dargestellt aus ARS-Daten ausgewiesen werden (nicht bundesweit aussagekräftig), ARS-Daten werden teilweise im Mittwochsbericht veröffentlicht, könnte verlinkt werden ! Zu 2. Situation zu Kindern und Jugendlichen wird monatlich berichtet, montags vorgestellte Entwicklungen bei Schulen könnten ggf. für Lagebericht übernommen werden ! Ausbrüche in Schulen sind nicht im Corona-Kita-Bericht (betrifft 0-5-jährige), könnten jedoch mit aufgenommen werden ! Bitte Lagebericht nicht verlängern: weitere Daten werden weitere Fragen bzw. Erklärungsbedarf generieren, da sie nicht so leicht zu interpretieren sind, besser auf Corona-Kita-Bericht verweisen ! Entscheidung: beide Aspekte werden im Lagebericht verlinkt und der jeweiligen Bericht getwittert, außerdem ggf. Aufnahme anlassbezogen in Pressebriefings! was bereits veröffentlicht wird, wird sichtbarer gemacht</p>	<p>Presse</p>
<p>6</p>	<p>Neues aus dem BMG ! Nicht besprochen</p>	
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen a) Allgemein Community transmission (Wording anpassen?) ! Wurde bereits besprochen und entschieden, es in aktueller Situation (Lockdown) nicht bei der WHO anzupassen ! Nicht ganz klar, woher TOP heute kam, sollte geklärt werden ! Wenn es auf RKI-Webseite geändert wird, sollte dies auch international getan werden ! Thema Verschieben</p> <p>Einreisequarantäne (Text hier)</p>	<p>Alle</p>



	<p>und digitale Alternativen im Wechsel, Einsatz von digitalen Medien) zu empfehlen/Empfehlung zu unterstützen, auch SchülerInnen in Quarantäne könnten hiervon profitieren</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Expertenrat gestern: sozial benachteiligte Gruppen haben höheres Infektions- und Erkrankungspotential, wie erreichen wir diese und können diese besser unterstützen? Vielleicht haben sie keine Isolationsmöglichkeit in ihrem zuhause? ○ Maßnahmen werden halbherzig umgesetzt, strikteres Angehen würde ggf. erlauben, schneller aus der Stagnation der Zahlen herauszukommen ○ Ggf. sind weitere Veranstaltungen z.B. Gottesdienste ebenso riskant, auch hinsichtlich der spezifischen Teilnehmenden <p>! Rechtsgrundlage wurde mit Streichung 7.4 entzogen (?)</p> <p>! Wie kann dies alles an die entscheidenden Stellen kommuniziert werden?</p> <p>! Eher Vorsicht/kein Bericht an das BMG oder Aufnahme in PB</p> <p>! Sammeln von Punkten, die als kritisch betrachtet werden und die die Wirksamkeit der Maßnahmen gefährden, niedrigschwellige Kommunikation an das BMG, z.B. BMG Morgenbriefing durch Osamah Hamouda</p> <p>! Eventuell auch breitere Kommunikation EpiBull Artikel, Thema aktuelle Lockdown Situation und kritische Punkte</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>Presseinformation DGEpi - Stellungnahme zur Pandemiekontrolle im Winter</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Surveillance und Abt 3 könnten die geplanten Indikatoren überprüfen um zu gucken, was tatsächlich davon umgesetzt werden kann? ! AG Teststrategie soll sich hierum kümmern <p><i>ToDo: AG Teststrategie Untersuchung und ggf. Vorbereitung einer Stellungnahme</i></p> <p>Anfrage Minister Spahn</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es herrscht die Auffassung, dass epidemiologische Situation nicht schlechter, sondern besser wird: mehr Tests werden auch durch Zusatz von Antigen-Testungen durchgeführt, positive Antigen-Tests werden durch PCR bestätigt! Positivenrate steigt, aber mit „guter Begründung“, wird interpretiert als „Situation entspannt sich in Wirklichkeit“ ! Wir wissen nicht, wie viele Antigen-Nachweise gemacht werden 	<p>FG38/VPräs/alle</p> <p>VPräs/alle</p>

	<p>! Information zum Testgrund steht Laboren nicht zur Verfügung, diese erhalten Testanfragen ohne Begründung</p> <p>! Testgrund könnte ggf. auf Bitte durch 1-2 Labore erfragt werden, ist aber ressourcenintensiv und im Alltag nicht möglich</p> <p>! Erfragung der Anzahl verkaufter Antigentests? Wäre als indirekte Messung eventuell interessant</p> <p>! Über ARS werden Antigen-Tests in Großlaboren erfasst, auch, ob Bestätigung durch PCR im gleichen Labor stattfindet</p> <p>! ZBS1: erhalten noch stets Proben zur Bestätigung von Berliner GA (~8/Tag), gute Kontakte zur Diagnostik, Anstieg Positivrate liegt eher nicht an Antigen Tests (keine 2-3-fache Erhöhung wie erwähnt), GA wurden gebeten besser zu kategorisieren und keine Proben mehr zur Bestätigung zu schicken</p>	
9	<p>Update Impfung (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! FG17</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 297 Einsendungen in letzten 4 Wochen ○ 12 (4%) SARS-CoV-2 positive, 92 Rhinoviren ○ Insgesamt langsamer Anstieg des Probeneingangs, sicherlich auch weil FG36 Kontakt Praxen an Wichtigkeit der Probeneinsendung erinnert hat <p>! ZBS1: GA schicken zum ersten Mal weniger Proben diese Woche, Erhalt von mehr Studienproben (Coala, CoMoLo, como...?), Zeitplan für weitere Evaluierung soll festgelegt werden</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen, ggf. Bericht zu DEA am Montag</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Nicht besprochen</p>	alle



VS – NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag, 23.11.2020, 13:00 Uhr, via WebEx	
-----------	---	--



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	23.11.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Wolfgang Scheida
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Matthias an der Heiden
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! IBBS

- Bettina Ruehe
- ! P1
 - Mirjam Jenny
- ! Presse
 - Jamela Seedat
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
- ! ZIG1
 - Regina Singer
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg der Neuinfektionen in WHO Region EMRO; folge von verfrühten Lockerungsmaßnahmen, wenig Akzeptanz der Maßnahmen ○ Europa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin größter Anteil der neuen Fälle in letzten 7 Tagen; Neuinfektionen insgesamt etwas rückläufig, Todesfälle im Vergleich zur Vorwoche weiterhin ansteigend ▪ Zunahme der Neuinfektionen in Russland ▪ ECDC RRA vom 19.11: Anstieg von tödlichen Fällen in Langzeitpflegeeinrichtungen ! Vorschlag: in Europakarte Inzidenzen farblich stärker variieren, als höchste Kategorie nicht nur >50 Fälle ausweisen. ! Anpassung der Musterquarantäneverordnung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Deutschland will weg von einem festen hin zu einem dynamischen Schwellenwert. Im Gespräch ist eine 7-Tage-Inzidenz, die um 30 höher ist als in Deutschland. Soll diese Woche noch entschieden werden. <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 929.133 (+10.864), davon 14.112 (1,5%) Todesfälle (+90) ○ 7-Tage-Inzidenz 143/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=1,04; 7-Tage-R=0,97 ○ ITS: 3.709 (+79), invasiv beatmet: 2.132 (+34) ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bleibt bei Plateau, kein merklicher Rückgang ▪ In einzelnen BL leichter Anstieg oder Abstieg ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenig Veränderung, nur wenige LK (38) überschreiten die Inzidenz von 50 nicht. ! Es sollte in Erinnerung behalten werden, dass es nach wie vor eine steigende Tendenz bei den Verstorbenen gibt. ! Liegen die hohen Fallzahlen in Grenzregionen sowohl im Osten 	<p>FG32 (Diercke)</p>
--	---	---------------------------



	<p>wie auch im Westen am Grenzverkehr?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nur noch bei 1,4% der Fälle ist der Expositionsort im Ausland (geringer Anteil am Gesamtinfektionsgeschehen). ○ Könnten bei der starken Betroffenheit von Pflegeeinrichtungen z.B. in Sachsen Berufspendler in medizinische Einrichtungen eine Rolle spielen? <p>! Es fällt auf, dass es in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen entgegen dem Trend keine Abnahme der Fälle gibt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bisher gibt es hierzu keine Rückmeldung aus den BL, M. Diercke wird nachfragen. ○ Die Fallzahlen in diesen BL waren bisher niedrig. Vielleicht hinkt das Verhalten der Bevölkerung deshalb etwas hinterher. ○ Könnte es an einem hohen Anteil von „Querdenkern“ liegen? Könnte für die Beantwortung dieser Frage die Befragung des sozioökonomischen Panels herangezogen werden? Abt. 2 wird klären, ob sich geeignete Variablen im Geda-Datensatz befinden. 	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 2. Usbekistan Mission ist abgeschlossen. ! 1. Mission nach Ecuador geht zu Ende. ! Ggf. wird es einen 2. Besuch in Namibia geben, um SARS-CoV-2 Testung zu unterstützen. ! GHPP Corona Global: BMG bat ZIG die externe Begutachtung der Anträge zu organisieren, wird ein länger dauernder Prozess werden. ! ECDC plant ab Dezember nur noch einmal pro Woche Daten zu veröffentlichen (an welchem Tag ist noch unklar). <ul style="list-style-type: none"> ○ Ab Dezember wird es deshalb nur noch einmal pro Woche ein Update der Internationalen Lage basierend auf den ECDC-Zahlen geben. ○ Die anderen beiden Termine werden zur vertieften Vorstellung von Ländern oder Publikationen genutzt. 	<p>ZIG (Hanefeld)</p>
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Auf Mittwoch verschoben 	
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p>	<p>BZgA (Thais)</p>

	<p>! Alles rund um Impfkampagne dominiert.</p> <p>! Corona-Kontakttagbuch: soll nutzerfreundlich sein, aber präzise für ÖGD, finaler Vorschlag am Mittwoch.</p> <p>! Fälle, bei denen akute Krisenintervention nötig ist, steigen.</p> <p>Presse</p> <p>! Es werden zunehmend mehr Artikel für das EpidBull von externen Autoren eingereicht. Themen sind z.B.: Testung, Vorkommen in KH, in Bevölkerung, in Schulen. Es musste einiges abgelehnt werden.</p> <p>! Ein Artikel zum Vergleich von Antigen vs. PCR-Testung aus der Stuttgarter Notausnahme wurde am Freitag in den Krisenstab geschickt mit der Bitte um ein Peer-Review.</p>	<p>Presse (Seedat)</p>
<p>6</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Beschluss-Entwurf des MPK-Vorsitzlandes (hier); und deren Auswirkung auf Empfehlungen und Flussdiagramm</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Quarantänezeit kann bei Durchführung eines Tests verkürzt werden, soll am 01.12. verkündet werden. <p><i>ToDo: Anpassung der Dokumente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Empfehlung: Bei Infektion eines Schülers in einer Klasse wird die ganze Klasse für 5 Tage in Quarantäne geschickt. Am 5. Tag nach Diagnose des Indexfalls erfolgt ein Antigen-Test. Bei negativem Ergebnis kann der Präsenzunterricht wiederaufgenommen werden. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Gründe für die Empfehlung sind pragmatische. Soll sich das RKI dazu äußern? ▪ Eigentlich wären nicht alle Schüler der Klasse als Kontaktpersonen der Kat. 1 zu betrachten. Bei Kontaktpersonen der Kat. 1 würde die Quarantäne jedoch 14 Tage oder 10 Tage + Test betragen. ▪ Diese Haltung wurde gegenüber Kanzleramt und Minister klar geäußert. Eine weitere Klarstellung macht im Moment keinen Sinn. Zunächst soll abgewartet werden, was beschlossen wird. Auf Rückfrage sollten fachliche Argumente genannt werden. ▪ Das Tool von Hr. von Kleist kann berechnen, welches größere Risiko durch eine verkürzte Quarantäne zu erwarten ist. Es wurde in der letzten Woche auf einem Preprint-Server publiziert und vom RKI 	<p>VPräs / Alle</p>



	<p>getwittert, ab 23.11.2020 ist es auch von der COVID-Website des RKI verlinkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Beschränkung auf 5 Personen aus 2 Haushalten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es gibt Familien mit mehr Familienmitgliedern. Nicht die Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden Personen ist entscheidend, sondern wie viele Haushalte sich treffen und was als Haushalt definiert wird. Hr. Haas wird einen Satz hierzu vorformulieren. <p>b) RKI-intern</p> <p>! Massentests in Gesamtbevölkerung oder bestimmten LK</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diese Frage wird wieder aufs RKI zukommen, deshalb sollen Massentests basierend auf den neuen Erkenntnissen aus Südtirol und Tschechien nochmal neu bewertet werden. ○ Es gibt von heute Morgen bereits eine Aufgabe von Minister Spahn zur Einschätzung der Teststrategie/ Untererfassung bei Reihenuntersuchungen. Hier gibt es zurzeit viele Aktivitäten. Aufnahmeuntersuchungen in Altenheimen und KH geben einen guten Einblick in die Situation. Reihentestungen in bestimmten Risikokonstellationen sind jedoch nicht das gleiche wie Massentests. ○ Die Frage ist, wie sinnvoll ist es, die ganze Bevölkerung oder ab einer bestimmten Inzidenz einen ganzen Landkreis zu testen. ○ Was sind die Ergebnisse z.B. aus Südtirol? Was ist das additional value? Gibt es einen Zusatznutzen für die Steuerung von Maßnahmen? ○ Die Sensitivität der Tests liegt bei ca. 80%, die Spezifität bei ca. 98%. Das Ergebnis hängt von der Güte der Tests ab. Es ist mit einem hohen Anteil falsch positiver Ergebnisse zu rechnen. ○ Antigentests wurden an symptomatischen und nicht an asymptomatischen Patienten validiert. Auch hier kommen jedoch immer mehr Daten dazu. ○ Es darf nicht vergessen werden, dass es sich um selbstselektierte Tests handelt und nicht um Zwangstests. ○ Beim Sozioökonomischen Panel liegt der Anteil positiver Ergebnisse der PCR-Tests unter 1%. Die Beteiligung war deutlich geringer als sonst üblich, vielleicht dem Hinweis auf eine Quarantänepflicht bei positiver Testung geschuldet. Dies ist wichtig für die Bewertung einer bundesweiten 	<p>VPräs / Alle</p>
--	--	-------------------------

	<p>Stichprobe.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Unerwünschte Wirkungen von Massentests sind das Zusammenbringen vieler Menschen an einem Ort und eine möglicherweise falsche Sicherheit nach negativem Test. <p><i>ToDo: Bewertung von Massentests, Fr. Jenny: Erläuterung des Grundprinzips; Hr. Hamouda: Kontaktaufnahme mit Italienern; ZBS1: Güte der Tests</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Längerfristig werden sicher auch Selbsttests nochmal Thema werden. 	
7	<p>Dokumente</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
8	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nerze: dänische Partner haben sich bereit erklärt Isolate zur Verfügung zu stellen. ○ Weiterhin werden Antigentests evaluiert. Vom BMG kam die Frage, wie viele Tests im RKI und PEI wöchentlich evaluiert werden können? <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In den letzten 2 Wochen wurden 187 Proben getestet. 26% waren pos. auf Rhinoviren, 1* wurden Parainfluenzaviren gefunden und 9 Proben waren positiv auf SARS-CoV-2. Der Nachweis von Rhinoviren nimmt zurzeit ab. Weitere Erreger wurden nicht nachgewiesen. ○ FG17 bemüht sich weiterhin Isolate der Nerz-Mutanten aus Dänemark zu bekommen. ○ Der letzte Nachweis bei Menschen war Mitte September, ähnliche Varianten konnten sich auch an anderen Stellen nicht durchsetzen. Es handelt sich eher um punktuelle Übertragungen. ○ Gibt es Hinweise auf Übertragungen bei anderen Tieren? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Studien dazu vorhanden. Hauskatzen, Großkatzen sind empfänglich, haben im Zoo das Virus aber eher über die Pfleger bekommen. Experimentell sind auch Waschbären empfänglich. ▪ Nerze und Frettchen sind miteinander verwandt. Ob es Unterschiede in den Rezeptoren für SARS-CoV-2 gibt, ist nicht bekannt. 	<p>ZBS1 (Nitsche)</p> <p>FG17 (Wolf)</p>
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	



12	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Corona-KiTa-Studie (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ In allen Altersgruppen unter jahreszeitlichem Durchschnitt, abnehmende Tendenz. ○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plateaubildung bzw. Rückgang ▪ Anteil der Jugendlichen bleibt überproportional. ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> ▪ 52 neue Ausbrüche ▪ 2/3 aller Ausbrüche in den letzten 1,5 Monaten ▪ Bei ca. ¼ der Ausbrüche waren nur Erwachsene betroffen. ○ Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plateaubildung, 75 neue Ausbrüche ▪ Größtes Geschehen in Hamburg mit 51 Fällen: 33 bei 0-10 Jährigen, 14 bei 11-14 Jährigen, 2 bei 15-20 Jährigen und 2 bei >20 Jährigen. ▪ Bei 2 weiteren größeren Geschehen in Thüringen und Sachsen-Anhalt (32 und 30 Fälle) sind in erster Linie 11-14 Jährige und Jugendliche betroffen. ▪ Gibt es besondere Umstände bei Ausbrüchen mit hohen Fallzahlen? Hierzu sind keine näheren Informationen vorhanden. ○ Rückmeldung aus der Bevölkerung (BZgA): zeitliche Verzögerung, da viele Eltern mit Befunden allein gelassen werden und keine Information zum Verhalten erhalten. 	<p>FG36 (Haas)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ! Anregung zur Aufnahme der Ag-Tests in die Falldefinition (Bitten der GÄ; siehe Mail GA Düsseldorf an nCoV-Lage am 20.11.20, 15:10 Uhr) <ul style="list-style-type: none"> ○ Wurde in AGI von Bundesländern ans RKI herangetragen. ○ Wird zurzeit auch auf europäischer Ebene diskutiert. Die Änderung der ECDC-Falldefinition sollte abgewartet werden. ○ Alle positiven Antigenteste zu zählen würde zu einer Übererfassung führen. ○ Ein positiver Antigentest mit klinischer Symptomatik könnte als Fall gezählt werden. ○ Bei asymptomatischen Fällen müsste der Test durch einen positiven PCR-Test bestätigt werden. ○ Die Software müsste angepasst werden. ○ Wenn positive Antigenteste übermittelt werden, muss geklärt werden, ob sie auch in den offiziellen Zahlen ausgewiesen werden sollen oder ob zwischen wahrscheinlichen und bestätigten Fällen differenziert werden soll. <p><i>ToDo: Erarbeiten eines Entwurfs in einer Arbeitsgruppe bestehend aus Abt. 3, FG36, FG38, Hr. Mielke, FF Fr. Diercke. Besprechung des Entwurfs im Krisenstab Ende dieser oder Anfang nächster Woche.</i></p>	<p>FG38</p>

13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ! Information aus Flughafengruppe: viele GA und Behörden sind technisch noch nicht so angeschlossen, dass sie Daten auf elektronischem Weg erhalten können. FG38 steht hierzu in engem Austausch mit der Bundesdruckerei. ! Insgesamt sind bisher 161.863 Einreiseanmeldungen eingegangen. 52,8% der Anmeldungen wurden über das Postverfahren zugestellt, 7,4% über die Clearingstelle am RKI und 39,9% über das digitale System. ! Gestern sind beispielsweise 8.826 Anmeldungen eingegangen, 48,2% über die PostAG, 9,7% über die Clearingstelle und 42,1% über das digitale System. ! Die Länder sind daran interessiert, dass das Verfahren mit der Post weiterläuft, bis das System reibungslos funktioniert. ! Stichprobenhafte Prüfungen der Polizei ergaben, dass 20% der Anmeldungen fehlerhaft ausgefüllt wurden: https://www.trtdeutsch.com/news-inland/corona-meldepflicht-rund-20-prozent-der-ruckkehrer-geben-falsche-daten-an-3634099 	FG38 (Maria an der Heiden)
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG38
15	Wichtige Termine <ul style="list-style-type: none"> ! 25.11.2020: Kanzlerin und MPK Vorstellung weiterer Maßnahmen für die Wintermonate 	Alle
16	Andere Themen <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 25.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex 	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	25.11.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung (entschuldigt)

- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Senzikt
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Marjan Arvand
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Wolfgang Scheida
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Matthias an der Heiden
 - Daniel Schmidt (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - Julia Hermes
 - Muna Abu Sin

- ! FG 38
 - Ute Rexroth
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1
 - Mirjam Jenny

 - Ines Lein

- ! Presse
 - Jamela Seedat
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Christoph Beyer



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anstieg in Sachsen und Thüringen weiterhin unklar, auf Nachfrage keine klare offizielle Antwort ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ○ Wenig Veränderung, nur wenige LK (32) überschreiten die Inzidenz von 50 nicht. ○ ein Landkreis zeigt keine Fälle an, aber er hatte nur technische Probleme, kein echter Fallzahlrückgang ○ Skala musste nach oben angepasst werden, 1 LK >500 ○ Insgesamt Lage unverändert, kein deutlicher Rückgang ○ Inzidenz Alter: Darstellung wurde zunächst beibehalten, soll ggf. angepasst werden ○ V.a. junge und hohe Altersgruppen betroffen, wenig Veränderungen ○ KW 46/47 mittlere Altersgruppe steigt etwas an ○ Veränderung über KW: Zunahme Anzahl Verstorbener steigt >1.000 Fälle in KW 46/47, Anteil bleibt aber <1% ! <i>Diskussion:</i> ○ Frage nach Sprachregelung zum sinkenden Fall-Verstorbenen-Anteil; Antwort: mehr Jüngere betroffen, breitere Testung, verbesserte Behandlung; Anmerkung dazu: Inzidenz Verstorbene/100.000 EW ist für den internationalen Vergleich ggf. aussagekräftiger; ○ Weitere Anmerkung: Altersklasse 10-14 Jahre geht runter, obwohl Schulen weiterhin offen sind, bei den Älteren steigen die Zahlen wieder an trotz Lockdown, da Einträge in Alten- und Pflegeheimen weiter stattfinden, ○ Grafiken (Folien hier) zu Altersgruppen gezeigt, 20-39 Jahre und 80+ zeigen weiterhin hoher Anzahlen andere geringere ○ <i>Syndromische Surveillance</i>(Folien hier): ○ Grippe deutlich niedrigeres Niveau gegenüber Vorsaison, Kinder steigen an, Arztbesuche niedriger gegenüber zur Vorsaison, SARI-Fälle 35-59 Jahre und älter steigen stark an, ○ Anteil SARI mit Covid steigt stark an, liegt in KW 46 bei 	Hamouda Eckmanns
--	--	------------------

	<p>59%, deutlich mehr als im Frühjahr, 35-59 Jahre sogar bei 72%, starker Anstieg und deutlich über Frühjahr bei allen (auch noch liegenden) SARI-Fällen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Testkapazität und Testungen</i> (Folien hier): ○ KW 47 Anzahl Testungen nochmal zurück gegangen, Anzahl Positive leicht erhöht, Positivenquote leicht erhöht auf 9,4%, Anzahl übermittelnde Labore leicht zurück gegangen, Auslastung leicht zurück gegangen auf ~75%, Rückstau hat auch weiter abgenommen, ○ Interpretation: Änderungen zu Testempfehlungen haben sich ausgewirkt, Testungen bei Personen ohne Symptome nimmt ab, es wird aber nicht davon ausgegangen, dass deutlich weniger Erkrankte erkannt werden. ○ Leichter Anstieg des Positivenanteils ○ Rückgang des Testverzugs ○ Steiler Anstieg bei Anzahl der Testungen bei >80 Jährigen ○ <i>Diskussion:</i> ○ Es gab technische Probleme bei Übermittlung, bei einem Labor aber über längere Zeit Doppelmeldungen, Vorschlag für einen Disclaimer für den Lagebericht, Auswirkung auf kumulative Testanzahl aber Darstellung, Verlauf und wesentlichen Aussagen bleiben unverändert ○ Weiterer Punkt: Zahlen zeigen, dass es nicht gelungen ist die Infektionen aus Alten- und Pflegeheimen fernzuhalten, Diskussion nimmt KITAS und Schulen in den Fokus, sollte aber auch die Verschiebung zu den mehr Älteren beachten 	
2	Internationales (nur freitags)	
3	Update digitale Projekte (nur montags)	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frage nach verändertem Textvorschlag, um Ältere hervorzuheben ○ Sachliche Formulierung zu den beobachteten Zunahmen sinnvoll ○ Im Lagebericht könnte das noch einmal deutlich dargestellt werden und Text entsprechend geändert ○ Bessere Schutzausrüstung in Alten- und Pflegeheimen im Vergleich zum Frühjahr wird viel diskutiert aber löst sich nicht alles ○ Eintrag wahrscheinlich doch oft über Personal, das ist eine kommunikative Herausforderung, erfordert nüchterne 	<p>Hamouda Mielke Bayer ad Heiden Buda Alle</p>



	<p>Darstellung ohne viel Interpretation im Lagebericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grafik (Folien hier) zur Inzidenz nach Meldewoche für die LK zeigt heterogene Verteilung, Veränderung über die LK zeigt viele mit deutlichem Anstieg und viele mit deutlichem Rückgang, teils sehr divers bspw. Bayern, Thüringen und Sachsen eher Anstiege, ○ Zusammenhang zur Bevölkerungsdichte ist nicht so stark <p><i>ToDo:</i> Vorschlag für Risikobewertung wird von FG36 (Silke Buda) erarbeitet, mit Fokus Schutz der Älteren mit dem Hinweis, dass dies aber nur zu schaffen ist, wenn Zahlen insgesamt gedrückt werden. Lagebericht soll das aber schon aufnehmen, Datenlage nüchtern und sachlich schildern, sensible Kommunikation</p>	
5	<p>Kommunikation</p> <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Presseanfrage eines Investigativ-Verbunds mit Fragenkatalog zu SORMAS und DEMIS wird mit Medienanwalt beantwortet, ○ Anmerkung es gab auch schon früher kritische Anfragen aus diesem Verbund und wird bestimmt noch mehr geben 	Presse
6	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Beschlüsse Bundesregierung: Implikationen noch unklar ○ MPK-Beschlüsse müssen abgewartet werden, da evtl. noch letzte Änderungen kommen könnten ○ Diskussion: Impfungen und Implikationen für Empfehlungen, bspw. Maskenpflicht bei Personen mit Impfung. ○ Maskenpflicht sollte auch für Geimpfte beibehalten werden, Priorisierung der Impfung erfolgt nach Risiko; an die (noch) nicht erfolgte Impfung darf keine Benachteiligung geknüpft sein, sterile Immunität nach Impfung nicht bewiesen, Maskenpflicht kollektive Maßnahme, senkt insgesamt die Krankheitslast auch für weitere resp. Erkrankungen, auch Impfeffektivität wurde unter den Bedingungen mit Maske gemessen, Infektionsdruck würde ganz anders sein, Kontrolle wäre auch nicht umsetzbar, ○ Als Vorbereitung auf die zu erwartende Diskussion sollte ein Text vorbereitet werden, ○ Erste Frage wird sein, ob Geimpfte hinsichtlich Quarantänepflichten mit Genesenen gleichgestellt werden können ○ Längerfristig sollten Maßnahmen aber bei sinkender Inzidenz auch angepasst werden und dies sollte aus psychologischer Sicht auch kommuniziert werden, ○ Dabei sollte auch die Motivation zum Impfen berücksichtigt werden und "Lichtblicke" mitbedacht werden ○ Impfen ist auch auf Populationsebene zu sehen, aber nicht für alle Menschen ist dies gleich bedeutend und verständlich <p><i>ToDo:</i> Erstellung einer Textvorlage siehe Punkte zuvor, Sammlung bei FG 33, in Zusammenarbeit mit P1</p>	Hamouda Rexroth Buda Alle
7	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dokumente zur Kontaktnachverfolgung (Dokument hier) ○ Überarbeitung und Aktualisierung der Dokumente zur Handreichung im medizinischen und Pflegekontext, aktualisiert 	

	<p>optionale Handlungsempfehlungen zum Umgang bei medizinischem Personalmangel, KP3 rausgenommen sonst wenig Änderungen, Anpassung der aktuellen Formulierungen zur Quarantäne muss noch geschehen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aussage zu Testung zur Verkürzung der Quarantäne sollte wenn möglich auf nationale Teststrategie verweisen ○ Frage nach Anpassung der Formulierung zum Einsatz von asymptomatischem Personal bei Covid-19 Patienten, dies sollte aber nicht auf Alten-/Pflegeheime angewandt werden, es gibt aber auch Ausnahmeregelungen, die dies auf das Pflegepersonal anwenden, ○ Wichtig noch die Aufnahme, dass Personal symptomfrei sein muss ○ Rückmeldung falls Änderungsvorschläge und Finalisierung nachdem Beschlüsse vorliegen <p><i>ToDo:</i> Anpassung durch FG 37, Freitag Finalisierung durch Krisenstab</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufgabe ID 724 ARS Daten: Besprechung Disclaimer für Lagebericht, siehe Punkte zu Testkapazität und Testungen 	
8	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktualisierung der Entlass-Kriterien (Folien hier) ○ Änderung in Fußnote 2, zu Diagnostik, Testung und PCR-Befunden sowie Probenahme, Veröffentlichung geplant 26.11. 	IBBS M. Mielke / B. Ruehe
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Empfehlung für Personen, die vorher bestätigter COVID-19 Fall waren bzgl. Quarantäne ○ Finale Abstimmung Textvorschlag, Inhaltlich gleich, nur besser eingeordnet, es wird von partieller Immunität ausgegangen, bei Einreise aus Risikogebiet oder Kontakt zu Covid-19 Fall soll Selbstmonitoring stattfinden, soll in FAQ zu Kontaktpersonen und Quarantäne ergänzt werden 	FG36/FG32
12	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Corona-KiTa-Studie (nur montags) 	FG36
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	FG38
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	FG38
15	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 25.11.2020: Kanzlerin und MPK Vorstellung weiterer Maßnahmen für die Wintermonate 	Alle
16	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nächste Sitzung: Freitag, 27.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex 	





Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	27.11.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Djin-Je Oh
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
 - Julia Schilling
 - Kristin Tolksdorf
 - Anna Stoliaroff-Pepin
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Meike Schöll (Protokoll)
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas

! P1

Esther-Maria Antao

! Presse

○ Ronja Wenchel

! ZBS1

○ Janine Michel

! ZIG1

○ Regina Singer

	<ul style="list-style-type: none"> ○ In der AFRO-Region wurde letzte Woche der höchste Anstieg an neuen Fällen (15%) und Todesfällen (30%) berichtet. ○ In Amerika mehr al 1,5 Mio. neue Fälle in der letzten Woche. In der WHO-Region PAHO wurde die höchste wöchentliche Zahl seit Beginn der Pandemie gemeldet. ○ Europa: größter Anteil der Todesfälle in den letzten 7 Tagen. <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 1.006.394 (+22.806), davon 15.586 (1,5%) Todesfälle (+426) ○ 1 Mio. Fälle als Schwelle überschritten, Trend rückläufig laut internationaler Lage, aber eigentlich noch keine Entspannung sichtbar, neuer Rekord mit Todesfällen. ○ 7-Tage-Inzidenz 136/100.000 Einw. (leicht gesunken) ○ 4-Tage-R=0,82; 7-Tage-R=0,93, jedoch schließt das Konfidenzintervall 1 noch ein. ○ ITS (Datenstand 26.11.2020): 3.826 (+45), invasiv beatmet: 2.290 (+76) <ul style="list-style-type: none"> ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach <u>Berichtsdatum (ohne nachträgliche Korrektur)</u>: kleiner Rückgang sichtbar, aber östliche Bundesländer (SN, TH, BB) mit steigenden Trends, nur MV stabil. Die Ursachen sind noch unklar, viele Ausbrüche in vulnerablen Gruppen werden beobachtet. ○ Geografische Verteilung der 7-Tage-Inzidenz in Deutschland: Wenig Veränderung, nur 21 LK überschreiten die Inzidenz von 50/100.000 nicht. LK Hildburghausen mit äußerst hoher Inzidenz. ○ LK Hildburghausen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Lage im LK sollte mit allen vorhandenen Daten im zeitlichen Verlauf ausgewertet werden. Die kumulative Inzidenz liegt wahrscheinlich nur bei 1 bis 1,5%; weniger als 10% sind wahrscheinlich an COVID-19 erkrankt, so dass weiterhin 90% suszeptibel wären. ○ Es wäre sinnvoll nachzufragen, ob vor kurzem vermehrt Schnellteste eingesetzt wurden oder ob es andere besondere Umstände gibt, die die hohen Fallzahlen erklären könnten. 	<p>FG37</p>
--	---	-------------



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Perspektivisch wäre eine weitere Hotspot-Studie im Rahmen von Corona-Monitoring-Lokal im LK Hildburghausen möglicherweise geeignet, dies wäre ggf. zu Februar 2021 möglich, allerdings stehen dafür noch keine Finanzmittel zu Verfügung. ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen: im internationalen Vgl. milder Verlauf, leichter Anstieg seit KW41, Gesamtmortalität ebenfalls mit leichtem Anstieg, leicht über dem Durchschnitt der Vorjahre. ○ Wöchentliche Hospitalisierungen nach Alter: Höhere Altersgruppen sind häufiger hospitalisiert als jüngere. Die Hospitalisierungsinzidenz erreicht in den hohen Altersgruppen knapp 50/100.000 pro Woche. ○ Darstellung der wöchentlichen Todesfälle nach Alter zeigt ebenfalls in den hohen Altersgruppen höhere Inzidenz. ○ Ausbrüche im zeitlichen Verlauf (Folie hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Hinterlegt sind alle Fälle ohne Hospitalisierte (graue Balken) und hospitalisierte Fälle (rote Balken), jeweils mit Bezug auf die rechte Skala. ○ Die Anzahl der Ausbrüche in Krankenhäusern und Pflegeheimen ist parallel und in beiden Wellen etwa gleich stark ausgeprägt (rote und blaue Kurve). Der Anstieg war im Frühjahr steiler als in der 2. Welle. ○ Die Anzahl an Fällen beim Personal gemäß § 23 IfSG (hellgrüne Kurve) ist in der 2. Welle deutlich geringer als in der 1. Welle und bereits abfallend. Dies ist ggf. auf ein verbessertes Krankenhausmanagement zurückzuführen, wobei unklar ist, ob das Personal sich vor Ort angesteckt hat (sicherlich auch Reiserückkehrer darunter). ○ Die Anzahl an Fällen in den nosokomialen Ausbrüchen ist in der 2. Welle geringer als in der 1. Welle. Die Situation in den Krankenhäusern scheint besser bewältigt zu werden (bei gleichbleibender Anzahl an Ausbrüchen). ○ Dagegen ist die Anzahl an Fällen in den Ausbrüchen in Pflegeheimen in beiden Wellen ähnlich stark ausgeprägt; sie übersteigt in beiden Wellen die Anzahl an Fällen in nosokomialen Ausbrüchen als auch die Anzahl an Fällen beim Personal und sie steigt in der 2. Welle weiter an. ○ Die Daten legen den Schluss nahe, dass die Maßnahmen im Krankenhaus besser greifen als in den Pflegeheimen, in denen die am stärksten vulnerablen Altersgruppen leben. Trotz intensiver Bemühungen, die Empfehlungen für die Alten- und Pflegeheime anzupassen, scheint die Situation 	
--	---	--

	<p>weiterhin schwierig zu sein (Personal ggf. weniger gut ausgebildet, überlastet, schlechter ausgestattet).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weitere Auswertungen zu den Ausbrüchen in Pflegeheimen wären ggf. sinnvoll (z.B. Anpassung an die Altersstruktur). ○ Für das nächste Pressebriefing sollte als positive Nachricht die Entwicklung der Krankenhäuser benannt werden, auch die Aussicht auf den Impfstoff, die Kommunikation über die Altenpflegeheime ist wesentlich schwieriger. Botschaft muss sicherlich enthalten, dass Ausbrüche nicht vermeidbar, aber eindämmbar sind. Die Größe des Ausbruchs kann über gezielte Maßnahmen beeinflusst werden. ○ Es sollte geprüft werden, über welche zusätzlichen Kanäle die Pflegeheime am besten erreicht werden können. ○ Ggf. könnte man die Frequenz von Personaltestungen in Pflegeheimen erhöhen. ○ Auch international ist die Lage in Pflegeheimen schwierig. Ca. jeder 13. Bewohner eines Altenpflegeheims in den USA ist an COVID-19 verstorben. <p><i>To Do:</i> FG37 nimmt Anregungen auf und überlegt, welche Hebel noch genutzt werden können.</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktuell erfolgen die Abstimmungen zur neuen Ausweisung der Risikogebiete; dabei ist ein dynamischer Schwellenwert in Bezug auf das deutsche Infektionsgeschehen angedacht (bundesweite 7-Tage-Inzidenz plus 30). Dadurch würden viele Länder aus der aktuellen Liste der Risikogebiete herausfallen. Das Auswärtige Amt ist über eine mögliche Weihnachtsreisewelle besorgt. ○ Es wird diskutiert, ob zwischen Ländern innerhalb und außerhalb Europas unterschieden werden könnte (außerhalb Europas sollten qualitative Parameter mitberücksichtigt werden, innerhalb Europas primär der dynamische Schwellenwert). ○ Die Umsetzung erfolgt ggf. bereits in der kommenden Woche, dazu müssen Sprachregelungen zu Ländern, die keine Risikogebiete mehr sind, gefunden werden. ○ In der Kommentierung der Vorlage ist der Begriff der „Freitestung“ gefallen, was nochmals kritisch aufgegriffen werden sollte. 	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung Überarbeiteter Entwurf von FG 36 ! Verlagt auf Montag</p>	



5	<p>Kommunikation</p> <p>Presse</p> <p>! Es gibt vermehrt Anfragen zur Vergleichbarkeit der Testzahlen. Da die Änderung der Testkriterien bereits einige Wochen zurückliegt, könnte ggf. der Hinweis angepasst werden.</p> <p><i>To Do:</i> Formulierungsanpassung bis nächsten Mittwoch durch Frau Seifried.</p>	Presse
6	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Umgang mit den Beschlüssen der MPK vom 25.11. und Implikationen auf RKI-Dokumente? bes. Punkt 8: 5-tägige Quarantäne und Freitestung Erkrankter ab Tag 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nach Maßgabe des GA sollen Gruppen für 5 Tage nach Diagnosedatum in Quarantäne und dann „freigetestet“ werden, auch positiv getestete sollen wiedertestet werden. Dies widerspricht der fachlich begründeten Meinung. ○ In die bisherigen Dokumente soll ein Disclaimer aufgenommen werden, der auf den Beschluss verweist, ohne sich diesem fachlich anzuschließen. Die Haltung des RKI wird auf der Fachebene der Länder geteilt. ○ Der entsprechende Erlass liegt bereits vor. <p>b) RKI-intern</p> <p>Nicht besprochen.</p>	
7	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Dokumente „Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal in Arztpraxen und Krankenhäusern in einer Situation mit relevantem Personalmangel“, „Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen bei Personalmangel“ und „Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie“ wurden basierend auf der Diskussion in der vorherigen Sitzung überarbeitet. Hinsichtlich der Quarantäne wird kein expliziter Zeitrahmen genannt. Z.T. liegen die Dokumente zur Anpassung der Grafiken aktuell bei IBBS. 	FG37
8	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>Modellierung, Impfquotenerfassung (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Impfstoffentwicklung und Zulassung <ul style="list-style-type: none"> ○ BioNTech-Pfizer wird als erster Impfstoff erwartet mit Zulassung möglicherweise bis 23.11.2020, dann Chargenprüfung und Auslieferung. Hohe Effektivität von 95%, auch in hohen Altersgruppen. Hohe Impfeffektivität für BioNTech Impfstoff wird Kommunikation vereinfachen. ○ Moderna: advanced purchase agreement, bei EMA rolling review eingereicht, unklar, ob es auf den deutschen Markt kommen wird, deutscher Markt lt. Hersteller prioritärer 	FG33

	<p>Markt in EU.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ AstraZeneca: Gesamteffektivität 70%, bei Unterkohorte mit kleinerer Dosierung 90% Impfeffektivität (Zufallseffekt), unklar, welche Konsequenzen dies für die Produktion hat (Stabilität des Impfstoffs?). ○ Stand STIKO-Empfehlung: Der am 26.11.2020 in der STIKO AG besprochene Entwurf soll in der STIKO-Sitzung nächste Woche zur Verabschiedung vorgelegt werden. Danach schließt sich ein ggf. verkürztes Stellungnahmeverfahren an. Alten-Pflegeheime werden zunächst priorisiert, dann die >80-Jährigen. ○ Bei Annahme von 90%-iger Impfeffektivität, einer Inzidenz von 150/100.000 und einer Verfügbarkeit von 1,25 Mio. Impfdosen/Woche wurde der Impact verschiedener Impfstrategien modelliert. Bei Priorisierung der >80-Jährigen würde das Gesundheitssystem a.e. entlastet (weniger Hospitalisierungen). ○ Weitere Aktivitäten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikation: Mitarbeit im Steuerungskreis Impfkommunikation (inklusive Agenturen), Slogan „Wir krempeln die Ärmel hoch“, 40 Seiten FAQs zusammengestellt, Erklärvideos und Handreichungen für niedergelassene Ärzte sind erstellt / werden finalisiert, Aufklärungsbögen und Einwilligungserklärungen sind in Vorbereitung (massiver Druck seitens der BL). ○ Digitales Impfquoten-Monitoring: 2 Firmen beauftragt (Accenture/Bundesdruckerei), Projekt erst seit 3 bis 4 Wochen am Start mit kurzer Frist bis Mitte Dezember. ○ Surveys zu Impfquoten / Impftention / Impfakzeptanz: Datenschutzkonzept wurde eingereicht, Abstimmung im Steuerungskreis. ○ Krankenhausbasierte Studie zur Impfeffektivität: Bewilligung liegt vor, in Kooperation mit PEI geplant. ○ Offene Fragen betreffen u.a. welche Maßnahmen für Geimpfte weiter gelten („hilft gegen andere resp. Erreger“ weniger sinnvoll, stattdessen Hinweis auf populationsbasierte Maßnahme), ob auch diejenigen, die die Krankheit durchgemacht haben, geimpft werden sollen, ob Riegelungsimpfungen bei Ausbrüchen durchgeführt werden sollen. ○ Impfung hinterlässt möglicherweise stärkere Immunität als durchgemachte Krankheit (Immunantwort durch mRNA-Impfstoffe deutlich höher als bei milden COVID-19 Verläufen), was an unterschiedlichen Indikatoren, u.a. neutralisierenden Antikörpern, festgemacht wird. ○ Zunächst sollen Impfzentren zum Einsatz kommen, später ist eine Überführung ins niedergelassene System geplant (wobei die Weiterführung der Impfquotenerfassung dort ggf. schwierig sein wird). ○ Ein großes Hindernis in der raschen Umsetzung ist die Verfügbarkeit des Personals für Impfzentren. Jedes BL hat eigene Strategie mit unterschiedlich vielen Impfzentren und mobilen Teams. In BY findet eine Ausschreibung für Impfzentren für KV-Ärzte statt. 	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hinsichtlich der Impfquotenerfassung ist bekannt, dass einige Bundesländer (z.B. BY und RP) Alternativen im Rahmen eines Gesamtpakets suchen, in dem auch Einladungen und Impflistik erfolgen könnten. ○ An der WHO-Allianz COVAX, die eine gerechte Verteilung der Impfdosen weltweit als Ziel hat, beteiligt sich Deutschland nur finanziell. Frankreich hat angestoßen, dass zusätzliche Impfdosen, die national nicht gebraucht werden, an COVAX abgegeben werden. 	
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Rahmen der virologischen Surveillance gab es 325 Einsendungen, davon waren 101 Rhinovirus-positiv, 14 für SARS-Cov-2-positiv und 1 Parainfluenzavirus positiv. Bisher gab es keinen Influenza-Nachweis. ○ In ZBS1 wurden 850 Proben bearbeitet, davon waren 252 positiv (knapp 30% Positivenrate). Dabei waren die GÄ gebeten worden, nur die höchstprioritären Proben einzusenden. U. a. auch durch Beteiligung an diversen Studien ist die Arbeitslast weiterhin hoch. 	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die in der vorherigen Sitzung besprochenen Änderungen wurden umgesetzt; die Veröffentlichungen sind für heute geplant. 	IBBS
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es stellt sich auf Anregung des Bundesgesundheitsministers erneut die Frage, ob das RKI statt Alltagsmasken nicht MNS für die generelle Bevölkerung empfehlen sollte. ○ Die bisherigen Empfehlungen haben die Nutzung von MNS offengelassen, sofern die Produktionskapazitäten ausreichen. An MNB hat sich die Bevölkerung gewöhnt. Es besteht Sorge, dass bei Änderung der Empfehlung der Vorwurf entstehen könnte, dass das RKI wissentlich eine „schlechtere“ Maßnahme empfohlen habe. ○ MNB hat Schutzwirkung, jedoch sind die Anzahl an Lagen und die Art der Herstellung mitentscheidend. Mehrlagigkeit und ein dicht anliegender Sitz sind wichtig. Sollte die Evidenz zunehmend für MNS anstelle von MNB sprechen, müsste auf die Standards verwiesen werden und auf die bestehende Empfehlung, in der ein Türchen dafür offengelassen wurde. 	
12	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie und hosp. Fällen (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Pandemieverlauf wurde in 4 Phasen (1. Welle KW10 bis 20, Frühsommer, Spätsommer ab KW31, Herbstsaison ab KW40) eingeteilt; ausschlaggebend waren die Positivenrate, 7-Tage-Inzidenz, Maßnahmen und der Anteil COVID-19 im Krankenhaus im ICOSARI-Sentinel (70 Krankenhäuser enthalten). ○ Zeitlicher Verlauf: In grau sind die Meldedefälle 	FG36

	<p>dargestellt, diese fallen nach der ersten Phase ab KW 20 ab, steigen ab KW31 auf ein höheres Plateau an und steigen steil ab KW40 an. In blau sind die Fälle aus dem ICOSARI-Sentinel mit Bezug auf die linke Skala dargestellt. Im Sommer zeigte sich kein Anstieg, wohl aber ab KW40 auf ein höheres Niveau als im Frühjahr.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteil hospitalisierter Fälle besonders bei den 70 bis 89-Jährigen hoch. ○ In der Altersgruppe 15 bis 49-Jähriger bereits in der Herbstphase (nur 6 Wochen) schon mehr hospitalisierte Fälle als im Frühjahr (11 Wochen). ○ Vergleichbar hoher Anteil Intensivbehandlungen wie in erster Welle. ○ Unter jüngeren Fällen v.a. Säuglinge und Kleinkinder hospitalisiert (niedrigschwelligere Hospitalisierung). ○ Im Sentinel: bisher noch keine Kinder unter 15 Jahren auf Intensivstation. ○ Eine Veröffentlichung der Einteilung wird zeitnah begrüßt. Bisherige Zielstellung rein retrospektiv. Viele der Indikatoren werden auch in der Meldedaten-AG bearbeitet. <ul style="list-style-type: none"> ○ Anpassung der Falldefinition (Entwurf hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ In der Falldefinition des ECDC sollen Antigennachweise zukünftig eine Rolle spielen. ○ In die Falldefinition des RKI soll der Antigennachweis (inkl. Schnelltest) aufgenommen werden. Die Kombination aus Antigennachweis und dem klinischen Bild, welches vereinfacht wird zu akuter respiratorischer Symptomatik jeder Schwere, krankheitsbedingter Tod, neu aufgetretener Geschmacks- oder Geruchsverlust, soll die Referenzdefinition zukünftig erfüllen. ○ Eine Visualisierung wäre hilfreich. ○ Der Zeitpunkt der Finalisierung der ECDC Falldefinition ist nicht bekannt. Eine Anpassung am RKI sollte mit dem nächsten SurvNet Update im Dezember erfolgen. Dazu sollte der Entwurf in der AGI und EpiLag angekündigt und an die Bundesländer versandt werden, auch das NRZ sollte eingebunden werden. ○ In der Praxis werden Antigenteste häufig nicht mehr PCR-bestätigt. <p><i>To Do:</i> Ankündigung des Entwurfs der Falldefinition in AGI/EpiLag sowie Entwicklung einer Visualisierung durch FG32.</p>	FG32
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Laut eines Entwurfs neuer EASA/ECDC Empfehlungen zum Umgang mit Reisenden sei in der jetzigen Situation in Europa eine Testung und Quarantäne von Reisenden nicht sinnvoll, weil der Eintrag von Reisenden das Infektionsgeschehen vor Ort nur unwesentlich beeinflusse. Wenn ein Land ausreichend Testkapazitäten habe, dann könne man weitertesten. Eine Rückkehr zu vermehrtem Testen von Reisenden sei zur Vermeidung einen Re-Imports sinnvoll, wenn die Pandemie vor 	FG38



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>Ort eingedämmt ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Digitale Einreiseanmeldung (DEA): Nach Start der DEA lagen am 26.11.2020 00:00 Uhr laut Bundesdruckerei insgesamt 189.933 Anmeldungen vor, davon 98.674 (52%) über die Post AG, 77.220 (41%) an die Gesundheitsbehörden und 14.039 (7%) an die Clearingstelle übermittelt. Am 25.11.2020 gingen 10.531 Anmeldungen ein, davon wurden 4.865 (46%) über die Post AG, 4.867 (46%) an die Gesundheitsbehörden und 799 (8%) an die Clearingstelle übermittelt. 189 (50%) von 376 Gesundheitsämtern sind "erfolgreich" angemeldet (>95%). 	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die bisher in der Internationalen Kommunikation eingesetzten Kolleginnen vom BBK haben am 30.11.2020 ihren letzten Arbeitstag. Aufgrund der aktuell überschaubaren Arbeitsbelastung auf dieser Position und vorhandenen Personalbedarfen im BBK werden die 2 weiteren für Dezember ursprünglich abgeordneten Kollegen nicht an das RKI kommen. ○ Die Erfahrung zeigt, dass ein schnelles Hochskalieren bei akuter Belastung schwierig zu bewerkstelligen ist; zukünftig sollten Abordnungen nicht positionsspezifisch, sondern für das Lagezentrum allgemein erfolgen. ○ Am 22.11.2020 erschien der 300. Lagebericht. Am 02.12.2020 steht der 175. Krisenstab an. 	FG38
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, 30.11.2020, 13:00 Uhr, via Webex 	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	30.11.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Djin-Je Oh
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Daniel Schmidt (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
 - Julia Schilling
 - Kristin Tolksdorf
 - Anna Stoliaroff-Pepin
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Ute Rexroth

- Maria an der Heiden
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1

Esther-Maria Antao

- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ >62 Millionen Fälle, fast 1,5 Millionen Todesfälle (2,33%), stabiler Fall-Verstorbenen-Anteil ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder: USA, Indien, Brasilien, Italien, Russland, Polen, Deutschland, Großbritannien, Iran und Frankreich. ○ Iran und Frankreich Plätze getauscht, ○ zunehmende Trends in den Indien, Brasilien und Iran; abnehmende Trends in Italien, Großbritannien und Frankreich; v.a. Frankreich starke Abnahme ○ Polen, Russland, USA und Deutschland mit leichter abnehmenden Trends. ○ 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ○ 80 Länder überschreiten den Schwellenwert. ○ Neu hinzugekommen Dominikanische Republik, Mexiko ○ Europa Finnland jetzt rot, v.a. Helsinki, dort wurde gerade ein Lockdown bis 20.12. beschlossen, dieser umfasst Schließungen von Museen und öffentlichen Einrichtungen, Online Schulunterricht für höhere Klassen, ○ In Frankreich gibt es seit Samstag Lockerungen, auch nicht essentielle Geschäfte dürfen wieder öffnen, Verlassen der Wohnung wieder einfacher, ○ In anderen Ländern aber teils wieder Verschärfungen der Maßnahmen bspw. in Kroatien, ○ Zusammenfassung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweite Verteilung der neuen Fälle in den letzten 7T: Amerika 42,3%, Europa 39,5%, Asien 15,8%, Afrika 2,4%, Ozeanien 0,04% ○ Weltweite Verteilung der neuen Todesfälle in den letzten 7T: Europa 50,1%, Amerika 31,8%, Asien 14,4%, Afrika 2,9%, Ozeanien 0,02% ○ Asien: Japan und Südkorea verzeichnen ihre 3. Welle 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ China: Verkauf von Meeresfrüchten und Tiefkühlware auf dem Xinfadi-Markt eingestellt: die Ermittlung des Ursprungs des Ausbruchs im Juni in Beijing weist auf eine Übertragung aus der Umgebung auf Menschen hin. Relevanz des Geschehens in China für Deutschland scheint eher begrenzt. ○ Amerika: PAHO: Sorge um die 2. Welle in Mittel- und Südamerika. Die meisten Länder haben das Infektionsgeschehen noch nicht unter Kontrolle gebracht und sind nicht aus der 1. Welle raus. Erhöhte Übertragungen über die Feiertage und Ferien am Ende des Jahres erwartet. ○ Europa: Gemischtes Bild: während einige Länder seit ein paar Wochen einen abnehmenden Trend verzeichnen (zB. Frankreich, Spanien, Norwegen, Portugal, Belgien und Polen), nimmt die Anzahl der täglich neu gemeldeten Fallzahlen in viele Länder weiterhin deutlich zu (zB Kroatien, Zypern, balt. Länder, Slowakei, Slowenien...) ○ Frage nach dynamischem Grenzwert, es gibt dazu aber noch keine Entscheidung für heute <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 1.053.869 (+11.169), 16.248 (1,5%) Verstorbene (+125), Zahlen weiter auf hohem Niveau ○ 7-Tage-Inzidenz 138/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=1,04; 7-Tage-R=0,91 ○ ITS (Datenstand 29.11.2020): 3.901 (+13), invasiv beatmet: 2.300 (-6) ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Rückgang auf geringem Niveau, Sachsen und Thüringen steigen weiter stark an, keine offiziellen Rückmeldungen dazu, ○ 2 Bundesländer mit <50 Fälle/100.000 EW, alle anderen drüber, viele zeigen ein Plateau, ○ LK mit 7-Tagesinzidenz >500 haben geringe Einwohnerzahl, ○ 1 LK ohne Fallübermittlung wegen technischer Probleme ○ <i>Anmerkungen/Fragen:</i> Frage aus dem BMG zu den weiterhin hohen Fallzahlen, 1. warum gehen die Zahlen nicht mehr nach unten? 2. Warum sind die >80 Jährigen so stark betroffen? 3. Was können wir empfehlen? 4. Gibt es meldestatistische Gründe? => Rückmeldung FG32: Dies kann ausgeschlossen werden. 	<p>FG32 FG36 FG37 FG38 Abt. 1 VPräs Präs</p>
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt viele Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen, zwar gibt es auch bei den 30-50 Jährigen hohe Inzidenzen, die aber zurück gehen, das wird sich vermutlich dann auch bald bei den >80 Jährigen zeigen, nach dem Sommer gab es einen Shift zu den älteren Gruppen, Lockdown scheint weniger effektiv als im Frühjahr, Problem der Compliance ○ Vorschlag sich den Anteil der betroffenen >80 Jährigen in Heimen und außerhalb anzuschauen, Frage wäre mangelt es an Schutz in den Heimen? Ein Verweis auf die bestehenden Empfehlungen und Papiere zu Heimen wäre sinnvoll, ○ Diskussion, ob diese Informationen vorhanden sind, Nenner unbekannt, auch in der 1. Welle sind die Zahlen nicht sofort zurück gegangen, damals wurden auch noch weniger Asymptomatische gesehen, ○ Für geringeren Fallzahlrückgang aber vermutlich mehrere Effekte verantwortlich: Compliance ist jetzt anders als im Frühjahr, zusätzlich kommt Winter hinzu nach 1. Welle ging es in den Sommer, ○ Pressebriefing könnte das nochmal aufgreifen, ○ Schulen sind eher nicht die treibenden Quellen und Schulschließungen würden die Lage wohl noch eher verschärfen, allerdings müssten auch die Hygienekonzepte strikter umgesetzt werden ○ Besserer Einsatz von Antigentesten wurde diskutiert, wichtig ist aber auch weiterhin zu betonen, dass Antigenteste ein Baustein sind aber andere Maßnahmen nicht ablösen sollten, ○ Zur Lage in den Heimen wurde noch einmal angemerkt, dass die Anzahl der Fälle pro Ausbruch weiterhin sehr hoch ist, im Schnitt 18 Fälle pro Ausbruch, ○ Größe der Fallzahlen bei den Ausbrüchen weist ggf. eher auf Personal als auf Besucher hin, ○ Finanzielle Situation in einigen Heimen verschärft die Lage, Personalmangel, Ressourcenknappheit, Rolle von Antigentesten müsste anhand von Daten überprüft werden, keine sehr gute Datenlage dazu, ○ Kommunikation zu den Zielgruppen und Altersgruppen könnte intensiviert werden, ○ Es gab einen Vorschlag der BZgA für eine zielgruppenspezifische Kampagne für Jugendliche, die dann aber nicht umgesetzt wurde ○ Eintragung von Infektionen in Heimen müssten reduziert werden, geht über Testung aber auch über das Senken der 	
--	--	--

	<p>Inzidenz in der Bevölkerung, dieser Zusammenhang sollte immer wieder betont werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inzidenzkurven zeigen auch, dass alle außer die Alten runtergehen, Kurve bei den Alten wird hoffentlich folgen, Ältere stecken sich in Heimen an, aber auch zuhause – Veranstaltungen für ältere Menschen sollten nicht stattfinden (z.B. Gottesdienste), vieles wurde schon kommuniziert, müsste ggf. nochmal erfolgen, ○ Zum Einsatz von Antigentests in Heimen ist eine Voxco Abfrage in Planung, ○ Über die Träger könnten gewisse Infos zur Situation in den Heimen eingeholt werden, <p><i>ToDo:</i> Vorschlag für Antwort von FG37 und Beschreibung der Grafik mit den Alterskurven zur Abstimmung und Ergänzung von FG36 und FG14, parallel soll FG36 einen Formulierungsvorschlag erstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Syndromische Surveillance (mittwochs) ○ Testkapazität und Testungen (mittwochs) 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Digitale Ein- und Ausreisekarte: letzte Woche gab es ein Treffen mit BMG, Bundesdruckerei und RKI, Vertragsentwürfe wurden zirkuliert und werden diskutiert, ○ Es gibt eine Clearingstelle, Plausibilität der Angaben von Einreisenden nicht immer so gut, viel händische Nacharbeit erforderlich, ○ CWA: Bewegung und Priorisierungsverschiebung, Kontakttagebuch soll implementiert werden, Gespräche laufen, ○ Dirk Brockmann war in einer Sendung, dort wurde eine App mit dem Ziel der einfacheren Kontaktnachverfolgung vorgestellt, die ein Berliner Unternehmen neXenio zusammen mit den Fantastischen Vier entwickelt hat. ○ RKI prüft, ob das ggf. mitgenutzt werden könnte, 	FG21 Schmich
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Überarbeiteter Entwurf von FG 36</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aktualisierungsvorschlag zur Diskussion (Dokument hier) ! Vorschlag mit erneuerter Risikobewertung und Beschreibung der Trends, ! Hinweis darauf, dass das Infektionsumfeld häufig nicht mehr ermittelt werden kann, meist aus Kapazitätsgründen bei den Gesundheitsämtern, ! Hinweis, dass Schutz der Risikogruppen noch konsequenter betrieben werden sollte, wichtig ist, dass hier kein Strategiewechsel erfolgt oder neue Phase, Dokument noch 	FG36

	<p>sinnvolle Ergänzung sein</p> <p>Modellierung „Towards a long-term control of COVID-19 at low case numbers“ (verschoben auf Mittwoch)</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen.</p>	
7	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ „Kontrollstrategie im Schulbereich“ aus MPK (Dokument hier) ○ Neues Vorgehen von Ministerpräsidenten beschlossen, Erlass des BMG mit der Bitte um Stellungnahme ○ Beschlüsse sollen aufgelistet werden ○ Bestehende Dokumente mit fachlichen Empfehlungen sollen nicht verändert werden, ○ Verweis darauf, dass die sonstigen Empfehlungen grundsätzlich unberührt bleiben ○ Begrifflichkeiten: sprachlich soll sich im Erlass am Beschluss orientiert werden, ○ Rückverweis in anderen Dokumenten auf dieses Dokument soll nicht erfolgen 	<p>Alle</p> <p>FG36 Präs VPräs Abt. 1</p>
8	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 	<p>FG33</p>
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht viel Neues seit Freitag, ○ Angebot eines Kurierdienstes zum Probentransport für Praxen und Labore, ○ Sequenzierung bestimmter Proben geplant ○ 1287 Proben bearbeitet, 342 (26,6%) Positive, hoher Anteil, weil Labore aufgefordert wurden nicht mehr alle Proben zu schicken, ○ Es wurden weitere Antigenteste getestet ○ Frage nach Patienteneinwilligung für Proben aus Ausbrüchen diskutiert, ○ Zur Ausbruchsauflklärung sind Proben nötig, es gab bei anderen Ausbrüchen kein Problem damit, es müsste klar werden, dass das Gesundheitsamt diese Proben weiterleitet und das RKI die Sequenzierung in Erfüllung der Aufgaben testet, ggf. braucht es einen anderen Schein 	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Updates 	<p>IBBS</p>
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Punkte 	<p>Alle</p>
12	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Corona-KiTa-Studie (nur montags) (Folien hier) ○ Insgesamt wurden in SurvNet 369 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (>= 2 Fälle) angelegt ○ 285 (76%) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 15 Jahren, 40% 	<p>FG32 FG36</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>(724/1.818) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 84 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter ○ Insgesamt wurden in SurvNet 636 Ausbrüche in Schulen angelegt (>= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen) ○ 583 (92%) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 21 Jahren, 18% (6-10J.), 26% (11-14J.), 31% (15-20J.), 25% (21+) ○ 53 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter ○ Angaben aus Grippeweb Inzidenz ARE liegt deutlich unter den Vorjahren, kleiner Anstieg 45-47 KW bei 6-10 Jährigen aber alles unter dem Niveau von 2019, ○ Teillockdown scheint dahingehend zu funktionieren, weniger ARE übertragen, ○ Gruppe 15-20 sehr deutlicher Rückgang zu beobachten ○ Ausbrüche in KITA und Horten, insbesondere Ältere und Betreuende sind betroffen, ○ Anteil betroffener Kinder stärker angestiegen ○ Hygienekonzepte müssen weiter konsequent beachtet werden, wenn Schulen offen bleiben sollen 	
13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)	FG38
	○	
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)	FG38
	○	
15	Wichtige Termine	Alle
	○	
16	Andere Themen	
	○ Nächste Sitzung: Mittwoch, 02.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	02.12.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG 33
 - Luisa Denkel
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! FG 38
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe

- Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Marieke Degen
 - Ronja Wenchel
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Iris Andernach
- ! Protokoll
 - Janet Frotscher (RKI)

2	Internationales (nur freitags) ○	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ○	
4	Aktuelle Risikobewertung Nicht besprochen	
5	Kommunikation BZgA ○ Dominierende Schwerpunkte bei Bürgeranfragen: Fragen zur psychischen Gesundheit und Fragen zur Impfung Presse ○ Pressebriefing am Donnerstag, 03.12.2020 <i>ToDo: Bitte Grafik „7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche“ (Folie 4 hier) morgen im Pressebriefing zeigen</i> ○ Hohes Aufkommen an Bürgeranfragen zur DEA	BZgA (Thaiss) Presse (Wenchel) Präs / FG 38 (Rexroth) Presse (Wenchel)
6	RKI-Strategie Fragen Nicht besprochen	
7	Dokumente ○ Nicht besprochen	
8	Update Impfen (nur freitags) ○ Nicht besprochen	
9	Labordiagnostik ○ Wöchentlich ca. 80 Proben ○ 2-5 % Nachweis SARS-CoV-2 ○ Abwärtstrend bei Rhinoviren ○ Ausgesprochene Saisonalität der Coronaviren wird sichtbar (Januar/Februar 2021 könnte kritisch werden) ○ Nächste Saison wird es eine stärkere Influenzaaktivität geben ○ Besteht die Hoffnung, dass durch Covid-Maßnahmen Influenza „in Schach“ gehalten werden kann? ○ Die Maßnahmen spielen eine Rolle ○ Positiver Effekt durch Impfung+AHA+L ○ Durch mRNA-Impfstoffe kommt neuer Schub in Impfstoffentwicklung und -konzepte ○ Unterschied Influenza / Covid-19: Covid-19 braucht insgesamt viel länger <i>ToDo: Bitte um Modellierung (was würde passieren, bei Lockerung von 10 oder 14 Tagen? R-Reduktion der letzten 4 Wochen, Auswirkung der verschärften Maßnahmen auf „R“)</i> ○ Keine neuen Informationen bezüglich Nerz-Mutationen	FG 17 (Dürrwald) FG 36 (Buda) FG 38 (Rexroth) FG 17 (Dürrwald) FG 36 (Buda) VPräs FG 17 (Dürrwald)



10	Klinisches Management/Entlassungsmanagement <ul style="list-style-type: none"> ○ Deutlicher Anstieg ○ Telemedizin (Hub) der Charité verzeichnet noch nie dagewesene Auslastung ○ Bei Verlegungsdiskussionen unterstützen die RKI-Empfehlungen deutlich 	IBBS B. Ruehe
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz <ul style="list-style-type: none"> ○ Starke Beunruhigung bei Präs aufgrund der möglichen Quarantäneverkürzung auf 7 Tage + Test ○ Besorgnis auch ob des politischen Willens von vielen Kultusministern ○ Starke Bedenken, dies aus rein pragmatistischen Gründen zu beschließen (Lockerung kann zu juristischer Aufarbeitung führen) ○ Empfehlung 10 Tage + Test auf RKI-Seite wird nicht einheitlich umgesetzt ○ Diskussion über Jugendliche als Treiber der Pandemie (Dokument hier) ○ Höchste Inzidenz bei 15-30-Jährigen ○ Wie kann Gruppe der 15+-Jährigen erreicht werden, um Verantwortung für Eltern und Großeltern deutlicher zu machen <p><i>ToDo: Bitte jegliche Informationen zur Quarantäneverkürzung sammeln</i></p>	Präs VPräs FG 38 (Rexroth) Abt. 3 (Hamouda) Präs
12	Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ○ Corona-KiTa-Studie (nur montags) 	
13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	
15	Wichtige Termine <ul style="list-style-type: none"> ○ 03.12.2020 Pressebriefing ○ 05.12.2020 Townhall-Meeting BMG mit Minister Spahn 	Präs
16	Andere Themen <ul style="list-style-type: none"> ○ Nächste Sitzung: Freitag, 04.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex 	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	04.12.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	WebEx Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! AL3/Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Djin-Ye Oh
- ! FG24
 - Alexander Rommel
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Matthias an der Heiden
- ! FG36
 - Stefan Kröger
 - Walther Haas
 - Silke Buda

- ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - Sebastian Haller
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
 - Marieke Degen
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Luisa Denkel

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fälle, Ausbreitung, Maßnahmen (Folien hier): gestern >64 Mio. Fälle, knapp 1,5 Mio. (2,3%) Todesfälle <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenige Veränderungen ▪ Brasilien wieder auf Platz 2 aufgrund eines 22%-igen Anstiegs im Vergleich zur Vorwoche ▪ Abwärtstrend in manchen europäischen Ländern, Italien (-23%), Deutschland, GB (-19%), Polen (-42%) ○ 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ▪ 78 Länder (Mittwoch waren es 79) ▪ Afrika: neu Cabo Verde ▪ Amerika: Virgin Island und Dom Rep wieder dabei, Bermuda und Mexico Inzidenz unter 50/100.000/7T ▪ Asien: nur noch 7 Länder, Kuwait und Qatar raus ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Veränderungen im Vergleich zu Mittwoch ▪ Unter EU-Ländern nur Irland und Island mit Inzidenz <50 Neuinfektionen/100.000/7T ! Washington Post Artikel am 01.12.2020 (hier), Titel “Europe’s schools still open, still relatively safe, through the COVID-19 second wave” <ul style="list-style-type: none"> ○ Schulschließungen in Österreich, Tschechien und Italien, offen in zahlreichen anderen europäischen Ländern trotz 2. Welle ○ Interessante Zahlen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Finnland: 20.000 von 1,2 Mio. Lehrern und Schülern in Quarantäne, nur 200 (1%) positiv getestet, Positivrate in Allgemeinbevölkerung 2,8% ▪ Spanien: 87% von Indexfällen in Klassenzimmern führten nicht zu sekundären Fällen ▪ Frankreich: nur 0,1% der Schüler und 0,2% Prozent des Personals an Schulen positiv getestet ▪ Irland: wöchentliche Veröffentlichung eines Berichtes zu Massentestungen an Schulen, für Berichtswoche 22.-28.11. fast 2500 Personen aus 136 Einrichtungen getestet, Positivanteil 1,9%, in Allgemeinbevölkerung Positivrate 2,4% ○ Fazit: Fälle in Schulen treiben das Infektionsgeschehen nicht maßgeblich voran 	ZIG1

	<p>! NEJM Publikation zu WHO Solidarity Trials (hier) neue Zwischenergebnisse, Fazit:</p> <p>! Remdesivir, Hydroxychloroquine, Lopinavir und Interferon-beta-1a kein/kleiner Effekt auf overall mortality, duration of hospital stay und initiation of ventilation</p> <p>! Zusammenfassung: Auf amerikanischem Kontinent keine Entspannung, in Europa teilweise stark rückläufiger Trend</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 1.130.237 (+23.449), davon 18.034 (1,6%) Todesfälle (+432), 7-Tage-Inzidenz 134,9/100.000 Einw., Fälle IST 3.980, Reff=1,00 7T Reff=1,04 ○ Hohe Anzahl neu gemeldeter Fälle (Donnerstagszahlen) ○ Bei Besetzung von Intensivbetten nur langsamer Anstieg ○ Inzidenzen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Starker Anstieg in Sachsen und auch in Thüringen ▪ Alle Altersgruppen sind betroffen ▪ Ab nächster Woche epidemiologisch besser deutbare Darstellung hierzu ▪ Inzidenz in Sachsen sieht dramatisch aus, in Nowcasting-Kurve nicht ganz so, diese sollte bei der Besichtigung der nationalen Lage mitberücksichtigt werden ○ Sind in Thüringen die Screenings in Hildburghausen sichtbar? Eher nicht (nicht abschließend besprochen) ○ Altersgruppe über 80 ist überall stark betroffen auch wenn bei der Gesamtzahl der Fälle natürlich nicht so hoch ○ Geografische Verteilung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sachsen überholt möglicherweise Bayern ▪ Hohe Todesfallinzidenz in Sachsen obwohl BL noch nicht lange betroffen ist ▪ Heute kein Kreis >500, einige >400, Bautzen, Zwickau, Sächsische Schweiz ○ Mortalität <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kleiner Anstieg in Deutschland ▪ In EuroMOMO ist ein starker Anstieg in anderen EU-Ländern sichtbar ▪ EuroMOMO: Schweiz ist das einzige Land in dem es während der 2. Welle mehr Übersterblichkeit gibt als in der 1. Welle, in UK, Spanien war die Übersterblichkeit in 1. Welle höher <p>Diskussion</p> <p>! Langsamer Anstieg Intensivstationen – wie kann dieser begründet und wie soll vorgegangen werden? Situation in Krankenhäusern (KKH)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mögliche Gründe 	<p>FG32/FG38</p> <p>Alle</p>
--	---	------------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restriktivere Handhabung oder Steady State der sich auf hohem Niveau einpendelt, deswegen täglich nicht mehr so viele neue Fälle ▪ Es gibt immer einen zeitlichen Verzug bis zur Aufnahme in Intensivstation, aktuelle Situation ist eher ein Abbild des hohen Anstieges im Oktober ▪ In manchen KKH kommen Patienten ab 85 Jahre nicht mehr auf die Intensivstation, dies ist nichts Offizielles, wurde aber von mehreren Krisenstabs-TN gehört ▪ Es wird ebenfalls früher/mehr Sauerstoff gegeben, vielleicht deswegen auch weniger Personen auf IST ▪ Hälfte der Personen die auf ITS kommen verstirbt – Fokus sollte noch mehr auf Vermeidung von Infektionen und nicht Behandlung von Fällen liegen ○ Verteilung IST-Patienten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es gibt Möglichkeit der regionalen Patienten-Übernahme, wenn diese medizinisch noch möglich ist, wird dieses Prinzip auch genutzt? ▪ Viele Diskussion hierzu, Prozess wird noch etabliert ▪ Bisher keine Verlegung von Patienten in größerem Rahmen, lediglich Einzelverlegungen ▪ Es sollte in jedem KKH eine Person geben, die weiß wie das Vorgehen ist ▪ IBBS gibt dies erneut in die verantwortliche Gruppe ○ ICOSARI <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht alle Intensivbetten sind durch COVID-19 Patienten belegt ▪ Andere Gründe, z.B. nicht verschobene Operationen spielen mehr als im Frühjahr eine Rolle, dies ist wahrscheinlich nicht nur in Sentinel-KKH der Fall ▪ Die Lage ist angespannt, aber aktuell gibt es keinen deutschlandweiten Mangel an Intensivbetten ▪ FG36 reicht ICOSARI-Folien hierzu Montag nach, inklusive Altersstruktur auf Intensivstationen ▪ In der IfSG-Novellierung sollte jetzt eine VO etabliert werden, die mittelfristig erlaubt ICOSARI weiter auszubauen ▪ Herausforderung ist häufig fehlende Digitalisierung der KKH, zeitnahe elektronische Datenlieferung ist ein Problem ○ KKH-Situation variiert <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berliner Kliniken haben fast alle elektiven Eingriffe abgesagt 	<p>VPäs/alle</p>
--	---	------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SH wartet auf Patienten, auch in NW ist die Situation anders als im Frühjahr ▪ Es werden weniger elektive Eingriffe abgesagt gibt aber dennoch eine hohe Belastung ▪ Finanzierungslücken wurden geschlossen ▪ Eigenständige Entscheidung der individuellen Häuser wie vorgegangen wird ▪ Ggf. sollte der Ethikrat angesprochen werden ob ein Update notwendig ist um Versteckentwicklungen zu minimieren und offene Diskussion zu ermöglichen <p>! ECDC RRA zu Festtagen am Jahresende (hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ECDC Einschätzung, dass Lockerung über Feiertage nicht zu empfehlen ist, primär 2 Vorschläge ○ <i>Vorquarantäne</i> vor den Feiertagen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realistisch? Eventuell falsches Sicherheitsgefühl? ▪ Zeitraum wurde scharf verhandelt und ist für echte Quarantäne zu kurz ▪ Frage ist, wer danach zusammenkommt, wenn dann auch Personen ohne Vorquarantäne hinzukommen gibt es bei mangelnden Abstandsregeln eine Infektionsmöglichkeit ▪ Unwahrscheinlich, dass Vorquarantäne auf effektive Art realistisch ist ○ <i>Social bubbles</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Was ist die social bubble, wie wird diese übersetzt? ▪ Jede Person hat ihre Kontakte, unwahrscheinlich, dass sich fortlaufend immer nur 2 Haushalte treffen und diese ansonsten keine anderen Kontakte haben ▪ Sollte sehr kleine konstante Gruppe sein, die sich über die Weihnachtstage fortsetzt ▪ Kommunikation, dass social bubble für die gesamten Weihnachtstage gilt, begrenzt und konstant über die Weihnachtszeit hinweg, dennoch unsicher, ob dies realistisch ist und umgesetzt wird ○ Beispiel aus England <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modellierung der Daten der 1. Welle, Shielding von über 70-jährigen ▪ Seit jetzigem Teillockdown ist social bubble gesetzlich geregelt: ein Haushalt darf mit einem zweiten Haushalt in Kontakt, bei Verletzung der Regelung 14 Tage in Quarantäne bevor die Rückkehr in die eigene bubble stattfinden kann ▪ England setzt social bubbles über Weihnachten für 3 Tage aus ▪ Papier von Stefan Flasche, kommunikative Aufarbeitung, ganz strikt, ein anderer Haushalt und gesetzlich geregelt 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie soll RKI sich positionieren: nicht öffentlich, ggf. Bericht mit Vorausschau, wie könnten die Zahlen sich entwickeln, Anstoß zur Überlegung, Lockerung über Weihnachten unabhängig von den Zahlen nicht zuzulassen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewisser Anteil an sozialen Kontakten ist wichtig ▪ Nahe Bekannte/Verwandte werden als vertraut empfunden, AHA+L-Maßnahmen nicht so umgesetzt wie gegenüber Fremden, erneute Sensibilisierung sollte stattfinden ▪ Unwahrscheinlich, dass während der Feierlichkeiten MNS/MNB getragen wird ▪ Das Verhalten bei Zusammentreffen ist entscheidend und dazu muss gut kommuniziert werden ▪ Auch bei kleinen Zahlen ist eine rasche Akkumulation von Übertragungen möglich! Visualisierung hiervon um Bevölkerung zu sensibilisieren ○ Bitte aus Flughafen TK gestern, dass RKI und BMG stark darauf hinwirken, dass wenig Reiseaktivitäten stattfinden ○ Kann dies in unsere Kommunikation zur Lageeinschätzung mit aufgenommen werden, wenn ja, wie, um auf den Ernst der Lage einzugehen ohne Panik zu streuen, bitte überlegen für das nächste Pressebriefing oder Lagebericht Risikokommunikationsprojektgruppe (P1) <p>! Zusammenfassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ LZ bitte Aufgabe erstellen: Bericht an BMG, dass RKI keine Lockerung über die Feiertage empfiehlt mit entsprechender Begründung, bis spätestens Dienstag DS, soll über Leitung ans BMG gehen, keine Modellierung, Gründe können aus ECDC RRA ziehen ! FF FG36 oder jemand anderes, je nach Belastung ○ Risikokommunikationsgruppe: Netzwerkschema erstellen, was bedeutet bei kleineren sozialen Gruppen, wenn jede Person zu mehreren kleinen Gruppen Kontakt hat (Kontaktmatrix, selbst wenn immer nur wenige Personen pro Moment größeres Kontaktmuster) ! FF P1 ○ Welche Empfehlungen können wir noch über die Feiertage geben: Vorquarantäne, social bubble, ja oder nein, andere Empfehlungen? Zu überdenken im Krisenstab (LZ soll auch hierzu eine Aufgabe vergeben) ! moderierende FF P1, mit FG36 und FG37 <p><i>ToDo: s.u. Zusammenfassung</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. LZ Aufgabe Bericht an BMG 2. P1 Risikokommunikation 	
--	--	--

	3. LZ Aufgabe Überlegung zu (zusätzlichen) Empfehlungen für Feiertage	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Einsätze: kurze Nachfolgmission nach Namibia um regionale SARS-CoV-2-Testung zu etablieren ! Risikogebiete: nach BMG-Bericht am Mittwoch noch keine Einigung zum dynamischen Schwellenwert bei Risikogebieten, Etablierung vor Weihnachten unwahrscheinlich ! Internes Papier zu Reisen in Vorbereitung <ul style="list-style-type: none"> ○ Anfragen zur Rolle von Antigentestungen bei Einreise/Reise ○ Antigennachweise wurden viel diskutiert, sie beschreiben in einer Momentaufnahme Infektiosität und nicht die Infektion ○ Strategiediskussion, ob solcherart Nachweise erlaubt bzw. gefordert werden ○ Anfrage aus AA, ob dies eine gute Möglichkeit wäre, weitere Welle aus West Balkan zu verhindern ○ ZIG4 erstellt zsm. mit anderen OEs ein Optionpapier ○ Risikogebiete werden hierdurch noch komplexer ○ Impfnachweis für Reisende wird kurzfristig kein Thema sein, da zunächst Risikogruppen geimpft werden ○ Einzelne Länder oder Fluglinien werden hierzu Entscheidungen treffen ○ RKI sollte besprechen und kommunizieren, wie unsere Stellung dazu ist, um Muster Quarantäne VO und dann reaktiver Nacharbeit vorzubeugen ! Viel Überschneidung mit FG38-Arbeit zum Thema Transport <ul style="list-style-type: none"> ○ Letzte Woche Diskussion mit BMVI zu Reisekorridoren ○ Wie Reisen vor allem im Flugverkehr unter Nutzung von Testungen erfolgen können ○ Wahrscheinlich folgt ein Auftrag vom BMG ans RKI ○ Lufthansa hat bereits Antigen Testung für gewisse Strecken etabliert, funktioniert gut in München, in Hamburg weniger gut, viele falsch positive Ergebnisse und Flugverzögerungen ○ Für Flugverkehr verantwortliche GA sprechen sich ganz stark gegen Testungen und Quarantäne aus: Reisende sollten wie alle anderen Personen in der Bevölkerung behandelt werden, es kommt mehr auf das Verhalten als Reiseursprung/-ziele an ○ Testkapazitäten müssen im Auge behalten werden ○ Fazit: Sehr vorsichtig mit Testungen im Reiseverkehr ○ Vorpositionierung unter Eindruck neuer Möglichkeiten soll durch ZIG und FG38 entwickelt werden <p><i>ToDo: ZIG Entwurf des Optionpapiers unter Einbeziehung von FG38 (Maria an der Heiden)</i></p>	<p>ZIGL</p> <p>ZIGL/FG38</p>

	<p>von Gruppe ergänzende Präventionsmaßnahmen aufgenommen werden</p> <p>! Mehrsprachige Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ RKI-Empfehlungen für Fachpersonal nur auf Deutsch verfügbar, Übersetzungen wären wünschenswert ○ Es gibt Material, aber nicht speziell für in Einrichtungen Tätige, sollte mehr zugespielt werden in dieser Richtung ○ Übersetzung der RKI-Empfehlungen soll an BZgA herantragen werden ○ Maria an der Heiden und Marieke Degen sprechen sich ab ○ IBBS lässt Grundübersetzung von BZgA vornehmen, diese werden durch freiwillige im RKI ergänzt/überprüft ○ Übersetzungen sind wichtig, aber wie wird es an die gelangen, die die Informationen benötigen? ○ Ähnliches wurde auch zu HIV/AIDS diskutiert, z.B. stärkere Einbindung von Selbsthilfegruppen bzw. Nichtregierungs-organisationen, ggf. Kontakte suchen um an diese communities besser heranzukommen? Wie kann dieser Arm der Pandemiebekämpfung gestärkt werden? ○ Beteiligung ethischer/sprachlicher Gruppen, Vorbereitung einer Handreichung für lokale Krisenstäbe ○ Wen sollte man einbeziehen oder in die Pflicht ziehen, ggf. gibt es auch lokale Netzwerke ○ RKI-Papier von Navina Sarma stieß auf Kritik, dass RKI mit diesem Papier selbst stigmatisiert, wurde jedoch im Dialog mit anderen Gruppen nicht bestätigt ○ Eventuelle Erweiterung des bestehenden Papiers ○ Nicht ganz abschließend besprochen? 	
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Schulkonzept Irland</p> <p>(Irischer Ansatz hier, RKI-Zusammenfassung hier)</p> <p>! Nichts Besonderes wird dort anders als hier gemacht, physische Distanzierung, Hygienemaßnahmen und Schüler und Lehrer bewegen sich in ihren Klassen oder Kleingruppen und verlassen diese nicht</p> <p>! Lüften wird nicht erwähnt</p> <p>! Konzept wurde bereits Ende Juli vor der Wiedereröffnung der Schuleinrichtungen veröffentlicht zsm. mit einem Protokoll für die Umsetzung</p> <p>! Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung sind sehr viel strenger</p> <p>! Wöchentliche Publikation der Ergebnisse der Massentestungen, geringere Transmission in Schulen und</p>	ZIG1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Bildungseinrichtungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In den Maßnahmen wird auf verschiedenste Situationen eingegangen, Details zur Einhaltung des physischen Abstands, Händewaschen, MNB für Kinder über 13 Jahren, keine Durchmischung, auch Weg zur Schule ! Punkte wurden auch in RKI Empfehlungen adressiert, werden aber nicht so umgesetzt wie vorgesehen <p>High Level Meeting zu Safe schooling nächste Woche</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Walter Haas wurde konkret auch zur Teststrategie eingeladen ! Gleichzeitig gibt es den Ministerpräsidentenbeschluss der ein anderes Konzept vorsieht (Test am 5. Tag, dann kann noch stets ein Anteil erkranken, durchlässig für fortgesetzte Infektionsketten, wirkt offenhalten von Schulen entgegen) ! Walter Haas würde fachliche RKI-Einschätzung kommunizieren und RKI-Konzept mit gezielter Teststrategie vorstellen ! Wie soll mit dem MP-Beschluss umgegangen werden? ! Reaktive Anerkennung der Existenz des MP-Beschlusses, nähere Fragen hierzu können nicht beantwortet/interpretiert werden <p>Modellierung „Towards a long-term control of COVID-19 at low case numbers” Viola Piesemann (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Einschätzung durch Matthias an der Heiden und Kai Schulze ! Zusammenfassung <ul style="list-style-type: none"> ○ Grundidee des Papiers richtig und gut ○ KoNa stabilisiert die Kontrolle der Epidemie ist aber teilweise nur begrenzt vorhanden, solange gewisse Fallschwelle nicht überschritten wird, ist dies gut ○ Zahlreiche, willkürlich gesetzte Annahmen von Parametern die uns zum großen Teil nicht bekannt sind, Genauigkeit, die nicht messbar und unrealistisch ist wird vorgetäuscht ○ Verschiedene Zustände werden beschrieben, stabiler Zustand und Zustand mit Fallanstieg, wie dies quantitativ auszurechnen und -werten ist, ist nicht klar ! Limitationen <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Modell werden alle Infektionen nachgebildet – Prävalenz der realen Infektion sollte bekannt sein, Dunkelziffer müsste hierfür konstant bleiben verändert sich aber mindestens an Teststrategiebruchpunkten, hängt außerdem z.B. vom Alter ab und ist nur grob messbar/sehr schwer zu ermitteln ○ Bei unbekanntem Einzelwerten zu Parametern (z.B. infektiöse Kontakte) kann kein Durchschnitt ermittelt werden ○ Kapazität der GA zur KoNa ist nicht konstant, hängt von der Anzahl der KP der einzelnen Fälle ab, Größe der 	<p>FG36</p> <p>FG34</p>
--	--	-------------------------

	<p>Ausbruchsgeschehen, KoNa-Kapazität, Altersgruppen, Regionen, Erreichbarkeit</p> <p>! Bei realer Politikberatung sollte dies alles mit einbezogen werden, für eine Modellierung genügt dies vielleicht</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Relevanz für praktische Maßnahmen sehr begrenzt, offene Fragen nicht berücksichtigt (spielt Saisonalität doch eine Rolle? Vielleicht nicht im September/Oktober, aber vielleicht doch im November?), dies kann Kontrollstrategie durcheinanderbringen ○ Autoren machen Kostenabschätzungen zu strengem Lockdown der günstiger wäre, sehr schwer zu rechtfertigen auf Basis der aktuellen daten <p>! Fazit</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie Maßnahmen wirken können wir aktuell nicht prognostizieren, Maßnahmenpriorisierung kann erfolgen, quantitative Beschreibung der Wirkung von Maßnahmen aber nicht ○ Lösung ist entweder Eradikation oder gute Immunität <p>! Einschätzung Tim Eckmanns (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Beschriebene Zustände auf deutsche Situation angewandt <ul style="list-style-type: none"> ▪ stable: HH, HB ▪ unstable: ST, BB, TH, SMN ▪ metastable: alle anderen, SH, MV stabil aber auch mit Maßnahmen zu hoch ○ Darstellung der Möglichkeiten und Last derselben für Gesellschaft und Wirtschaft: Durchseuchung, Containment, Eradikation (Süd-Korea, Taiwan, Vietnam, China, Neuseeland) ○ Deutschland mit Containment Strategie relativ erfolgreich ○ Lockdown ist aktuell nicht stark genug <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontrollierbarer Zustand kann sehr plötzlich in unkontrollierbare Situation übergehen ○ Durch test-trace-isolate wird Virus gut in Schach gehalten ○ Saisonalität spielt eine Rolle, aber auch in anderen Ländern ○ Ziel sind niedrige Fallzahlen, zu welchem Preis, was epidemiologisch verantwortbar sowie gesellschaftlich und ökonomisch akzeptabel ist, muss diskutiert werden ○ Rückgang von Fallzahlen kann gezeigt werden, aber Erfolgsaussicht von vorhandenen oder potentiell anderen Maßnahmen, um nach Anstieg in stabile Situation zurück zu kehren, ist nicht bewertbar ○ Sachsen: zieht jetzt nach, u.a. viele Reisen von angrenzenden Ländern nach Sachsen für Einkaufstouren da hier Maßnahmen weniger streng sind, Interpretationsmöglichkeit der Modellierung wird überbewertet ○ China: frühzeitig ein richtiger Schwerpunkt mit zahlreichen Containment Scouts auf Einwohner bezogen 	FG37
--	--	------

	<p>(6.000/10 Mio. Einwohner?), sehr guter Ansatz, über so etwas muss in der Zukunft nachgedacht werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Modellierung erzeugt keine neue Evidenz, sondern bestätigt was wir bereits wissen, Irreführung da dies als Nachweis kommuniziert wird, jedoch hilfreich für die Politik, kann auch eine positive Wirkung haben dadurch, dass es plastisch gemacht wird ○ Präs und VPräs haben im Sommer vor Kontrollverlust gewarnt, wurde damals nicht ernst genommen, Paper jetzt eventuell hilfreich um dies zu belegen und bei unserer Argumentation zu unterstützen, dass Fallzahlen niedrig gehalten werden müssen <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
<p>9</p>	<p>Update Impfung (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! UK hat erste Zulassung eines Impfstoffes ! Biontech-Zulassung am 22.12. erwartet, ggf. früher ! Moderna Impfstoff, auch mRNA, am 12.01.2021 erwartet ! Astra Zeneca verschiebt sich, da weitere Daten gefordert wurden ! STIKO-Sitzung gestern, Beschluss geht Montag in Stellungnahme-verfahren an Länder und Fachgesellschaften ! 1. Priorität für Impfungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Bewohnerschaft Altersheime ○ Personen über 80 ○ Personal in Altersheimen und medizinisches Personal mit besonderen Tätigkeiten oder Einsatzorten (aerosolproduzierende Vorgehen, Kontakt Risikogruppen) ! Daten von Biontech (zu 48.000 TN) wurden STIKO vertraulich durch BMG zur Verfügung gestellt, in Bezug auf Sicherheit wie erwartet gut ! Vorbereitung auf Umsetzung Impfen <ul style="list-style-type: none"> ○ Biontech hat Tiefkühlschränke, die zur Verfügung gestellt werden können ○ Geimpften Personen sollen weiterhin Hygienemaßnahmen einhalten ○ Quarantänehandhabung wie bei Personen, die Erkrankung durchgemacht haben! Immunität nach Impfung angenommen mindestens so gut wie nach durchgemachter Erkrankung ○ Impfstoff in Emulsion aus Nanolipidartikeln eingebettet, wahrscheinlich kein Haifischprodukt 	<p>FG33</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nachweis über Impfung ○ Wird gehandhabt wie bei jeder anderen geimpften Person auch, gelber Impfpass und Dokumentation ○ Biontech plant Impfzentren Maschinen zur Verfügung zu stellen, die Aufkleber ausdrucken <p>Quantifizierung und Risikostratifizierung vulnerabler Gruppen für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf in der Bevölkerung (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ziel: Überprüfung der Definition und Risikostratifizierung ! Definition von zwei Gruppen <ul style="list-style-type: none"> ○ Vulnerable Personen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen mit Vorerkrankungen ▪ Person >65 Jahre ▪ Hilfsbedürftige Personen >55 Jahre (wenig Impact in Endergebnis) ○ Hochvulnerable Personen mit <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥65 oder ▪ Diabetes ▪ Chronische Nierenerkrankungen ▪ Adipositas ▪ Manche Erkrankungen sind in den Daten nicht vorhanden aber wahrscheinlich über Alter oder comorbidity miterfasst ! Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> ○ Hauptvulnerable Gruppe 36 Mio., davon 21 Mio. hochvulnerable ○ Alter: hohe Vulnerabilität etwas stabiler und auf niedrigerem Niveau, starker Anstieg vulnerable Gruppe mit Alter ○ Bildung: sozialer Gradient bei beiden Gruppen ○ Lebensform: Prozentsatz Alleinlebender nimmt mit zunehmender Vulnerabilität zu ○ Regional nach BL: deutliche Unterschiede, höher im Osten und im Saarland, höchste Vulnerabilität im Saarland, Bayern geringste Vulnerabilität ! Diskussion: wie soll hiermit umgegangen werden? <ul style="list-style-type: none"> ○ Terminologie: Vereinbarung der Terminologie medizinische Disposition für schweren Verlauf aus biologischen Gründen = <i>Risikogruppen</i>, Begriff vulnerable Gruppe kommt aus sozialpsychologischem Kontext, sollte angepasst werden ○ Terminus Risikogruppen: deutliche Formulierung wichtig, „Risiko eines schweren Verlaufes von COVID-19 Erkrankungen“ ○ Analyse soll publiziert werden, basiert auf soliden Annahmen und Daten ○ Frage nach Alleinlebenden, ggf. Einbau des Personen-Anteiles, bei dem Lebensform anders oder unbekannt ist, wo sind z.B. Personen, die pflegebedürftig sind? ○ Dies ist in Surveydaten schwer abzugreifen, es sollte 	<p>FG24</p>
--	---	-------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	ggf. als Limitation hierauf hingewiesen werden, um Unterschied zwischen agilen, fitten und stark pflegebedürftigen älteren Personen zu machen	
10	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FG17 Virologische Surveillance: 358 Einsendungen, 17 SARS-CoV-2 positiv, keine rückläufige Tendenz, 89 Rhinoviren, Einsendungen generell gestiegen ! ZBS1 <ul style="list-style-type: none"> o 1.044 Einsendungen, 215 positiv (21%), Woche noch nicht zu ende, von 2.200 Proben aus CoMoLo sind 21 positiv o Panel für Antigenteste in Erstellung 	FG17 ZBS1
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
13	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) EASA/ECDC Empfehlungen zur Testung und Quarantäne von Flugreisenden</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bereits oben besprochen unter Internationales 	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
16	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
17	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Montag, 07.12.2020, 13:00 Uhr, via WebEx 	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	07.12.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Wolfgang Scheida
 - Patrick Schmich
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG33
 - Luisa Denkel
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1
 - Mirjam Jenny
 - Esther-Maria Antao

Ines Lein

- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
 - Janine Michel
- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
 - Christophe Bayer
- ! MF3
 - Nancy Erickson (Protokoll)



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ > 66 Millionen Fälle, > 1,5 Millionen Todesfälle (2,3 %) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder: USA, Brasilien, Indien, Russland, Italien, Deutschland, Großbritannien, Ukraine, Iran und Polen ○ 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> ○ 79 Länder überschreiten diesen Schwellenwert ○ Neu hinzugekommen: Botswana, Bermuda, Mexiko; Dominikanische Republik nicht mehr gelistet; ○ Keine Änderung in Asien und Europa; ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> ○ Nur Island, Irland und Norwegen < 50; ○ COVID-19/Irland (Folie 5) <ul style="list-style-type: none"> ○ Ca. 5 Mio Einw.; 73.948 Fälle (ECDC, 06.12.2020); 2.099 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 2,8 %); 7T-Inzidenz / 100.000 Einw.: 40,9; Fälle 7T: 2006; Ref 7T: 1,07; ○ Zweite Welle zeitlich etwas früher als in D, Peak neuer Fälle bereits am 20.10.2020 erreicht; ○ 7-Tages-Inzidenz-Inz nach KW ab KW 42 (142), Höchstwert KW 43 (151,5), absteigender Trend bis heute KW 48 (36,7); Testrate/100.000 Erw.: zwischen ca. 2.300 in KW 42 bis 1.500 Tests in KW 48; Positivquote: 6,2 in KW 42, Höchstwert 6,5 in KW 43, derzeit 2,4 in KW 48; ○ Vom 22.10. bis 01.12. im Lockdown (= strengste Maßnahmen seit Mitte Mai): <ul style="list-style-type: none"> ! Nur Geschäfte zur Grundversorgung geöffnet, Restaurants etc. nur take-out möglich ! Strikte Kontaktbeschränkung: u.a. Treffen nur eines weiteren Haushalts, ausschließlich im Freien (außerhalb des eigenen Gartens) erlaubt, Alleinlebende können mit einem weiteren festgelegten Haushalt eine „Support Bubble“ bilden (kein Kontakt zu weiteren Haushalten), 	ZIG1 (Denkel)

	<p>Bewegung nur in einem Radius von fünf Kilometern vom Wohnort erlaubt;</p> <p>! Home-Office-Anordnung, Hochzeiten/Beerdigungen bis 25 Personen erlaubt, Schulen und Kindergärten weiterhin geöffnet</p> <p>https://www.gov.ie/en/publication/2dc71-level-5/</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Open Ireland (Folie 6): seit 30.11. schrittweise Öffnung <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Vorfeld des Weihnachtsfestes sei mit einem erneuten Anstieg der Corona-Infektionszahlen zu rechnen, der Anstieg soll so gering wie möglich gehalten werden. ○ Inzidenz derzeit wieder steigend (> 40, Vorwoche ca. 35) <p>https://www.irishtimes.com/news/health/exiting-level-5-what-will-be-allowed-from-december-1st-1.4421214</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zusammenfassung und News <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit > 80 % der neuen Fälle (7T) und Todesfälle aus Amerika / Europa; in vielen Ländern Europas Rückgang; ○ 6-wöchiger Lockdown in Irland, Maßnahmen der jeweiligen Restriktions-Levels (1 – 5) bereits seit September bekannt; Maßnahmen sehr früh festgelegt, sehr transparent kommuniziert; ○ Bahrain lässt als 2. Land Impfstoff von Pfizer/BioNTech zu ○ ECDC ab 10.12. aktuelle Fallzahlen wöchentlich am Donnerstag (statt täglich) veröffentlicht, daher hier der Vorschlag für Krisenstab: Vorstellung neuer Zahlen am Freitag, jeweils vertiefende Kernthemen (bspw. länderspezifische Präsentation) am Montag ○ Diskussion: Konzept der Social Bubbles in UK/Irland soweit verifiziert, wenngleich noch nicht publiziert <p><i>To Do: Bitte an Frau Denkel, die Folien zu zirkulieren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Stufenplan / Eskalationsstrategie auch für D relevant, ggf. als Phasen I-III mit entsprechendem Maßnahmenkatalog, Vorschlag findet breite Zustimmung ○ Mögliche Inhalte: klar formulierte Maßnahmen anstelle allgemeiner Appelle an Selbstdisziplin, wie bspw. bewährte Maßnahmen anderer Länder oder Weiterentwicklung bereits bewährter Managementkonzepte (bspw. zu Kontaktpersonen – feste Kontaktgruppen) 	<p>FG32 (Diercke)</p>
--	---	---------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Genaue Definition der Trigger der jeweiligen Stufen nötig (cave: in anderen Ländern – UK, Australien – Politisierung der Stufen aufgrund finanzieller Auswirkungen) ○ Kommunikation: Erläuterung der Maßnahmenumsetzung und der Kernbotschaften in Vorbereitung einer kampagnenartigen Ausarbeitung ○ Doppelfederführung: Inhaltliche Ausgestaltung und Kommunikation <p><i>To Do 1: Konkretisierung dieser Maßnahmen als Abbildung im Strategiepaper mit Stufen/ Triggerpoints und als Handreichung für Entscheidungsträger; Federführung: FG36 (Herr Haas) in Zusammenarbeit mit FG32 und FG37 [LZ: AufgabenID 2374_1]</i></p> <p><i>To Do 2: Kommunikation zu konkreten Empfehlungen; Federführung: P1 (Frau Jenny) in Zusammenarbeit mit zu bestimmendem Consultant Board (bspw. aus Universitäten oder des MPI > verhaltenswissenschaftlicher Input), in zweiter Instanz mit BMG und BZgA (Frau Thaiss bietet Fachbeiratsexpertise zu Psychologie an) [LZ: AufgabenID 2374_2]</i></p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 1.183.655 (+12.332), 18.919 (1,6 %) Verstorbene (+147), Zahlen weiter auf hohem Niveau; 7-Tage-Inzidenz 146/100.000 Einw.; 4-Tage-R=1,20; 7-Tage-R=1,06; ITS (Datenstand 06.12.2020): 4.108 (+57), invasiv beatmet: 2.457 (+41); insgesamt eher steigend, sehr hohe Zahlen für Wochenende, keine Entspannung der Lage; ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: in den meisten Bundesländern konstant bis zunehmend; ○ 7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung: 19 LK >25-50; 99 LK >50-100; 251 LK >100-250; 33 LK >250-500; 1 LK >500-1000 Fälle/100.000 Einw. ○ In den Top 10 fast ausschließlich sächsische LK zu finden ○ Ursache des derzeit starken Fallzahlenanstiegs in Sachsen von > 300/100.000 Einw. derzeit unklar ○ Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Thüringen ebenfalls deutlich angestiegen, Ursachenfindung ist indiziert 	
--	---	--

	<p><i>Anmerkungen/Fragen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern hat der Teillockdown keinen deutlichen Effekt, Fallzahlen erreichen eine Art „steady state“, sinken jedoch nicht > aktuelle Maßnahmen reichen scheinbar derzeit nicht aus ○ Effekte hingegen in Bremen, Berlin und Hamburg sichtbar ○ Heterogenes Bild, keine pauschale Erklärung möglich, vermutlich eher auf LK-Ebene zu analysieren ○ Vorschlag: Vergleich ausgewählter LK über längeren Zeitraum im innerdeutschen Vergleich ○ Anmerkung: aktuelle Studie der Universität Bielefeld dazu zusammen mit FG34 (Maßnahmen versus Meldedaten) <p><i>To Do: Bitte an Frau Diercke um Weitergabe: im Lagebericht sollte bereits heute deutlich gemacht werden, dass in den letzten Tagen nach einem Plateau wieder eine Tendenz zu zunehmenden Fallzahlen zu beobachten ist (auch R-Wert sollte Berücksichtigung finden) [LZ: Wurde an Position Lagebericht kommuniziert]</i></p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufnahme der CWA (CoronaWarnApp)-Evaluation nach Freigabe durch BMG ○ Mehrere Dimensionen der Analyse hinsichtlich Effekten, Hürden, Akzeptanz und Teilungsrate von Testergebnissen (verhaltensorientierte Evaluation zwecks gezielterer Kommunikation) ○ Ergebnisse seitens Fraunhofer wiesen darauf hin, dass Trennwände Einfluss auf die CWA haben, aktuelle Testergebnisse hierzu befinden sich in Auswertung ○ Kontakttagebuch in CWA soll durchgesetzt werden, für Gesundheitsämter ggf. wertvoller Mehrwert, Umsetzung hinsichtlich Nutzbarmachung für die Gesundheitsämter ohne weiteren Mehraufwand/weitere Belastung ihrerseits wird derzeit diskutiert ○ Downloadanzahl derzeit bei ca. 24.5 Mio ○ Projekt DEA: beteiligt: BMG, RKI, Bundesdruckerei; erste Vertragsverhandlungen letzten Freitag, als nächstes Klärung von Datenschutzaspekten, dann geregelter Übergang in Projektbetrieb ○ Luka App: Aufbau durch Subunternehmen der Bundesdruckerei, möglichst aufwandarmer Anschluss der Gesundheitsämter wird diskutiert ○ Chatbot – empfohlen durch ITZ Bund und BMI – derzeit in Prüfung hinsichtlich Umsetzbarkeit 	FG21 (Schmich)



	<ul style="list-style-type: none"> ○ DEMIS: ab 01.01.21 Nutzung verpflichtend, 98 % der Gesundheitsämter angebunden (13 Ämter derzeit noch ausstehend), jedoch lediglich ca. 250 von über 400 Laboren – davon jedoch viele Großlabore bereits angeschlossen ○ Anschluss vor allem bei kleinen Laboren problematisch (Adapterlösung, IT-Anleitung zur Konfiguration sowie Beratung stehen jedoch zur Verfügung) ○ Sprachregelung: starke Betonung, dass ab 01.01. die Verpflichtung zur DEMIS-Nutzung besteht, aber sofern diese technisch noch nicht umgesetzt werden kann, dies nicht von der Meldepflicht entbindet 	FG32 (Diercke)
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Änderungsbedarf</p>	alle
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA Kernaspekte dieser Woche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hinweise zum Selbstschutz in Social Media (Twitter u.w.) ! Psychische Gesundheit ! Impfen ! Weihnachtsvorbereitungen ! Rückmeldungen: viele Fragen zur Impfung sowie zur Logistik (Erreichen der Impfzentren durch ältere Personen ohne Unterstützung) ! Herausforderungen bzw. heterogenes Bild in schulischen Kontexten, teils auch durch unterschiedliche Verfügungen (geringe Fallzahlen der Schulen teils nicht ganz schlüssig, sollten weiterhin beobachtet werden) <p>Townhallmeeting</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ca. 2.000 Fragen im Vorfeld eingereicht ! Wiederholung im Januar geplant ! Priorisierung von Impfungen wird Kernthematik werden und vermutlich Kontroversen hervorrufen <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Viele Anfragen zu Impfung, Stellungnahme der Fachgesellschaften soll vor Veröffentlichung abgewartet werden ! Nachtrag: BMG hat Entwurf der STIKO-Empfehlung bereits vor Stellungnahme an „Die Welt“ herausgegeben <p>Social Bubbles (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Präventionsbotschaften zu Weihnachten, daraus erklärende Grafiken zu Social Bubbles, textliche Erläuterung wird ergänzt, auch zu Kontaktpersonen ! Informationen zur Vorquarantäne werden in gesonderter Grafik erstellt ! Frau Jenny wird betreffende Personen der Abteilungen zwecks Feedback dazu persönlich ansprechen 	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Präs</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Jenny)</p>



	<p>auszutauschen [LZ: AufgabenID 2375]</p> <p>b) RKI-intern ! Nicht besprochen</p>	
<p>7</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Veröffentlichung der Nationalen Teststrategie, Grafik wird mit Testverordnung in Einklang gebracht und morgen freigeschaltet ○ Unklarheiten zu Testnotwendigkeit bei Warnung in der CWA: Querverweis zur CWA ist in nationaler Teststrategie jedoch deutlich enthalten ○ Entlasskriterien Berlin: <ul style="list-style-type: none"> ○ vereinfachte Darstellung durch Herrn Brandt auf Bundesebene: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wording von Genomäquivalenten zurück auf Ct-Werte ▪ Vorschlag, dass ein negativer PCR-Test ausreicht ▪ PCR-Test wird diesbezüglich dem AG-Nachweis gleichgestellt <p><i>ToDo: Bitte an IBBS um Klärung, ob eine solche Vereinfachung auch für uns möglich ist</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anm.: abhängig vom Setting – bei Freitestung wird Wiederholung gefordert, da hier quantitatives Bezugsergebnis anfälliger für Unsicherheit ○ Leistungsfähigkeitsvergleich auf Ct-Basis nicht möglich, auf Kopiezahl-Basis schon <p><i>To Do: Bitte an Herrn Mielke, die inhaltliche Möglichkeit einer Vereinfachung zu überprüfen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie ist die Validität der Teste nach Hersteller zu beurteilen (bspw. Validität des Tests von Bosch im Vergleich zu Roche): Hersteller muss bei Validität bei Inverkehrbringen nachweisen ○ PEI-Homepage: nähere Informationen zur Validität der Teste <p><i>ToDo: Bitte um Weiterleitung dieser Frage an AG Diagnostik</i></p>	<p>Alle Abt. 1 (Mielke)</p>
<p>8</p>	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	<p>FG33</p>
<p>9</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>AGI Sentinel</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In letzten zwei Wochen > 3.000 Einsendungen, Verdopplung von einer Woche zur darauffolgenden (Ursache vermutlich verstärktes Anschreiben, Einsatz von Kurierdienst) ○ Rhinoviren dominieren mit 18 % ○ Teillockdown spiegelt sich auch hier wieder ○ 14 SARS-CoV-2-positive Proben (= ca. 8 %), Höchstwert bislang 	<p>FG17 (Dürrwald)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gesamtstatistik: ca. 1500 Proben, davon ca. 350 positiv ○ Anbindung an DEMIS noch nicht abgeschlossen, Frau Michel tauscht sich hierzu mit Frau Diercke aus 	ZBS1 (Michel)
10	Klinisches Management/Entlassungsmanagement <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Updates 	IBBS
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Punkte 	Alle
12	<p>Surveillance</p> <p>Corona-KiTa-Studie (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren ○ GrippeWeb (Folie 4): Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen Stabilisierung, Anteil Kinder/ Jugendliche nimmt im Verlauf der Meldungen ab <ul style="list-style-type: none"> ○ Geschätzte ARE in KW 48: ○ 0-5 Jahre: 341.000 ARE (7.200/100.000), davon 13% mit Arztbesuch = ca. 44.000 mit Arztbesuch wegen ARE ○ 6-10 Jahre: 177.000 ARE (4.800/100.000), davon 13% mit Arztbesuch = ca. 23.000 mit Arztbesuch wegen ARE ○ 11-14 Jahre: 18.000 ARE (600/100.000), davon 33% mit Arztbesuch = ca. 6.000 mit Arztbesuch wegen ARE ○ Inzidenz pro 100.000 Einw. und Anteil übermittelter COVID-19-Fälle (%) nach Altersgruppe (Folie 5): in KW49 bei 15-20J. ca. 180 (7,5 %), bei 11-14 J. ca. 130 (3,3 %), bei 6-10 J. ca. 90 (3,1 %), bei 0-5J. ca. 60. (2,3 %) ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte (Folie 8) <ul style="list-style-type: none"> ○ Größte Geschehen KW 48/49: ○ NI, Hildesheim, 12 Fälle: 5 (0-5), 7 (15+) ○ RP, Rhein-Hunsrück-Kreis, 11 Fälle: 1 (6-10), 10 (15+) ○ Insgesamt wurden in SurvNet 447 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (>= 2 Fälle) angelegt ○ 336 (75 %) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 15 Jahren, 40 % (837/2.083) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt ○ 111 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter ○ Ausbrüche in Schulen (Folie 9) <ul style="list-style-type: none"> ○ Insgesamt wurden in SurvNet 749 Ausbrüche in Schulen angelegt (>= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen) ○ 690 (92 %) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 21 Jahren, 18 % (6-10J.), 27 % (11-14J.), 31 % (15-20J.), 24 % (21+) ○ 59 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter ○ Trend zu Ausbrüchen in Schulen/bei Jugendlichen, nimmt aber auch bei Grundschulern zu ○ Entsprechend der Entwicklung in der Allgemeinbevölkerung/genereller Maßnahmen müsste sich die Lage in den Schulen ebenfalls stabilisieren, hier jedoch kein Einfluss zu beobachten ○ Diskussion / Fragen 	FG36 (Haas) FG32 (Diercke)



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anfrage zu Gurgeln mit dazu gebräuchlichem Desinfektionsmittel: keine adäquate Präventionsmaßnahme da höchstwahrscheinlich nur sehr temporär wirksam ○ Probenahme – Belastungsreduktion bei Probenahme bei Kindern durch Entnahme aus vorderem Nasenbereich und Mundraum (COALA) 	
13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen. 	FG38
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen. 	FG38
15	Wichtige Termine <ul style="list-style-type: none"> ○ FG33 wegen Retreat und ECDC Meeting erst kommenden Montag wieder in der Krisenstabssitzung 	Alle
16	Andere Themen <ul style="list-style-type: none"> ○ Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex 	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	09.12.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzikt
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Daniel Schmidt (Protokoll)
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Kirsten Tolksdorf
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Ute Rexroth
- ! Presse
 - Marieke Degen
 - Susanne Glasmacher
- ! ZIG1
 - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
 - -

! BMG

- Iris Andernach
- Christophe Bayer



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ >67 Millionen Fälle, >1,5 Millionen Todesfälle (2,3 %) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder: (keine Änderung) USA, Brasilien, Indien, Russland, Italien, Deutschland, Großbritannien, Ukraine, Iran und Polen ○ USA, Brasilien, Deutschland, Großbritannien Zunahme der Fälle, restliche Länder Abnahme der Fälle ○ 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> ○ 78 Länder überschreiten diesen Schwellenwert ○ Neu hinzugekommen: Botswana, Bermuda, Mexiko; ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> ○ Nur Island (34/100.000 Ew.), Irland (38/100.000 Ew.) und neu Norwegen (47/100.000 Ew.) mit < 50/100.000 Ew; ○ <i>Zusammenfassung und News</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ WHO Übersicht fast die Hälfte der kumulativen Fälle und kumulativen Todesfälle aus Amerika, 36% der Todesfälle der letzten 7 Tage, ○ Europa 37% der neuen Fälle letzte 7 Tage, und 48% der Todesfälle der letzten 7 Tage, ○ Afrika wenige 1% neue Fälle der letzte 7 Tage und der neuen Todesfälle der letzten 7 Tage <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 1.218.524 (+20.200), 19.932 (1,6 %) Verstorbene (+590), Zahlen weiter auf hohem Niveau; 7-Tage-Inzidenz 149/100.000 Einw.; 4-Tage-R=0,91; 7-Tage-R=0,99; ITS (Datenstand 08.12.2020): 4.257 (-78), invasiv beatmet: 2.535 (+22); Weiterhin hohe Fallzahlen und Todesfälle, hohe ITS-Zahlen, keine Entspannung der Lage; 	<p>ZIG1 (Romo Ventura)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Maßnahmen in Schulen sollen in einem Projekt vom Helmholtzzentrum untersucht werden; ○ Diskussion um Anpassung der Risikobewertung: Vorschlag der Lagebericht sollte die Besorgnis über den Fallanstieg etwas deutlicher ausdrücken => „leichter Anstieg“ soll in „deutlicher Anstieg“ o.ä. geändert werden, siehe Weiteres unter Punkt 4 Aktuelle Risikobewertung; <p><i>ToDo: nach erneuter vertiefter Diskussion ggf. für Freitag Vorschlag zur Anpassung der Risikobewertung FG36, FG32</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Syndromische Surveillance (mittwochs) (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb: akute Atemwegserkrankungen relativ stabil und deutlich unter dem Niveau der Vorsaison, ○ ARE-Konsultationen: ebenfalls stabil und unter der Vorsaison, Der Wert (gesamt) lag in der 49. KW 2020 bei ca. 1.000 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 830.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen; ○ ICOSARI-KH-Surveillance: Anstieg der SARI-Fallzahlen in den Altersgruppen 15-34 und 35-59 Jahre, generell aber seit einigen Wochen relativ stabil bzw. pendelt auf hohem Niveau (über 35 Jahre) oder niedrigem Niveau (unter 15 Jahre); die Altersgruppen der Kinder unter 15 Jahre immer noch niedriger als üblich um diese Jahreszeit ○ Anteil COVID-19 Patienten an SARI stabilisiert sich auf hohem Niveau, liegt aktuell bei 57 % ○ Absolute Anzahl der COVID-19-Fälle mit SARI im Sentinel: alle Fälle, inkl. Liegende (noch vorläufige Diagnosen und noch nicht vollständig) auch hier: kein Rückgang in AG 80+ , eher weiterer Anstieg (Daten von noch liegenden Fällen, eher unvollständiger) ○ ICOSARI-KH-Surveillance (Folien hier) (72 Kliniken im ICOSARI-Sentinel) ○ Phase mit hoher COVID-19 Aktivität: Anteil COVID-19 an SARI-Fällen >10%, Positivenrate an Labormeldungen >1,5% ○ Einführung der freiwilligen (später z.T. verpflichtenden Testungen bei Reiserückkehrern) (KW 30/31) zeigt KEINEN Sprung beim Anteil COVID-19-Patienten, da nicht von D-weiten Testkriterien abhängig => nur schwere Fälle, sentinel-weites Aufnahmescreening; 	<p>FG37</p> <p>AL3</p>
--	---	------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ COVID auf Intensiv fast 10% aktuell, vorher deutlich weniger; ○ <i>Fragen/Anmerkungen:</i> Diese Daten in Bezug auf andere Erreger zeigen schon eine Compliance, sonst wären die Zahlen höher, Compliance reicht allerdings in Bezug auf Covid nicht aus; ○ Anmerkung: über die Form der Publikation der Daten soll nachgedacht werden ○ SARS-CoV-2 in ARS (Folien hier), Anmerkung zur Anzahl der Testungen und Positivenanteile pro Woche – bundesweit: negative Fälle häufig später als positive Fälle nachgemeldet ○ Altersgruppen Heatmap: >80 Jährige gehen hoch, 20-30 Jährige waren hoch gehen leicht runter, ○ Anzahl der Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und Kalenderwoche leicht zunehmend bei >80 Jährigen, bei allen anderen Altersgruppen Abnahme; ○ Positivenanteil: stark zunehmend bei >80Jährigen, andere Altersgruppen leichte Zunahme; ○ Folie 4 Abnahmeort: Arztpraxen zeigen insgesamt Anstieg auch 0-4 Jährige steigen in Arztpraxen an; bei Ort „Andere“ geht der Anteil runter, allerdings ist dies eine Mischung aus verschiedenen Orten; ○ Darstellung Abnahmeort in Kalenderwoche „Andere“ nimmt zu und Arztpraxen ab; ○ <i>Diskussion:</i> Ggf. kommt es durch verändertes Testen und Antigenteste zu Überschätzung der Positivrate, es findet eine Vorselektierung statt, die zu höheren Positivenraten bei PCR führt; ○ Testkapazität und Testungen (mittwochs) (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Testzahlerfassung: Anzahl Testungen hat leicht abgenommen auf 1,3 Millionen, Anzahl Positive zugenommen auf 10,25% ○ Auslastung der Kapazitäten bei PCR zurück gegangen; es gäbe noch Kapazitäten, Probenrückstau nimmt ab, Verzögerung der Ergebnismitteilung vermutlich eher aus logistischen Gründen ○ <i>Diskussion/Fragen:</i> es gibt Daten aus Österreich zu breiter Testung in der Bevölkerung mit Darstellung in einem Dashboard. Wie vergleichbar ist das mit unseren Daten, Umrechnung auf Inzidenzen möglich? 	<p>Alle VPräs FG32 FG36 AL3 AL1</p>
--	---	---



	<p><i>To Do: Kontakt zu Kolleg*innen aus Österreich wegen der Daten zur Testung in der Bevölkerung aufnehmen und Frage nach den Auswertungen, Osamah nimmt Kontakt auf</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Diskussion/Fragen: Umgang mit Antigennachweisen (siehe auch Punkt zu Dokumente): Personen mit leichten, unspezifischen Symptomen mit Antigentest testen und dann ggf. PCR bestätigen soll dies in Teststrategie/Testkriterien aufgenommen werden?</i> ○ <i>Es ist ein Austausch mit der KBV und Fr. Ciesek, Hr. Drosten, Hr. Rabenau geplant, Vorgehen ist sicherlich sinnvoll und wird in vielen Praxen bereits so gemacht; Erweiterung auf leicht symptomatische wäre möglicherweise gut;</i> ○ <i>Hinweis FG36 (W.Haas): Freitest könnte falsche Sicherheit geben, spricht sich gegen eine Änderung der Kriterien aus;</i> ○ <i>Hinweis auf falsch-negative Ergebnisse: Klinikum Stuttgart hatte 62% falsch negative in der Notaufnahme bei nicht-symptomatischen Personen, 20% bei symptomatischen Patienten, dies erscheint demnächst auch im Epi Bull.</i> ○ <i>Frage nach dem Umgang mit den Antigentesten und Teststrategie steht und fällt mit Qualität der Teste</i> <p><i>ToDo: Schauen was die Gruppe KBV ergibt und dann erneut eingehender diskutieren; Anfang nächster Woche besprechen, ob FlusschemaTestkriterien angepasst werden sollte;</i></p>	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	<p>ZIG</p>
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	<p>FG21</p>
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine Höherstufung von „hoch“ auf „sehr hoch“ wird in Erwägung gezogen, ! Diskussion: Einerseits zeigen die epidemiologischen Indikatoren in die Richtung höher zu stufen soll andererseits soll die Risikobewertung die aktuelle Lage abbilden; außerdem ist sehr hoch bereits die höchste Stufe, Frage, ob es das trifft, ! Möglicherweise werden die Fallzahlen im neuen Jahr noch einmal hoch gehen, dann gibt es keine weitere Stufe nach oben mehr; ! Anmerkung dazu: Die Risikobewertung und Abschätzung der Gefährdung hat aber auch einen vorausblickenden Charakter; 	<p>Alle Präs VPräs FG36 FG32 AL3 FG37</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ! Relativ klar ist aber auch, dass ab Montag wahrscheinlich neue Maßnahmen kommen werden, ggf. sollten diese zunächst abgewartet werden; ! <i>Entscheidung</i>: hoch skalieren auf „sehr hoch“, dies soll vorab an das BMG kommuniziert werden, ein Änderungsvorschlag des Textes wird im Krisenstab diskutiert ! Frage kommt auf warum die Zahlen weiterhin so hoch sind? => Ausmaß der Kontaktbeschränkungen reicht nicht aus, ggf. müssten konsequenter Geschäfte, Schulen geschlossen werden, Anmerkung dazu: Schulen sind nicht das Mittel um die Pandemie einzudämmen, das zeigen auch andere Länder; ! Compliance ist wichtiger Punkt, dafür wäre die Kommunikation ein Schlüsselpunkt; es gab dazu bereits einen Bericht an das BMG mit Empfehlungen, <p><i>ToDo: Vorschlag an das BMG mit geänderter Risikobewertung, möglichst bis Ende dieser Woche online stellen</i></p>	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Pressebriefing für morgen angesetzt, Themen sind: aktuelle Lage, Syndromische Surveillance, Überblick erste Ergebnisse der sero-epidemiologischen Studien zu SARS-CoV-2, dazu erscheint auch etwas im Epidemiologischen Bulletin 	<p>BZgA</p> <p>Presse (Degen)</p>
6	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Allgemein ! RKI-intern ! Basierend auf der relativ abstrakten Abbildung zur Stufeneskalation in der Strategie für den Herbst-Winter (hier) soll ein Konzept mit Konkretisierung der Präventionsbotschaften und passender Visualisierung erstellt werden. Z.B vor Weihnachten Vorquarantäne und sinnvoller Kontaktgruppen (Social Bubbles) und Empfehlungen für die Zeit nach Weihnachten; bspw. öffentlicher Nahverkehr; Dies soll aufgrund der besseren anschaulichkeit anhand von case studies erfolgen. Diese sollen noch einmal diskutiert werden; FF wird innerhab von Abt. 3 festgelegt. ! Empfehlungen f. die Feiertage und graph. Darstellung Social bubble (P1 v 04.12.) => wird Freitag besprochen ! Ausbrüche Altenheimen weiterhin sehr hoch (Folien hier); Vorschlag für weitere Diskussion morgen; wird von Presse aufgenommen; Frage wie flächendeckend Antigenteste in Altenheimen angewednet werden? Dazu gibt keine einheitlichen Daten aber die Meldungen, dass es zumTteil an Finanzierung hängt bzw. auch an der Angst bei vielen positiv getesteten Personen und dem resultierenden Personalmangel; ! Über AGI soll herausgefunden werden, ob eine Begleitung und Messung der Effekte geplant ist; 	<p>FG36 VPräs</p> <p>FG36</p> <p>P1</p> <p>FG37</p>



	!	
7	Dokumente <ul style="list-style-type: none"> ○ Anpassung der Falldefinitionen wurde mit Ländern diskutiert, es gibt keine Bedenken; ○ ECDC hat angepasste Falldefinition bereit publiziert, ○ Anfang nächster Woche soll neue Falldefinition nach Anpassung in Survnet veröffentlicht werden, Änderung wäre: positiver Antigentest mit Symptomen soll als positiver Fall gezählt werden, ○ <i>Diskussion:</i> Diskrepanz zur Vorgabe der PCR Bestätigung, Sollte abgewartet werden mit Anpassung der Falldefinition? Wenn aber die Fälle nicht übermittelt werden, würde Information verloren gehen, bisher keine Information wie relevant der Anteil ist, positive PCR-Bestätigung wird erfasst aber nicht wenn PCR negativ; Daher besser Änderung der Falldefinition (was wir übermittelt bekommen) bei vorübergehender Beibehaltung der Referenzdefinition (was wir nach außen ausweisen) ○ Punkt erfordert weitere interne Diskussion; <p><i>ToDo: Änderung der Falldefinition und Übermittlung der Zahlen zur Beobachtung der Änderungen und Relevanz (erfordert auch Änderung im Meldesystem) aber noch nicht als bestätigte Fälle zählen;</i></p>	Alle FG32 AL3 FG36
8	Update Impfen (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	FG33
9	Labordiagnostik <ul style="list-style-type: none"> ○ Influenza: Entwicklung der Zahlen (NRZ) (Folien hier) ○ Probeneingang niedrig, Kontakt zu Arztpraxen ergab, dass es gewisse Unzufriedenheit bei Praxen gibt wegen relativ langen Zustellzeiten bei Postzustellung, beim Kurierdienst kein Verzug bei Zustellung; ○ BMG Mittel sollen genutzt werden um Kurierdienst zu finanzieren; ○ Probeneinsendungen liegen deutlich unter der möglichen Zahl von ~300 Proben/KW; Einbrüche v.a. zu Lockdown-Zeiten zu verzeichnen; ○ KW 49: 166 Proben, 12% Positivenrate, KW 50: 39 Proben bisher 10% Positive ○ Lockdown zeigt Effekte bei Rhinoviren als Maß für Maßnahmen um KW45; ○ SARS-CoV-2 zeigt zunächst Rückgang, seit KW47 Anstieg; ○ Vergleich der restlichen Coronaviren über die vergangenen Jahre deutet auf voraussichtlich anhaltende Zirkulation von SARS-CoV-2 in den nächsten Monaten hin 	FG17/ZBS1 Dürrwald FG32
10	Klinisches Management/Entlassungsmanagement <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Updates 	IBBS
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz <ul style="list-style-type: none"> ○ Konkretisierung zur Abfallentsorgung in der Diagnostik in Bezug auf Antigenteste, Entsorgung soll über normalen KH-Abfall erfolgen, dieser geht direkt zur Verbrennung, keine 	Alle FG14 (Brunke)

	Entsorgung als infektiöser Sondermüll nötig;	
12	Surveillance ○ Corona-KiTa-Studie (nur montags)	FG36
13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ○ Nicht besprochen.	FG38
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ○ Nicht besprochen.	FG38
15	Wichtige Termine ○ FG33 wegen Klausur und ECDC Meeting erst kommenden Montag wieder in der Krisenstabssitzung	Alle
16	Andere Themen ○ Nächste Sitzung: Freitag 11.12.2020, 11:00 Uhr in geringerer Besetzung, ggf. Ausfall des Termins	FG37

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	11.12.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Ute Rexroth, Maria an der Heiden

Teilnehmende:

- ! Abt. 3
 - Tanja Jung-Sendzikt
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG17
 - Djin-Ye Oh
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Kirsten Pörtner (Protokoll)
- ! Presse
 - Marieke Degen
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Esther-Maria Antao
 - Ines Lein
 - Mirjam Jenny
- ! ZBS1
 - Janine Michel



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.272.078 (+29.875), 20.970 ○ (1,6 %) Verstorbene (+598), Zahlen auf neuem Höchstwert ○ 7-Tage-Inzidenz 156/100.000 Einw.; R-Werte ausstehend; ITS (Datenstand 10.12.2020): 4.339 (+61), invasiv beatmet: 2.505 (-16) ○ Weiterhin hohe Fallzahlen und Todesfälle, hohe ITS-Zahlen, keine Entspannung der Lage ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Sachsen und Thüringen weiterhin führend, Aufwärtstrend aber bundesweit, auch z.B. in MV, Lage angespannt ○ 7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung: 2 LK > 500-1000/100.000, 35 LK mit > 250-500/100.000 ○ Mortalitätssurveillance hinkt hinterher, in KW 45 aktuell ca. 3% über dem Durchschnitt der Vorjahre 2016-19 ○ Nachgemeldet wurden von gestern ca. 1000 Fälle aus NRW, kein qualitativer Unterschied, nur quantitativer ○ In EUROMOMO Mortalitätssurveillance gibt es aktuell EU-weit keine relevante Übersterblichkeit, ab der Altersgruppe 45. LJ jedoch Anstieg zu sehen auch im Vergleich zu bisherigen Influenzawellen, Unterschiede in den einzelnen Ländern zu sehen, Österreich z.B. erst in der 2. Welle betroffen, Spanien aktuell im Vergleich zum Frühjahr weniger betroffen, da im Frühjahr unvorbereitet ○ Fazit: deutliche Schwere im Vergleich zu Influenza hinsichtlich Mortalität, Übersterblichkeit kann ohne präventive Maßnahmen wie im Frühjahr extrem hoch sein, selbst mit Maßnahmen höher als bei 	Ute Rexroth/Silke Buda



	Influenza	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
3	Update Digitale Projekte (nur montags)	Schmich
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Folien siehe hier</p> <p>! Qualitative bundesweite Bewertung von „hoch“ auf „sehr hoch“ gestuft, wurde bereits dem BMG vorgelegt zur Kenntnis, wird heute umgesetzt, auch der Rest des Textes ist etwas angepasst, aus „deutlichem Anstieg“ wird „starker Anstieg“ im Lagebericht</p> <p>! Insgesamt wird in Unterüberschrift deutlicher auf Neubewertung und Verschärfung der Risikobewertung hingewiesen, heute auch im Lagebericht prominentere Darstellung geplant</p> <p>! Initiativbericht (Folien hier) mit Verschärfung der Maßnahmen wurde erneut an Länder/AGI verschickt mit dem Hinweis, dass Punkt 7 revidiert wird (Schulen sollen neuerdings schnellstmöglich geschlossen werden)</p> <p><i>Diskussion:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ausführliche Diskussion zur Rolle der Schulen ausstehend ○ aktuell eher als Vorquarantäne (indirekter Effekt) gedacht, zudem ist eine Perspektive für nach Weihnachten noch zu formulieren ○ Hygienekonzepte werden nicht umgesetzt (Stichwort Wechselunterreicht), ansonsten könnten Schulen vermutlich auch offen bleiben ○ in anderen Ländern konnten Zahlen im Rahmen eines harten Lockdowns bei offenen Schulen gedrückt werden ○ Rolle/Ausfall der betroffenen Eltern (die ggf. in Pflegeberufen tätig sind) wird nicht mitberücksichtigt <p><i>Todo:</i> Walter Haas macht Ergänzungsvorschlag zum Initiativbericht, geht an Krisenstab und Leitung</p>	<p>Ute Rexroth/alle</p> <p>Im Auftrag der Leitung</p> <p>alle</p>
5	<p>Kommunikation</p> <p>! Am Dienstag, 15.12. findet wahrscheinlich Bundespressekonferenz (u.a. mit J. Spahn und L. Wieler) statt, ob am Donnerstag RKI-Pressekonferenz stattfindet ist von RKI-Leitung noch nicht entschieden</p> <p>! Social Bubbles, Folien hier: Handlungsempfehlung für Bevölkerung für die Vor-/Weihnachtszeit, innerhalb der social bubble kann im besten Fall auf AHA-L verzichtet werden bei wirklich strikter Vorquarantäne (keine Schule, kein Einkaufen oder ÖPNV) und fehlenden Krankheitszeichen, außerhalb aber auf keinen Fall, einfache Faustregeln werden zeitnah kommuniziert</p>	<p>Presse</p> <p>P1/Mirjam Jenny/alle</p>



	<p><i>Diskussion:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vorquarantäne muss besser definiert werden um sich von aktuellem Verhalten abzuheben ○ Lebensmittel nicht einzukaufen für einen langen Zeitraum ist nicht praktikabel aber Weihnachtsshopping kann z.B. gezielt gemieden werden ○ Social bubble muss im Vorfeld festgelegt werden, wird aktuell wahrscheinlich von Bevölkerung noch nicht umgesetzt ○ Besser nicht nur „Don'ts“ sondern auch „Dos“ vorgeben ○ Ggf. Begriff „soziale Blase“ überdenken, vielleicht besser „Kontaktgruppe“ oder weniger technischer Begriff, der auch nicht auf das „soziale“ sondern das „körperliche“ abzielt ○ Zeitplan: Kommunikation ab Montag, 14.12. gemeinsam mit BMG und über RKI-Homepage <p><i>Todo:</i> Überarbeitung am Wochenende (Fr. Jenny, Hr. Haas, Leitung)</p>	
6	<p>Strategie Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Allgemein b) RKI-intern 	Alle
7	<p>Dokumente</p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
8	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>! Nach Veröffentlichung von interner Stellungnahme bezüglich Priorisierung in BILD-Zeitung erfolgte Flutwelle von Emails an FG33 mit hoher Arbeitsbelastung</p> <p>! Impfstoff-Zulassung voraussichtlich Ende Dezember</p> <p>! Erste Auslieferung Anfang Januar, ggf. erste Impfungen ab 04.01.2021, vorausgesetzt die Impfzentren sind bereit, zur Verfügung stehende Impfmengen sind jedoch niedriger als geplant</p> <p>! Allergische Reaktionen von HCW wurden vom PEI berichtet (2-3 Fälle in UK, dies wohl Personen mit heftigsten allerg. Reaktionen in Anamnese), Personen mit allerg. Prädisposition sollen nun hintenangestellt werden (Definition Prädisposition?)</p> <p>! Kontraindikationen sind prinzipiell noch nicht festgelegt, abschließende Bewertung der allergischen Vorfälle steht ebenfalls noch aus</p> <p>! Hamburg schickt ein Team nach UK zur weiteren Aufarbeitung und wird danach informieren</p>	<p>FG33/Ole Wichmann</p> <p>alle</p>
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>! ZBS1: Leichter bundesweiter Probenrückgang, Positivenquote bei 22%</p>	FG17/ZBS1



	! FG17: 564 Einsendungen, 129 Rhinoviren (25%) und 43 SARS-CoV-2 positiv (10%), Anstieg an SARS-CoV-2-Nachweisen zu vermerken	
10	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Hohe Auslastung der ITS-Stationen, strategische Patientenverlegung wird konzipiert, ggf. über Traumanetzwerk ! Weitere Therapiemöglichkeiten werden überarbeitet, wenig erfolgversprechend	IBBS/C. Herzog
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen	Alle
12	Surveillance ! Corona-KiTa-Studie (nur montags) ! Schulleitungen sind bei positivem Ag-Nachweis nicht für meldepflichtig befunden worden aber Diskussion läuft noch	FG38 FG36
13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Digitalisierung für EU-Passagierdaten geplant, Deutschland nimmt ggf. an Pilotierung teil, Entscheidung vom BMG diesbezüglich ausstehend ! 300 Gesundheitsämter sind in DEA (Digitale Einreiseanmeldung) eingeschlossen	FG38
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Nichts besonderes	FG38
15	Wichtige Termine	Alle
16	Andere Themen ! Wie bereitet sich RKI auf Lockdown mit Konsequenzen für Mitarbeiter vor? <i>Todo:</i> Konzept für RKI-Mitarbeiter für Lockdown (Leitung) ! Nächste Sitzung: Montag 14.12.2020, 13:00 Uhr	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	14.12.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| ! Institutsleitung | o Viviane Bremer |
| o Lothar Wieler | |
| o Lars Schaade | ! FG36 |
| ! Abt. 1 | o Silke Buda |
| o Martin Mielke | o Stefan Kröger |
| ! Abt. 3 | o Walter Haas |
| o Osamah Hamouda | ! FG37 |
| o Tanja Jung-Sendzikt | o Muna Abu Sin |
| ! ZIG | ! FG 38 |
| o Johanna Hanefeld | o Ute Rexroth |
| ! L1 | o Meike Schöll (Protokoll) |
| o Joachim-Martin Mehlitz | ! Presse |
| ! FG12 | o Ronja Wenchel |
| o Annette Mankertz | ! IBBS |
| ! FG14 | o Christian Herzog |
| o Melanie Brunke | ! P1 |
| ! FG17 | o Mirjam Jenny |
| o Thorsten Wolff | o Ines Lein |
| ! FG21 | ! P4 |
| o Wolfgang Scheida | o Dirk Brockmann |
| o Patrick Schmich | o Susanne Gottwald |
| ! FG23 | ! ZBS1 |
| o Antje Gößwald | o Janine Michel |
| ! FG24 | ! ZIG1 |
| o Thomas Ziese | o Eugenia Romo Ventura |
| ! FG32 | ! BZgA |
| o Michaela Diercke | o Heidrun Thaiss |
| ! FG34 | ! BMG |
| | o Christophe Bayer |

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	Aktuelle Lage International	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ > 70,96 Millionen Fälle, > 1,6 Mio. Todesfälle (2,3%) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage: USA, Brasilien, Indien, Russische Föderation, Türkei, Deutschland, Großbritannien, Italien, Frankreich, Ukraine. Einige Länder (Indien, Türkei, Italien, Ukraine) weisen abnehmende Trends auf. ○ 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> ○ 82 Länder überschreiten diesen Schwellenwert ○ Neu hinzugekommen: Südafrika, Namibia, Uruguay, Falkland Islands, Dominikanische Republik ○ Länder herausgefallen: Botswana, Cabo Verde ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Veränderung seit 09.12.2020 ○ 3 Länder mit <50/100.000 Einw. : Norwegen, Irland, Island ○ Zusammenfassung: >4 Mio. Fälle in den letzten 7 Tagen, davon in Afrika 2,6% (v.a. Südafrika, Marokko, Tunesien, Uganda, Libyen), in Amerika fast 50% aller Fälle (v.a. USA, Brasilien, Mexiko, Kolumbien, Kanada), in Asien 12% (Indien, Iran, Indonesien, Pakistan, Jordanien) und in Europa fast 40% (Russland, Türkei, Deutschland, Großbritannien, Italien) ○ Ab nächster Woche keine Präsentation zur internationalen Lage mittwochs mehr. <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 1.337.078 (+16.362), 21.975 (1,6 %) Verstorbene (+188) 50 GÄ haben am WE nicht ermittelt, für einen Sonntag hohe Fallzahlen ○ 7-Tage-Inzidenz 176/100.000 Einw.; ○ 4-Tage-R: 1,12 (0,96 – 1,33) , 7-Tage-R: 1,06 (0,98-1,17), R steigt an ○ ITS (Datenstand 13.12.2020): 4.552 (+61), invasiv beatmet: 2.602 (+60) ○ Weiterhin hohe Fallzahlen und Todesfälle, hohe ITS-Zahlen, keine Entspannung der Lage ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Sachsen stark führend mit Anstieg, gefolgt von Thüringen, steigende Inzidenzen bundesweit (auch MV und SH hatten letzte Woche steilen Anstieg), lange ein 	<p>FG32</p> <p>FG37</p>
--	--	-------------------------



	<p>Plateau im November, seit letzter Woche sichtbarer Anstieg</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung: 7 LK > 500-1000/100.000, 49 LK mit > 250-500/100.000; nur noch 1 LK 7-Tage-Inzidenz von 5 bis 25/100.000, die meisten LK (290) mit 7-Tage-Inzidenz >100-250/100.000. ○ Verteilung der Kreise nach 7-Tage-Inzidenz und Meldewoche (Farbskala von grün bis pink von niedrigen zu hohen 7-Tage-Inzidenzen, wobei in pink die Anzahl der LK mit 7-Tage-Inz. über 200 dargestellt ist): Ab KW 41 zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Anzahl der Kreise mit hohen Inzidenzen. ○ Anteil der Verstorbenen nach Altersgruppe nur bis KW 47 aufgezeigt, da in den nachfolgenden KW von unvollständigen Daten auszugehen ist: in den KW 36 bis 47 zeigt sich ab der Altersgruppe der >80-Jährigen ein hoher Anteil Verstorbener, allerdings muss berücksichtigt werden, dass schwere Fälle durch das Meldesystem besser als leichte Fälle erfasst werden. <p>Amtshilfeersuchen des LK Main-Kinzig-Kreis (GA Gelnhausen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Am 11.12.2020 abends eingegangen, dazu wurde am 12.12.2020 Kontakt mit dem GA aufgenommen. Im LK besteht die zweithöchste Inzidenz in Hessen, das GA beschreibt mehrere Ausbrüche in Krankenhäusern (mit hohen Fallzahlen unter Mitarbeitenden) sowie eine angespannte Situation in den Alten- und Pflegeheimen. Tim Eckmanns und Anna Rohde unterstützen ab heute vor Ort, 2 mobile Scouts werden zusätzlich morgen dort eintreffen. 	
2	<p>Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update Digitale Projekte (nur montags) Schnelle Datenerhebung (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Verschiedene Erhebungen wurden durchgeführt, darunter Corona-Monitoring lokal (Auswertungen in Hotspots), Blutspender-Surveillance (keine Zufallsstichprobe), Corona-Bundesweit (repräsentativ); d.h. es liegen kurzfristig repräsentative Daten zur Seroprävalenz vor; jedoch sind keine weiteren kurzfristigen Daten in Kooperation mit SOEP zeitnah geplant. ! In Großbritannien werden verschiedene Studien durchgeführt, darunter REACT-1 und Covid-19 Infection Survey. ! REACT-1 nicht 1:1 auf Deutschland übertragbar (anderes System, keine ähnliche Stichprobe möglich), RKI-Panel ähnlich dem Covid-19 Infection Survey könnte aufgebaut werden. ! Mithilfe der RKI Infrastruktur wären Befragungen und Versendungen von Testkits denkbar über folgende Wege: <ul style="list-style-type: none"> ○ Über Datenspende (nicht zufallsbasiert), weitere Erhebungen unterschiedlicher Art am RKI (z.B. GrippeWeb) oder Aufruf zur Teilnahme wären hohe Fallzahlen möglich, aber nicht repräsentativ. ○ Verschiedene Samples verfügbar (z.B. GEDA, EMA-Stichprobe, Covimo Befragung, KiGGS, Corona Monitoring Lokal) mit 	Schmich

	<p>insgesamt geringerer Fallzahl, aber Repräsentativität.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Problematik zeigt auf, dass es wichtig wäre, bereits jetzt ein nachhaltiges RKI-Panel aufzubauen, auch wenn dies aufgrund des Aufwands nicht zeitnah einsatzfähig wäre. Es besteht die Gefahr, dass ohne ein solches Panel das Problem in kürzester Zeit erneut auftauchen könnte. Eine Studie ähnlich zu REACT-1 oder dem Covid-19 Infection Survey müsste a.e. über das Einwohnermeldeamt laufen und würde großen Aufwand bedeuten. Abt. 2 braucht dringend Unterstützung in Hinblick auf den Aufbau eines RKI-Panels; letzteres wurde bereits im Rahmen von RKI2025 an das BMG berichtet. ! Hinsichtlich der Nutzung der Datenspende müsste das Datenschutzkonzept neu erstellt werden, aber dieser Weg wäre prinzipiell machbar. ! Selbstabnahmestudien sind mit Bias behaftet; es ist unklar, ob Personen mit besonders hohem oder besonders niedrigem Risiko teilnehmen. Aussagen solcher Studien sind nicht stark belastbar. ! Nach Erwähnung im Pressebriefing wurden 1.300 neue Teilnehmer*innen für GrippeWeb registriert; bei entsprechenden Aufrufen gäbe es sicherlich Teilnahmeinteresse in der Bevölkerung. ! Es wäre sinnvoll, GrippeWeb auszubauen und sich langfristig dem Aufbau eines RKI-Panel zu nähern. <p>Digitale Projekte</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Evaluation der CWA wurde auf Mittwoch verschoben (Robin Houben). ! Die Verlinkung aus CWA auf ESRI-Dashboard ist problematisch. ! Am vergangenen Wochenende kam es bei der DEA zum Totalausfall des Systems. Unzählige Anfragen werden aktuell von Mitarbeitenden aus anderen Bereichen der Abt. 2 beantwortet. Die Bundesdruckerei will in der nächsten TK eine 24/7 Bereitschaft thematisieren. ! In allen digitalen Projekten fehlen ausreichende Mittel zur Umsetzung am RKI. 	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Am Freitag ist die aktuelle Risikobewertung neu eingestellt worden. 	
5	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hinsichtlich der Möglichkeiten, Beschäftigte mit Migrationshintergrund gezielt anzusprechen und von Reisen abzuraten, sollte zwischen formellen und informellen Pflegearrangements unterschieden werden; z.T. ist eine erhebliche Reisetätigkeit zu erwarten. Die Kommunikation sollte über die Pflegedienste oder über die sozialen Medien erfolgen. ! Das Kontakttagebuch ist jetzt online: https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/alltag-in-zeiten-von-corona/mein-corona-kontakttagebuch.html ! Für die morgige Bundespressekonferenz mit Herrn Spahn um 11:30 Uhr ist eine kurze Sprechzeit von Herrn Wieler vorgesehen; die Schulproblematik soll dort u.a. aufgegriffen werden. ! Update zu Videos und Grafiken: Die Videos und Grafiken zum „Feiern im engen Kreis“ und zur Vorquarantäne sind fast finalisiert und vom BMG abgenommen; sie sollen morgen über die sozialen Medien veröffentlicht werden. Die Empfehlung, Kreise nicht zu durchmischen, gilt generell, aber ist zu den Festtagen besonders relevant und dient der Konkretisierung der politischen Beschlüsse. Personen mit leichten Symptomen sollten sich an keinerlei Feiern beteiligen. Eine englische Übersetzung ist 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	wahrscheinlich machbar, weitere wären wünschenswert (z.B. Polnisch, Tschechisch) und könnten über die BZgA kurzfristig beauftragt werden.	
6	<p>Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein Konzept Erhebungen/Instrumente Corona-AK-Status (Thomas Ziese, Abt. 2) – s.o.</p> <p>b) RKI-intern Veröffentlichung der Größe der Risikogruppen für einen schweren COVID-19-Verlauf</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die bereits vorgestellten Berechnungen sollen im Journal of Health Monitoring veröffentlicht werden, zusätzlich wäre eine Vorabinfo unter Abt. 2 sinnvoll, auf die ggf. im Lagebericht, im Steckbrief oder in den FAQs verwiesen werden könnte. Der Steckbrief bezieht sich regelmäßig nur auf publizierte Daten. ! Es wird angeregt, die Daten dem Dt. Ärzteblatt mitzuteilen und ins Pressebriefing zu Beginn aufzunehmen. <p>Präsentation Übersicht nat./int./interne/externe Datenquellen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Eine Übersicht über national als auch international verfügbare epidemiologische Daten zu COVID-19 mit Links zu Quellen und regelmäßiger Aktualisierung findet sich hier: S:\Wissdaten\RKI nCoV-Lage\2.Themen\2.1.Epidemiologie\Daten Graphen Sammlung ! Bei den nationalen Datenquellen werden Daten aus den Surveillance-Systemen (gesetzlich und Sentinel), andere Datenquellen und Studien aufgeführt, jeweils mit Aktualisierungsintervallen und Freigabe. Die Daten sind <u>z.T. ausschließlich für den internen Gebrauch</u> (entsprechend gekennzeichnet). Im Lageberichtsorder finden sich z.B. 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen. ! Bei den externen Quellen handelt es sich z.B. um Aufbereitungen von Daniel Kriese, der sowohl die Meldedaten als auch Daten der Johns Hopkins University nutzt. ! Bezüglich der Todesursachenstatistik kann nicht auf das DIVI-Intensivregister zurückgegriffen werden, da diese sich auf Todesfälle auf Intensivstationen beschränkt. <p>Die Projektgruppe von Herrn Brockmann und das HZI (Hr. Meyer-Hermann) arbeiten zusammen, um grob abzuschätzen, ob die getroffenen Maßnahmen ausreichen werden, um eine Reduktion der täglichen neuen Fallzahlen zu erreichen.</p>	<p>FG24</p> <p>Abt. 3</p> <p>VPräs / Brockmann</p>
7	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
8	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In FG17 gab es 430 Einsendungen, davon primär Rhinoviren und einige SARS-CoV-2 positiv, ständiger Anstieg des Anteils der positiven Nachweise im AGI-Sentinel über die letzten KW. ! FG17 ist erfolgreich an DEMIS angeschlossen und setzt auch Meldungen ab. 	FG17 / alle

	<p>! Während bei Influenza die Annahme bestand, dass ein positiver Fall im Sentinel für etwa 2.000 Einwohner*innen steht, ist eine ähnliche Ableitung für SARS-CoV-2 nur ein grober Anhaltspunkt, da sich Testvolumen und Sensitivität unterscheiden.</p> <p>! Zeitnah ist keine Änderung der Testkriterien sinnvoll; eine Ausweitung sollte zunächst die leichtsymptomatische Personen erfassen. Die Entlasskriterien werden in der AG Diagnostik diese Woche nochmals diskutiert. Testkapazitäten wurden stark aufgestockt, mittels Förderrichtlinie werden Produktionskapazitäten im Land gefördert; Massentestungen sind jedoch noch nicht umsetzbar.</p> <p>! Bei Massentestungen in Slowenien und Südtirol wurde deutlich, dass die Bevölkerung ein negatives Testergebnis als Schutz missverstanden hat. Dies sollte bei etwaigen Massentestungen beachtet werden. In Österreich gab es umfangreiche Testangebote, jedoch war die Teilnahme deutlich geringer als erhofft (13 bis 20% der Bevölkerung anstelle von 60%). Die dortigen Positivenquoten (PCR-bestätigt) lagen zwischen 0,14% bis 0,5%.</p> <p>! ZBS1: > 1.100 Einsendungen, 308 positiv (23% Positivenrate). Derzeit weiterhin keine App oder DEMIS Anbindung laut IT möglich.</p>	ZBS1
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Ab Mitte Januar 2021 sollen weitere monoklonale Antikörper bei frühen und milden Symptomen eingesetzt und über das Apothekennetz verteilt werden.</p>	IBBS
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<ul style="list-style-type: none"> o 6-10 Jahre: 81.000 ARE (2.200/100.000), davon 9% mit Arztbesuch = ca. 7.000 mit Arztbesuch wegen ARE o 11-14 Jahre: 101.000 ARE (3.400/100.000), davon 7% mit Arztbesuch = ca. 7.000 mit Arztbesuch wegen ARE <p>! Inzidenz pro 100.000 Einw. und Anteil übermittelter COVID-19-Fälle nach Altersgruppe: Wiederanstieg bei den 15- bis 20-Jährigen, weniger bei den anderen Altersgruppen, es scheint kein besonderes Geschehen im Schulsetting vorzuliegen, aber durch die Bevölkerungssituation kommt es auch zu einer Betroffenheit bei den Kindern und Jugendlichen.</p> <p>! Ausbrüche in Kindergärten/Horten</p> <ul style="list-style-type: none"> o Relativ konstante Situation in Kitas, etwa 57 Ausbrüche pro Woche in den letzten 4 Wochen. o Größte Geschehen KW 49/50: <ul style="list-style-type: none"> ▪ RP, Ilm-Kreis, 15 Fälle: 6 (0-5), 9 (15+) ▪ HE, Odenwaldkreis, 15 Fälle: 13 (0-10), 2 (15+) ▪ ST, Magdeburg, 13 Fälle: 4 (0-10), 9 (15+) <p>! Ausbrüche in Schulen</p> <ul style="list-style-type: none"> o Anstieg der Zahlen auf hohes Niveau, größere Geschehen sind auf östliche Bundesländer zurückzuführen, der Anteil der Ausbrüche in den Grundschulen steigt an. o Größte Geschehen KW 49/50 <ul style="list-style-type: none"> ▪ TH, Kyffhäuserkreis, Grundschule, 25 Fälle: 19 (6-10), 1 (15-20), 5 (21+). Betroffen sind mehrere Klassen (1, 3, 4). Es gibt Geschwisterkinder in anderen Klassen. Schule wurde geschlossen. ▪ ST, Börde, Sekundarschule, 21 Fälle: 9 (11-14), 6 (15-20), 6 (21+) ▪ MV, Vorpommern-Rügen, Gemeinschaftsschule (Klasse 1-10), 14 Fälle: 2 (6-10), 12 (11-14) <p>! Diskussion: Die Zeit des Lockdowns müsste man nutzen, um</p>	FG36



	<p>Empfehlungen zum Wechselunterricht mit digitaler Unterstützung umzusetzen; jedoch ist eine kurzfristige Umsetzung der Empfehlungen sicherlich schwierig. <i>ToDo:</i> Pressestelle nimmt Botschaft fürs Pressebriefing auf.</p> <p>Änderung der Meldepflicht bei Antigennachweisen in Einrichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausgehend von vielen Anfragen zur Meldepflicht von Antigennachweisen in Einrichtungen wie Schulen und Altenpflegeheimen ist fraglich, ob ein Meldepflicht für positive AG-Nachweise besteht und wenn nicht, ob diese sinnvoll wäre. ○ Die Meldepflicht einer Erkrankung bzw. eines Krankheitsverdachts nach § 6 Abs. 1 IfSG ist zwingend an das Vorliegen von Symptomen geknüpft. Dies können selbstverständlich auch vom Betroffenen beschriebene, nur subjektiv wahrnehmbare Symptome sein. Den durch Antigentest positiv getesteten Personen sollte in jedem Fall empfohlen werden, einen Arzt aufzusuchen sowie eine PCR-Nachtestung vornehmen zu lassen. Auf diese Weise würde auch in diesen Fällen eine entsprechende Meldung aufgrund der Meldepflicht des Arztes bzw. des Labors erfolgen. ○ Systematisch unterscheidet das IfSG streng zwischen der Meldung des Nachweises von Krankheitserregern (§ 7 IfSG) und der Meldung des Verdachtes einer Erkrankung bzw. der Erkrankung (§ 6 IfSG). ○ Eine Meldepflicht eines AG-Nachweises in Einrichtungen wäre sinnvoll, weil Symptome bei COVID-19 häufig mild und subjektiv sind, die ein Lehrender nicht feststellen kann; zudem findet die Virusausscheidung häufig schon präsymptomatisch statt, so dass ein positiver Nachweis den Verdacht auf eine Erkrankung begründen sollte. Eine PCR-Bestätigung ist weiterhin sinnvoll, wird in der Praxis jedoch häufig unterlassen. Es wäre trotzdem sinnvoll, dass Gesundheitsämter von positiven Antigennachweisen erfahren, um Maßnahmen in Schulen oder Altenpflegeheimen einleiten zu können. Aktuell wird der Meldetatbestand in medizinischen Einrichtungen durch positiven Antigentest erfüllt, in anderen jedoch nicht, was schwer zu vermitteln ist. Aus klinischer Sicht ist das Vorliegen von Symptomen bei anderen Erkrankungen nicht zwangsläufig Voraussetzung für einen Krankheitsverdacht; auch Labordiagnostik oder Bildgebung können Krankheitsverdacht begründen. ○ Die Umsetzung der Meldepflicht sollte möglichst unbürokratisch sein. ○ Eine Übergangslösung, z.B. über eine Verordnung, sollte geprüft werden, eine zeitnahe Änderung des IfSG ist wenig realistisch. <p><i>ToDo:</i> Joachim Mehlitz erstellt mit FG 32, FG36 und Abt. 1 einen Bericht, dass ein positiver Antigennachweis in Einrichtungen aus Sicht des RKI einen Verdachtsfall begründet und dass, falls das BMG diese Auffassung nicht teilt, eine dringende Anpassung des IfSG empfohlen wird.</p>	<p>FG32 / L1 / alle</p>
<p>13</p>	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Nicht besprochen.</p>	
<p>14</p>	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Nicht besprochen.</p>	
<p>15</p>	<p>Wichtige Termine ! Nicht besprochen.</p>	

16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch 16.12.2020, 11:00 Uhr	
----	---	--



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	16.12.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Maria an der Heiden

Teilnehmende:

- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG28
 - Claudia Santos-Hövener
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! FG 38
 - Maria an der Heiden
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P4
 - Dirk Brockmann
 - Benjamin Maier
 - Frank Schlosser
 - Susanne Gottwald

- ! Presse
 - Ronja Wenchel
 -
- ! ZIG1
 - Eugenia Romo Ventura
 - Sophie Müller
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur freitags)</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 1.379.238 (+27.728), davon 23.427 (1,7%) Todesfälle (+952), 7-Tage-Inzidenz 180/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> ▪ hohe Differenz zum Vortag, hoher Wert für Dienstag ▪ schwierig zu interpretieren, da Sachsen vorgestern nicht und Bayern nicht alle Fälle übermittelt hat ▪ hohe Anzahl an Verstorbenen (Todesfälle, die innerhalb eines Tages bekannt wurden, nicht die tatsächlich an diesem Tag verstorben sind) ○ 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,98 ○ ITS: 4.735 (+65), invasiv beatmet: 2.679 (+11) <ul style="list-style-type: none"> ▪ noch leicht ansteigend ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> ▪ Am 15.12. Knick in Inzidenz in Sachsen und Bayern aufgrund von Übermittlungsproblemen ▪ Weiter steigender Trend in Sachsen und Thüringen ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ viele LK in Sachsen mit Inzidenz >500 ▪ nur noch 12 LK mit Inzidenz < 50 ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche <ul style="list-style-type: none"> ▪ geringste Inzidenzen bei 0-4 Jährigen, höchste bei 20-50 Jährigen und bei >80 Jährigen ▪ 631 Fälle /100.000 Einwohner bei >90 Jährigen, jedoch wenige Fälle ○ COVID-19 Fälle, Anteil der Verstorbenen, der Hospitalisierten, der Fälle mit relevanten Symptomen <ul style="list-style-type: none"> ▪ In Woche 45 bis 49 hohe Fallzahlen, in Woche 50 nochmal deutlicher Sprung nach oben bei Fallzahlen 	FG32 (Diercke)



- ICOSARI - Anteil SARI-Fälle mit COVID-19-Diagnose
 - ca. 60%, stabil auf hohem Niveau
- ICOSARI - Anteil COVID-19-SARI-Fälle nach Altersgruppen
 - Gesamtanteil in 1. Welle: 19%
 - im Sommer: 4%, in allen Altersgruppen niedrig
 - Spätsommerlicher Anstieg auf 44%
 - Gesamtanteil in KW 49 mit 60% sehr hoch: bei 15-34 Jährigen: 74%, bei 35-59 Jährigen: 68%, bei 60+ Jährigen: 64%
- ICOSARI - COVID-19-SARI-Fälle, absolute Fallzahlen
 - Bis 34 Jährige fallen kaum ins Gewicht.
 - Der große Unterschied zwischen 15-34 Jährigen und 35-59 Jährigen fällt auf. Grund?

ToDo: FG36 sieht sich Altersverteilung genauer an.

! Testkapazität und Testungen (mittwochs) (Folien [hier](#))

- In KW 50 weiterer Anstieg des Anteils positiver Testungen, Gesamtzahl von Testen nicht geringer.
- Positivenanteile nach Bundesland und Woche
 - Deutlich führend ist Sachsen.
- Wie auch in Vorwochen großer Anstieg des Positivenanteils bei > 80 Jährigen, auch in allen andere Altersgruppen weiterhin ansteigend.
- Auswertung für Sachsen im zeitlichen Verlauf
 - Positivenanteil bei >80 Jährigen > 30%, bei 0-4 Jährigen auf vergleichbaren Niveau wie in anderen BL
- Gibt es bzgl. des Geschlechts Änderungen über die Zeit?
- Laborbasierte Antigenteste werden von 2 Laboren übermittelt und zurzeit analysiert (findet Nachtestung statt)?
- Wie kommt es zu dem sehr hohen Positivenanteil bei >80 Jährigen, obwohl Ältere sehr compliant bei den Maßnahmen sind? Liegt das an einer massiven Vorschaltung von Antigentests?
 - Aus Alten- und Pflegeeinrichtungen kommen

	<p>dramatische Signale, wenn Eintrag nicht verhindert werden kann, kommt es zu schneller Verbreitung.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist bei > 80 Jährigen nicht nur ein schwerer Verlauf wahrscheinlicher, sondern ist evtl. auch die Suszeptibilität erhöht? <p>! Testzahlerfassung am RKI (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zwischenzeitlich 32 Mio. Testungen erhoben. ○ Positiven Anteil steigt stetig. ○ Auslastung der Kapazitäten scheint sich zu entspannen. ○ Probenrückstau ist zurückgegangen, in KW50 geringfügig höher als in 3 Vorwochen. 	
<p>2</p>	<p>Internationales</p> <p>! Verlauf der Pandemie in Afrika (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anders als erwartet nur geringer Anteil an den weltweiten Fällen (3,4%), nur 3,6% der weltweiten Todesfälle. ○ Höchste Inzidenzen in Südafrika, Libyen, Tunesien, Marokko. ○ Woran liegt das? ○ Hypothese I: Untererfassung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ < 0,5 Tests /1.000 Einw. täglich ▪ Im Februar konnten nur 2 Länder PCR-Tests durchführen, zwischenzeitlich jedoch 43 Länder. ▪ Vergleichbare Testzahlen mit Ländern ähnlicher Pandemiephasen, Positivquote: 9,8%. ▪ An einer Untererfassung liegt es vermutlich nicht ausschließlich. ○ Hypothesen II: Faktoren, die Verlauf beeinflussen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demographie: Medianalter 19,7 Jahre; Alter korreliert mit schwerem Verlauf (Immunoseneszenz, mehr NCDs) ▪ Immunsystem: trainiert durch Wurmbefall, trainiert nach BCG-Impfung; Stärkung des regulatorischen Immunsystem (Hygienehypothese) ▪ Demographie vermutlich relevanter, immunologische Hypothesen nicht eindeutig. ○ Hypothesen III: Faktoren, die die Ausbreitung beeinflussen können <ul style="list-style-type: none"> ▪ Umweltfaktoren: (angeblich geringe Stabilität des Virus ab 23°C), Erfahrung mit Epidemien, früher Lockdown, ländliche Gegenden mit kaum verschlossenen Gebäuden (gute Belüftung) ▪ Cave Urbanisierung: hohe Bevölkerungsdichte, anderer Lifestyle 	<p>ZIG (Müller)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Viele Hypothesen, wenig Evidenz ○ Warnung vor 2.Welle in Afrika, verursacht durch erhöhte Mobilität und Lockerungen. ○ Indirekte negative Effekte des Lockdowns durch Lücken bei der Behandlung von Tuberkulose, Aussetzung von Routineimpfprogrammen. Steigende Kindersterblichkeit zu erwarten. Konsequenzen des Lockdowns haben zum Teil schwerere Konsequenzen als COVID selbst. ○ Anregungen: Zusammenarbeit mit African CDC, Durchführung von Serostudien, balancierter Lockdown ○ Inwiefern machen Maßnahmen aufgrund der Sekundäreffekte des Lockdowns überhaupt Sinn? Wie wird das auf Ebene des African CDC gesehen? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geteilte Meinungen, 1. Lockdown sehr früh, zu diesem Zeitpunkt noch wenig über Schwere bekannt, viele Diskussionen hierzu. ○ 1.Welle: Afrikanische Regierungen haben hart gehandelt, nun viel differenzierteres Verhalten. Befürchtet wird eine 2.Welle durch die Mobilität über Weihnachten. ○ Gibt es Daten zu HIV? Unklare Daten zur Schwere von COVID-19-Erkrankungen bei HIV-Infektion. Behandlung von HIV erschwert. 	
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen</p>	
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung ! Keine Beiträge</p>	
<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Es wurde beworben: weshalb es wichtig ist, Kontakte zu reduzieren; Teststrategie; was zu tun ist bei Kontakt mit infizierter Bevölkerung.</p> <p>! Telefonberatung: vor allem Fragen zum Impfen und der erstpriorisierten Zielgruppe; an wen können sich ältere zu Hause lebende Menschen wenden. Außerdem Fragen rund ums Reisen an den Weihnachtstagen.</p> <p>Presse</p> <p>! STIKO-Empfehlungen sind in Arbeit</p> <p>! Wird ausreichend kommuniziert, dass positiv Getestete zeitnah selbst Kontaktpersonen informieren sollen?</p>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>

	<p><i>ToDo: Fr. Wenchel recherchiert, inwieweit das kommuniziert wurde.</i></p> <p>! Ist der Bevölkerung die Strategieergänzung, auch bei leichten Symptomen zuhause zu bleiben, ausreichend klar? (AHA + L + bei Symptomen zu Hause bleiben)</p> <p>! Hat BZgA schon in erster Welle bei Hinweisen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer prominent platziert.</p> <p><i>ToDo: Nimmt BZgA mit auf Slider.</i></p>	
<p>6</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Überblick über Ergebnisse von Modellierungen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Neue Publikation zur Effektivität von Maßnahmen gestern in Science: https://science.sciencemag.org/content/early/2020/12/15/science.abd9338 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulschließungen und Universitätsschließungen wurden zusammengefasst in Betrachtung, Vergleich zwischen den unterschiedlichen Ländern schwierig. ○ Modellierungs-Ergebnisse: Übersetzung von Fallzahlen in Kontaktreduktionen. Modell schätzt, wie die Kontaktreduktion über die Zeit ausgesehen haben muss, um diese Inzidenzen zu erhalten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absolute tägliche Inzidenz im Modell gefittet. ▪ Annahme: Menschen ändern Verhalten, wenn Inzidenz stark steigt. Verhaltensänderungen, die zur Abnahme der Inzidenz führen, nehmen im Laufe der Zeit ab (Pandemiemüdigkeit). ▪ Länderspezifische Kurven: Kontaktreduktion über Zeit sieht in vielen BL sehr ähnlich aus, reicht trotzdem aus für Abnahme der Inzidenz. ▪ Thüringen, ST und Sachsen: etwas stärker steigende Trägheit, was zu weniger starken Kontaktreduktionen führt. ▪ Verläufe in Kurven wurden mit der Dynamik aus Cosmo-Umfragen zu Verhaltensänderungen und Kontaktreduktion verglichen und ähneln sich stark. ○ Ergebnisse einer Modellstudie: „Test sensitivity is secondary to frequency and turnaround time for COVID-19 	<p>P4 (Brockmann)</p> <p>P4 (Meier)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verwendung des Index regionaler sozioökonomischer Deprivation des RKI, Einteilung in deprivierte und weniger deprivierte Regionen: Ost-West- und Nord-Süd-Gefälle, im Nordosten Deutschlands liegen die am stärksten deprivierten Gebiete. ○ Bis 15.06. gab es mehr SARS-CoV-2 Infektionen in weniger deprivierten Regionen. ○ Altersstandardisierte Inzidenz nach sozioökonomischer Deprivation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welle 1: höchste Inzidenzen in Gebieten mit geringster Deprivation, gleicht sich über die Zeit an. ▪ Welle 2: Unterschied nicht mehr so ausgeprägt. ○ Case-Hospitalization Rate: in Kreisen mit höherer Deprivation erfolgten mehr Hospitalisierungen. ○ Harter Lockdown hat Infektionsgeschehen in allen Regionen verringert, vor allem auch in sozioökonomisch privilegierten Regionen, die eine besondere Rolle im Übertragungsgeschehen spielten. ○ Sozial benachteiligte Gruppen bedürfen besonderen Infektionsschutz, da sie ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe aufweisen. ○ Im Moment ist keine Aussage auf Individualebene möglich, nur zu Regionen. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist im Rahmen von Corona-Monitoring lokal und auf Bundesebene geplant. ▪ In Kupferzell und Bad Feilnbach handelt es sich um eine Bevölkerung mit niedrigem Index, interessanter ist Berlin Mitte. ○ Anmerkung BZgA: zielgruppenorientierte Kommunikation ist wichtig. ○ Spielt Alter eine Rolle? Nicht unbedingt, Index ist altersadjustiert. 	
7	Dokumente ! Keine Beiträge	
8	Update Impfen (nur freitags) ! Nicht besprochen	
9	Labordiagnostik	



	<p>! NRZ Influenzaviren (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Probeneingang im Sentinel konnte durch Telefonate mit Arztpraxen und Einbeziehung eines Kurierdienstes erhöht werden. ○ Anzahl der Einsendungen in KW 50 jetzt wieder auf Niveau der letzten Influenzasaison, mit Lockdown gingen Einsendequoten deutlich zurück. ○ In KW 49 und 50 stimmen die Positivenquoten mit 11% bzw. 12% mit den übrigen Testungen überein. ○ Nach Ende des 1. Lockdowns war eine deutliche Erhöhung der Nachweise von Rhinoviren zu verzeichnen. Dies hat mit dem Teil-Lockdown wieder abgenommen, jedoch nicht so stark wie vorher. ○ Ungefähr gleichmäßige Verteilung der Einsendungen über die Altersgruppen, nur wenige Proben von > 60 Jährigen. Die meisten SARS-CoV-2 Nachweise bei 35-60 Jährigen. ○ Probeneingang je BL: fast alle BL sind vertreten, die größten Nachweisraten bei Proben aus Sachsen bei durchschnittlichen Einsendungen. ○ Anfrage aus Parlament: Gibt es einen Anstieg von CMV? CMV wird im Sentinel nicht untersucht. 	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
<p>10</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es gab Verunsicherung durch eine Pressemitteilung, dass in Sachsen Triage angewandt wurde (Bericht dazu: Link). ! Trifft im Moment nicht zu, die Plätze könnten in den nächsten 10 Tagen jedoch knapp werden. ! Es gibt deshalb Vorüberlegungen zu einer evtl. Verlegung von Patienten aus der Region Ost in die Region Nord. (Kleeblattkonzept: Region Nord, Ost, Nord-West, Süden 1+2) ! Pressestatement geplant mit positiver Message, dass in Deutschland noch genug Kapazitäten vorhanden sind, für evtl. Engpässe in einer Region ist ein Konzept vorhanden. ! Begriff Triage soll nicht verwendet werden, Priorisierung stattdessen. ! Wird ein Aussetzen der elektiven Eingriffe umgesetzt? Es gibt Einzelmeldungen, dass elektive Eingriffe nicht ausgesetzt werden. Dies soll mit Druck der Landesregierungen durchgesetzt werden. ! Gibt es Fortschritte beim klinischen Management im Vergleich zum Frühjahr, kann mit jetzigem Wissen häufiger auf Beatmung verzichtet werden? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hierzu gibt es bisher keine belastbaren Daten/Studien. ○ Die Mortalität der intensivpflichtigen Hochaltrigen ist im Vergleich zum Frühjahr nicht geringer. ○ Unterschiede gibt es zwischen großen Zentren und kleinen Kliniken. 	<p>IBBS (Herzog)</p>
<p>11</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p>	

	! Keine Beiträge	
12	Surveillance ! Keine Beiträge	
13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Nicht besprochen	
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Nicht besprochen	
15	Wichtige Termine ! Keine Beiträge	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Freitag, 18.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	18.12.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
- ! FG16
 - Anton Aebischer
- ! FG17
 - Dschin-Je Oh
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG23
 - Robin Houben
- ! FG24
 - Thomas Ziese
 - Martin Thißen
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - Muna Abu Sin
 - Sebastian Haller
 - Anna Rohde
- ! FG 38
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
- ! IBBS
 - Bettina Ruehe

- ! P1
 - Mirjam Jenny
- ! P4
 - Benjamin Maier
 - Susanne Gottwald
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Luisa Denkel
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss

- In den USA gibt es seit März dauerhaft eine Excess Mortalität:
https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess_deaths.htm

National

! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](#))

- SurvNet übermittelt: 1.439.938 (+33.777), davon 24.938 (1,7%) Todesfälle (+813), 7-Tage-Inzidenz 185/100.000 Einw.
 - ca. 3.500 Fälle aus BW wurden am Mittwoch nicht übermittelt und gestern nachübermittelt, demnach 2 Tage in Folge >30.000 Fälle
 - Übermittlungsprobleme aufgrund der notwendigen Stückelung der großen Datenmengen in Datenpakete
- 4-Tage-R=0,96; 7-Tage-R=1,05
- ITS: 4856 (+20), invasiv beatmet: 2.774 (+14)
- 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
 - Sachsen und Thüringen weiterhin sehr hoch, in Thüringen weiterhin Zunahme, insgesamt weiterhin auch in allen anderen BL leicht anziehender Trend
- Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
 - 1 LK <25/100.000 Einw., 10 LK >500/100.000 Einw.
- Fall-Verstorbenen-Anteil (nach Meldewoche des Falles)
 - Da über 800 Todesfälle an einem Tag gemeldet wurden aber laut DIVI die Intensivbelegungen nicht so stark gestiegen ist, wurde eine Auswertung zum Fall-Verstorbenen-Anteil und dem Hospitalisierungsstatus durchgeführt.
 - Insgesamt ist über die Zeit der Fall-Verstorbenen Anteil gesunken (durch bessere Testung und Erfassung).
 - Anteil der nicht hospitalisierten (sowie mit unbekanntem Status) unter den Verstorbenen ist ansteigend, große Unterschiede zwischen den BL, z.B. Thüringen großer Anteil der Fälle nicht hospitalisiert.
- Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland

FG37
(Eckmanns)



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leicht ansteigend, aber auch 4 Wochen verzögert <p>! Bericht vom Einsatz in Main-Kinzig-Kreis (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anna Rohde und Tim Eckmanns sind vom 14.12. – 16.12. kurzfristig zur Unterstützung in den Main-Kinzig-Kreis gefahren ○ Großer LK in Rhein-Main-Region, >1000 Fälle pro Woche, Ausbrüche in mehr als der Hälfte der Altenheime und Hälfte der KH ○ Im St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau größere Probleme, relativ spät reagiert, viele MA positiv, viele COVID-Patienten, Vorschlag das KH zu COVID-KH zu deklarieren ○ Im Klinikum Hanau 2 kleinere Ausbrüche, schnell reagiert und gescreent, aber auch zuvor schon Screening alle 2-3 Wochen, alle elektiven Eingriffe eingestellt, klare Trennung positiv/Verdacht/negativ; eigentlich eine COVID- und eine Non-COVID-ITS, mussten aber Patienten des anderen KH übernehmen, daher nicht durchgehalten, wahrscheinlich nicht viele Übertragungen im KH; am WE Medienbericht, dass Kühlkapazitäten für Verstorbene im KH ausgelastet sind und Kühlcontainer auf dem Friedhof genutzt wurden ○ Beginn des Geschehens Anfang Dezember in allen Wohnheimen ○ Seniorenheim Theresa GmbH: alle Bewohner COVID-pos., an einem Tag 12 Rettungsdiensteinsätze, Rettungsdienst hat Triage durchgeführt und nur noch einen weiteren Patienten ins KH mitgenommen, Pflegeheim hat Bewohner z.T. selbst mit Sauerstoff versorgt ○ Wohnstift Hanau: angewandte positive Schnelltests wurden zunächst nicht per PCR bestätigt, nun Screening bei allen MA und Bewohnern ○ AGO Nidderau: Viel zu wenig Personal, Zeitarbeitspersonal risikoreich, da wechselnde Arbeitsstätten/Kontakte, Person von Zeitarbeitsfirma war positiv getestet ○ Hinweise für das GA zu <ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorisierung: Begehungen wichtig, sollten intensiviert werden, ebenso wie Fallfindung, KoNa-Reduktion möglich (nicht alle Kontaktpersonen am Ende der Quarantäne noch kontaktieren), SurvNet-Übermittlung ist großer Aufwand, bisher nur einer von 23 Ausbrüchen übermittelt – große 	<p>FG38 (Rexroth)</p> <p>IBBS (Ruehe)</p> <p>AL3/FG37</p> <p>FG37 (Abu Sin)</p>
--	--	---

	<p>Untererfassung, die ein falsches Bild auch für Politik vermittelt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fokussierung: Team hatte in Pflegeheimen lange Diskussionen über vermeintlich fehlerhafte FFP2 Masken, Desinfektionsmittel (begrenzt viruzid vs. viruzid), Klimaanlage, Aussage der Ct-Werte, Einschleppung durch externe Personengruppen – Message: Wenn Hygienekonzepte konsequent umgesetzt werden und ausreichend Mitarbeitende vorhanden sind, ist der Schutz ausreichend ▪ Prozessoptimierung <ul style="list-style-type: none"> ○ Hinweise für den Kreis: z.B. COVID-KH, um Klinikum zu entlasten, wichtig wäre klare Kommunikation, dass elektive Eingriffe verschoben werden sollten, wichtig auch Personalmobilisierung (v. a. in Altenheimen Probleme) ○ Hinweise RKI: Empfehlungen vereinfachen, Ct-Werte/Test-interpretation sollten nicht in Pflegeheimen gemacht werden, DIVI-Register suggeriert Sicherheit, bildet nicht die Lage in den Pflegeheimen ab, Triage in Pflegeheim erfolgt, COVID-Bereiche sollten geschaffen werden, damit ein KH gut auf COVID reagieren kann, Testung ist gut, aber Hygienemanagement ist entscheidend ○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Solche Einsätze sind wichtig, um die Lage vor Ort zu sehen und die Informationen zu erhalten ▪ Entisolierung in Heimen auch Thema der AGI ▪ Überarbeitung der Entlasskriterien, Kriterien für Pflegeheime angepasst, wird am Montag im Krisenstab vorgestellt, statt Ct-Wert wird Schwellenwert (orientiert am Std.) verwendet ▪ Informationen sollten kommuniziert werden, T. Eckmanns und A. Rohde arbeiten an einem Bericht für das hessische Ministerium <p><i>ToDo: T. Eckmanns und A. Rohde formulieren einen Initiativbericht ans BMG und informieren vorab Hr. Wieler.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzidenz > 60J. auf der ersten Seite im Lagebericht zeigt nicht die Situation in höheren Altersgruppen (80+) da jüngere Altersgruppen mit sehr niedriger Inzidenz. 	
--	--	--



	<p><i>ToDo: Darstellung der Inzidenz der älteren Bevölkerung auf der ersten Seite des Lageberichts überarbeiten.</i></p>	
2	<p>Internationales</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Evaluation der CWA (Folien hier) ! Überprüfung der Wirksamkeit, aber es fallen aufgrund des dezentralen Ansatzes wenig Daten zur Evaluation an ! 3 Bereich, die analysiert werden können: 1. Metadaten (wie viele haben sich gemeldet), 2. Daten der GA (viele GÄ erheben Daten zu CWA), 3. Daten aus repräsentativen Umfragen ! Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften intensiviert und eingebunden ! Es gab schon einige Befragungen, auch im Rahmen anderer Studien, aber keine hat bevölkerungs-repräsentativen Ansatz, daher Planung einer eigenen bevölkerungs-repräsentativen Studie ! Frage z.B. warum teilen nur wenige, die ein positives Ergebnis haben es auch mit der CWA; in Dänemark z.B. Zustimmung des Teilens des Test-Ergebnisses bei Installation der App, in DEU aufgrund Datenschutzvorgaben nicht möglich, muss extra erfolgen 	<p>FG23 (Houben)</p>
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Keine Beiträge</p>	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Telefonaktionen in Kooperation mit Tageszeitungen/regionalen Medien: <ul style="list-style-type: none"> o Expertenpanel, das Fragen der Leserinnen und Leser beantwortet o viele Fragen aus der Zielgruppe der zu Impfenden 80+ o In Hamburg und Stuttgart z. B. hohe Reichweite <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Möglicherweise Pressebriefing am Dienstag ! Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung und vieler neuer FAQs gestern ! Baldige Zulassung des Moderna-Impfstoffs erwartet, Impfpfempfehlung muss dafür überprüft werden ! Übermittlungsprobleme (+3500 Fälle) wurden gestern den Agenturen gemeldet, gut aufgenommen, aus Transparenzgründen wichtig und sollte auch in Zukunft so 	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Glasmacher, Wenchel)</p>



	<p>(Demokraten vs. Republikaner)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wahlverhalten ist Proxi für weiteres Verhalten das damit verknüpft ist, insgesamt sollten vermehrt Meldedaten mit ökologischen Faktoren kombiniert und soziologisch betrachtet werden, Abt. 3 und Abt. 2 sind dazu im Gespräch <p>b) RKI-intern ! Nicht besprochen</p>	<p>FG38 (Rexroth)/ AL3</p>
7	<p>Dokumente/weitere Studien</p> <p>! Kurzvortrag Projekt PHIRI (Population Health Information Research Infrastructure) (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Neues EU-Projekt am 01.11. auf europäischer Ebene gestartet ○ Hintergrund: Bedarf an strukturiertem Austausch von Gesundheitsdaten auf europäischer Ebene, Verbesserung der Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen in den Mitgliedstaaten und auf EU-Ebene, Case Study für Aufbau eines europäischen Gesundheitsinformationssystems ○ FG24 leitet WP6 (Beantwortung von Forschungsfragen über Use Cases) und WP8 (Austausch von Praktiken, Richtlinien, Standards) ○ Parallelstrukturen sollen vermieden werden, RKI-Abteilungen und FGs sollen einbezogen werden ○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soll sich um Meta-/Dachprojekt handeln, soll auch für den ND-Bereich, idealerweise angekoppelt ans ECDC eine übergeordnete Struktur bilden ▪ U. Rexroth und O. Hamouda in engem Austausch mit ECDC, Austausch läuft über Tessy 	<p>FG24 (Thißen)</p> <p>BZgA (Thaiss), FG24 (Ziese) FG38 (Rexroth)</p>
8	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
9	<p>Labordiagnostik</p> <p>! NRZ Influenzaviren</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 670 Einsendungen, SARS-CoV-2 und Rhinoviren nachgewiesen, 12% Positivrate für SARS-CoV-2, über die Zeit angestiegen 	<p>FG17 (Djin-Ye Oh)</p>
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Entlassmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wird am Montag vorgestellt (s.o.) ! Rückmeldung aus stationärer Patientenversorgung ○ Kliniken stellen zunehmend elektive Eingriffe ein, aktuelles Beispiel Charité ○ Sachsen: DIVI und COVRIIN haben nach Triage-Meldungen Pressemeldung herausgegeben – Ziel war Bekanntmachung des Kleeblattkonzepts für überregionale 	<p>IBBS (Bettina Ruehe)</p>

	<p>ITS-Patientenverlegungen, dessen Aktivierung noch nicht erfolgte, derzeit wird noch „Kleeblatt-intern“ verlegt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In allen 5 Regionen/Kleeblättern angespannte Situation, für nächste Woche aber keine überregionalen Verlegungen zu erwarten gemäß Einschätzung der regional Verantwortlichen ○ RKI würde mit eingebunden werden, wenn Verlegung überregional nötig würde bzw. bei Verlegungsanfragen aus dem Ausland nach Deutschland (wie bereits aus Frankreich erfolgt vor wenigen Wochen) ○ DIVI repräsentiert nicht die z.T. dramatische Lage in den Pflegeheimen <p><i>To Do: Wenn Anfrage zu überregionaler Verlegung oder Verlegung aus dem Ausland (auch über die Feiertage) im LZ eingeht, Kontaktaufnahme IBBS unter -3233.</i></p>	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Keine Beiträge</p>	
12	<p>Surveillance</p> <p>! Keine Beiträge</p>	
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Kein Lagebericht am 25.12. und am 01.01.</p> <p><i>To Do: Personelle Ausstattung des LZ über die Feiertage (inkl. Ersatz für einzelne Positionen) sollte überprüft werden</i></p>	
15	<p>Wichtige Termine</p> <p>! Keine Beiträge</p>	
16	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 21.12.2020, 13:00 Uhr, via Webex</p>	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	21.12.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
 - Dschin-Je Oh
- ! FG21
 - Patrick Schmich
 - Wolfgang Scheida
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Michaela Diercke
- ! FG 33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Stefan Kröger
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG 38
 - Ute Rexroth

- ! IBBS
 - Christian Herzog
 - Bettina Ruehe
- ! P3
 - Sébastien Calvignac-Spencer
- ! P4
 - Benjamin Maier
 - Susanne Gottwald
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
 - Marieke Degen
- ! ZBS1
 - Eva Krause
- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss

	<p>Virus weiterentwickelt und physische Kontakte reduziert werden müssen. Morgen im Pressebriefing wird darauf eingegangen: Appell Weihnachten zuhause zu verbringen, evtl. könnte die Variante miteingebaut werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie soll auf Anfrage des BMG zu Risikogebieten Stellung bezogen werden? Bis zur Klärung werden Reisebeschränkung für Südafrika und England befürwortet, für Dänemark und NL noch nicht. Dies sollte bei anderen Ländern ähnlich gehandhabt werden. ○ Mit der Laborcommunity sollte sehr engmaschig kommuniziert werden, bisher noch keine Hinweise. ○ Bereitet das Konsiliarlabor schon spezifische PCR vor? Telefonat mit Hr. Drosten: 200 Proben aus Frankfurt werden schon sequenziert. ○ Bei Diagnostikempfehlung sollte einbezogen werden, zumindest bei einen bestimmten Prozentsatz diese PCR miteinzubeziehen. ○ Die Kommunikation sollte in enger Abstimmung mit RKI beim Konsiliarlabor zusammenlaufen. ○ In einem Steckbrief sollen Hinweise gegeben werden, wie man die Variante leichter erkennen kann. <p><i>ToDo: Steckbrief morgen in AG Diagnostik und Mittwoch nochmal im Krisenstab besprechen, möglichst zeitnah</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn Diagnostik läuft, wie kommt die Information, dass es sich um die neue Variante handelt, zum RKI? Ist es möglich dies kurzfristig in die Abfragen von Abt. 3 oder ins ARS-System zu integrieren? ○ PCR sind in ARS schon hinterlegt. Wenn es neue Diagnostik gibt, kann diese mit ARS erfasst werden. <p><i>ToDo: LZ soll Fr. Seifried kontaktieren, damit dies in die Laborabfrage integriert wird.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sollte man bei auffälligen Ausbrüchen in KH und Altersheimen die Proben nicht explizit auf diese Variante untersuchen und zur Sequenzierung einsenden? Soll das proaktiv eingefordert werden? Ans RKI oder besser ans KL? Aus Kapazitätsgründen kann angesichts der aktuellen Belastungen bei der Diagnostik nicht außergewöhnlich viel sequenziert werden. ○ Beim Ausbruch in Marzahn hat Hr. Eckmanns vorgeschlagen, dass Patientenproben ans RKI geschickt werden. ○ Grundsätzlich wird eine dezentrale Sequenzierung 	<p>IBBS (Herzog)</p>
--	---	--------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In Sachsen und Thüringen weiterhin Anstieg ▪ Auch keine Entspannung in den anderen BL, schwächerer Anstieg oder Plateau ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur noch 10 LK mit Inzidenz bis 50 ▪ 81 LK mit Inzidenz > 250 ▪ Sachsen sticht deutlich hervor. ▪ Keine größeren Übermittlungsprobleme bekannt. ○ Datenvollständigkeit Variable Erkrankungsbeginn <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nimmt ab, erschwert Auswertung ▪ In Hamburg und Hessen nimmt Datenvollständigkeit ab, sonst relativ konstant. ▪ In Hamburg wird die Software Pandemiemanager eingesetzt, deshalb ist die Vollständigkeit in Survnet sehr gering. ○ Datenvollständigkeit Variable Kontakt zu bestätigtem Fall <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird aktuell eher vollständiger eingegeben ▪ In NRW gar nicht erfasst. ▪ Diese Auswertung wurde letzten Freitag an die BL geschickt. <p>! Amtshilfeersuchen Berlin (UKB)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestern Bitte um Unterstützung für Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn ○ Kontaktaufnahme mit Hr. Werber, TK geplant ○ Im Haus wesentlich mehr Fälle als gemeldet, viele Mitarbeitenden wohnen in Brandenburg, noch kein Überblick. 	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Datenspende <ul style="list-style-type: none"> ○ Mittel für eine Weiterführung in 2021 sind in Aussicht gestellt. 	FG21 (Schmich)



	<p>! DEA</p> <ul style="list-style-type: none"> o Aktuell viele Fragen von Reisenden und Ämtern, ob Reisende darüber selektiert werden können. 	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Alle Seiten auf Verhalten an Feiertagen ausgerichtet, Nutzung der App und Kontakttagebuch</p> <p>! Einsamkeit, Angststörungen, frühe Hilfen für Familien in Not -> Hinweis fürs Pressebriefing wäre sinnvoll</p> <p>! viele Fragen zur Impfung</p> <p>Presse</p> <p>! Morgen, 22.12. um 10 Uhr Pressebriefing mit Kurztext zur neuen Virusvariante</p> <p>! Für FAQ UK Variante wird abgestimmter Text übernommen.</p> <p>! Sollte in Pressebriefing nochmal erwähnt werden, dass Kliniken elektive Operationen verschieben sollen?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Bisher gibt es keine Entschädigung für leerstehende Betten. In Ländern mit knappen Betten werden elektive Eingriffe per Verordnung wieder ausgesetzt, aber nicht deutschlandweit. o Fixierung auf DIVI-Zahlen kann zu falschen Schlüssen führen. Dort werden immer noch freie Kapazitäten angezeigt. Dies erweckt den Anschein einer falschen Sicherheit. Es handelt sich nicht um ein reines Problem der Intensivstationen. Im gesamten KH ist eine niedrigere Belegung notwendig, um eine Trennung in 3 Bereiche (Covid, Verdacht, kein Covid) zu ermöglichen. Ein Bericht ans BMG hierzu ist auf dem Weg. <p><i>ToDo: Hr. Eckmanns formuliert Text für Fr. Degen für Pressebriefing.</i></p>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>
6	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p>	

	! Nicht besprochen	
7	Dokumente ! Nicht besprochen	
8	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>! Geimpfte und Infektionsschutzmaßnahmen (hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diverse Anfragen zu: Wie soll mit Geimpften in Bezug auf andere Infektionsschutzmaßnahmen umgegangen werden? ○ In allen Altersgruppen liegt die Wirksamkeit der beiden zur Verfügung stehenden Impfstoffe deutlich über oder fast bei 90%. ○ Gute Daten in Bezug auf die Beeinflussung der Transmission liegen noch nicht vor, in nächsten 2-4 Monaten ist noch nichts Belastbares zu erwarten. ○ 1. MNB sowie Hygiene- oder Abstandsregeln: <ul style="list-style-type: none"> ▪ AHA + L Regeln sind auch bei Geimpften weiterhin anzuwenden. ▪ Verhalten bei Symptomen (5 Tage zuhause bleiben) sollte auch für Geimpfte gelten. Soll in zusätzlichem Satz erwähnt werden. ▪ Unabhängig von COVID-19 sollte die Krankheitslast in der Bevölkerung gering gehalten werden. ○ 2. Quarantäne: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geimpfte sollen wie bereits Erkrankte behandelt werden. ▪ Gilt das erst ab 2 Impfdosen? Wie soll mit Reiserückkehrern und Einreisenden aus anderen Ländern umgegangen werden? Wie wird bei nicht von der EMA zugelassenen Impfstoffen verfahren? ▪ Thema wird auf EU-Ebene diskutiert, ein Europäisches Impfreister mit Zertifikaten ist angedacht. ▪ Reicht es, dass geimpfte Personen, wenn sie mit vulnerablen Gruppen arbeiten, nur Masken tragen und nicht in Quarantäne gehen, wenn sie KP1 geworden sind? ▪ 2 Strategien möglich: abwarten und zunächst so empfehlen oder Testung zu 2 ZP (Tag 5 und 10), um Evidenz zu sammeln, evtl. zunächst im Rahmen einer Studie. So könnte man sich der Frage der Transmission nähern. ▪ Ein pragmatisches Vorgehen ist zu favorisieren, da das Verhängen einer Quarantäne trotz Impfung nicht kommunizierbar ist. ▪ Einigung auf: Wenn die Immunisierung abgeschlossen ist, egal, wo die Impfung zugelassen wurde, werden Geimpfte genauso wie Personen mit natürlicher Erkrankung behandelt. ▪ Vermutlich wird irgendwann die Diskussion kommen, ob 2 Impfungen notwendig sind. ○ 3. Infektionsschutzmaßnahmen auf Bevölkerungsebene 	FG33 (Wichmann)



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In den nächsten Monaten gelten Infektionsschutzmaßnahmen weiter, da initial keinen hohen Impfquoten erreicht werden. ▪ Es muss klar werden, dass es bei teilgeimpfter Bevölkerung zu einem Rebound-Effekt kommen kann. Rebound Effekt sollte erläutert werden. <p><i>ToDo: Entwurf wird von Hr. Wichmann angepasst und ans BMG gesendet.</i></p> <p><i>ToDo: FAQ werden nach Rückmeldung von BMG angepasst, sollten am Mittwoch, vor Impfbeginn online sein. [Aufgaben ID 2462]</i></p>	
<p>9</p>	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! ZBS1 <ul style="list-style-type: none"> ○ In KW 51 gingen 1.420 Proben davon waren über 36% positiv auf SARS-CoV-2. Bisher mit Abstand höchster Anteil. ○ Bei wie vielen davor ein positiver Antigentest durchgeführt wurde, ist unbekannt (nur von 20 Proben bekannt). ○ 1. Phase der Antigentest Validierungen wurde abgeschlossen. Daten dazu gibt es demnächst. ! Virologische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ○ Mittwoch 	<p>ZBS1 (Krause)</p> <p>FG17</p>
<p>10</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Entlasskriterien aktuelle Version (hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Letzte gemeinsam mit Intensivpflege erstellte Version wurde am 30.11. veröffentlicht. Kriterien sind für Pflegeheime sehr anspruchsvoll und wurden deshalb überarbeitet. ○ Besondere Patientengruppen: Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen: mehr Klarheit in Bezug auf Zielgruppe Pflegeheime, keine Doppelbeprobung notwendig. ○ Hinweise zur PCR-Untersuchung: was ist ein geeignetes PCR-Ergebnis: Text wird aufgrund von Verständnisproblemen nochmal verändert. ○ Es sollte vermieden werden, dass die Testinterpretation im Altenheim durchgeführt werden muss, das befundende Labor sollte explizit formulieren, ob das Ergebnis für eine Entisolierung ausreicht. ○ Entisolierung ist ärztliche Entscheidung, Adressat der Laborergebnisse ist nicht Altenpflegepersonal. Ärzte sind in der Praxis jedoch häufig nicht verfügbar. Die Befunde müssen deshalb so formuliert werden, dass sie eindeutig interpretiert werden können. ○ PCR vor Entisolierung wird in der Altenpflege häufig nicht mehr durchgeführt. Die Evidenzbasis macht eine andere Empfehlung nicht möglich. Die Ausscheidung kann in dieser Altersgruppe länger und auch die Suszeptibilität könnte erhöht sein. ! Am 22.12. findet eine Pressekonferenz der DIVI zur Triage-Diskussion und der Auslastung der Intensivstationen statt. 	<p>IBBS (Ruehe)</p> <p>IBBS (Herzog)</p>

	! Patientenverlegungen zwischen Kleeblättern sind geplant, von Ost (Sachsen) nach Nord (MV), ZP ist noch offen.	
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen	
12	Surveillance ! Corona-KiTa-Studie (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ COVID-19: Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzidenzen bei 0-5 Jährigen leicht, bei jungen Erwachsenen deutlich angestiegen ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> ▪ Liegen etwas höher, ca. 40-50 Ausbrüchen pro Woche, gleiche Aufteilung zwischen betroffenen Erwachsenen und Kindern ○ Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eher etwas rückläufiger Trend, höchste Ausbruchszahlen bisher in KW 46 ○ Wie kann adressiert werden, dass Vorbereitungen für eine sicherer Wiederöffnung der Schulen getroffen werden müssen? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammenarbeit mit Familienministerium (Kitas) findet statt, es gibt jedoch keinen AP in Kultusministerkonferenz. ○ Frau Proll (Leiterin vom LI Hamburg) wäre Option. ○ Vorschlag: offizieller Brief vom Präsidenten an Geschäftsstelle KMK (Vorsitz aktuell NRW Dr. Stefanie Hubig) <p><i>ToDo: Briefentwurf von W. Haas, noch vor den Feiertagen [Aufgaben ID 2463]</i></p>	FG36 (Haas)
13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Nicht besprochen	FG38
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Nicht besprochen	FG38
15	Wichtige Termine !	Alle
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 23.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	23.12.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG25
 - Christa Scheidt-Nave (Vertretung f. Thomas Ziese, FG24)
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! FG38
 - Ute Rexroth
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P4
 - Dirk Brockmann
 - Benjamin Maier
 - Susanne Gottwald
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
 - Marieke Degen
- ! ZIG1
 - Eugenia Romo Ventura

- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! MF3
 - Nancy Erickson (Protokoll)



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur freitags)</p> <p>! Internationale Lage (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle, Ausbreitung (korrigierte Werte v. 18.12.) ○ 76.250.431 Fälle ○ 1.699.230 Todesfälle (2,3 %) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: USA, Brasilien, Großbritannien, Russland, Deutschland, Türkei, Indien, Italien, Frankreich, Kolumbien ○ WHO Epidemiological Update <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neue COVID-19-Fälle und Todesfälle stiegen in vergangener Woche weiter an (6 % bzw. 4 %) ▪ Region Amerika: erneut größter Anteil neuer COVID-19-Fälle: > 2,3 Mio. neue Fälle (Anstieg von 13 % im Vgl. zur Vorwoche, 50 % weltweiter Fälle) sowie > 32.000 Todesfälle (Anstieg von 9 % im Vgl. zur Vorwoche, Fortsetzung des raschen Anstiegs der Todesfälle seit November) <ul style="list-style-type: none"> – USA weiterhin steigende Anzahl neuer Fälle (> 1,65 Mio. neuer Fälle; > 5.000 neue Fälle pro 1 Mio. Einw. = höchste Inzidenz in der Region) – Fünf Länder mit höchster Anzahl neuer Fälle: USA, Brasilien, Kolumbien, Mexiko, Kanada – Fünf Länder mit höchster Anzahl an Todesfällen pro 1 Mio. Einw.: Belize (75), USA (54), Panama (45), Mexiko (33), Kolumbien (27) ▪ Region Europa: größte Anzahl neuer Todesfälle (36.286; 46 %), Anstieg neuer Fälle (2 %) und Todesfälle (3 %) ähnlich der Vorwoche <ul style="list-style-type: none"> – Höchste Zahlen neuer Fälle (= ca. 33 % aller in Europa gemeldeter Fälle): Türkei, Russland, Deutschland – Höchste Zahlen neuer Todesfälle: Italien, Deutschland, Russland – Estland: vergangene Woche Anstieg neu gemeldeter Fälle um 27 % und neuer Todesfälle um 18 % (Anstieg 9. Woche in Folge)! Verschärfung der öffentlichen Gesundheits- und Sozialmaßnahmen 	ZIG1 (Romo Ventura)

	<p>am 14.12.2020; Todesfallrate weiterhin niedrig (0,8 %), Testpositivitätsrate relativ hoch (11 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portugal: Zahl der (Todes)Fälle in der vergangenen Woche relativ stabil (nach drei Wochen Rückgang), Zahl der neu gemeldeten Todesfälle die höchste seit Beginn der Pandemie - Spanien: Rückgang 7. Woche in Folge, derzeit leicht (2 %), Todesfälle deutlich stärkerer Rückgang (-44 %), ca. 20 % der ITS-Betten mit COVID-19-Patienten belegt <ul style="list-style-type: none"> ▪ Region Afrika: größter relativer Anstieg an neuen Fällen (27 %) und Todesfällen (34 %) im Vgl. zur Vorwoche (meiste Fälle: Südafrika, Nigeria, Äthiopien, Kenia, Uganda, Algerien) ▪ Westpazifische Region: steigende Trends, Zahl der gemeldeten Neuerkrankungen und Todesfälle in letzten 7 Wochen kontinuierlich angestiegen, die meisten neuen Fälle und Todesfälle: Japan, Malaysia, Philippinen, Republik Korea ▪ Region Südostasien: Rückgang neuer Fälle um 14 % bzw. Todesfälle um 10 %, höchste Zahlen: Indien, Indonesien, Bangladesch, Myanmar, Nepal ▪ Östliche Mittelmeerregion: Zahl der (Todes)Fälle 4. Woche in Folge zurückgegangen; höchste Zahlen: Iran, Pakistan, Marokko <ul style="list-style-type: none"> ○ Neue Variante des SARS-CoV-2 in der Republik Südafrika (Variante 501.2 V2) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Genetische Veränderungen in Teilen vergleichbar – jedoch nicht identisch – mit denen der Variante VUI202012/01 der UK ▪ Neue Variante in der Provinz Ostkap zuerst entdeckt, rasche Ausbreitung im ganzen Land, zeitgleich deutlicher Anstieg der Fallzahlen (vergangene Woche erstmals seit Anfang August 2020 > 10.000 gemeldete Infektionen pro Tag, Tendenz exponentiell und stark steigend) ▪ Unklar – wie auch bei UK-Variante – ob südafrikanische Variante Ursache des steilen Anstiegs der Infektionszahlen, höherer Mortalitätsrate, leichter erneuter Infektionen, Einfluss auf entwickelte Impfstoffe ▪ Hintergrund zusätzlicher Bedenken hinsichtlich der Variante in Südafrika ggü. UK-Variante a) erhebliche und schnelle Verbreitung trotz derzeit ungünstiger Bedingungen für das Virus (Sommermonate) und b) 	<p>FG32 (Diercke)</p>
--	---	---------------------------



	<p>Migrationswelle (Fremdarbeiter verlassen derzeit Südafrika)! starke Ausbreitung anzunehmen sowie c) anekdotische Berichte über vermehrtes Auftreten bei jüngeren Altersgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ggf. zeitnahes Emergency Meeting seitens WHO <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 1.554.920 (+24.740), davon 27.968 (1,8 %) Todesfälle (+962), 7-Tage-Inzidenz 195/100.000 Einw.! weiterhin stabil hohe Fallzahlen ○ 4-Tage-R=0,83; 7-Tage-R=0,92 ○ ITS: 5.216 (+49), invasiv beatmet: 2.726 (+36) ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> ▪ Noch kein deutlicher Rückgang, Anstieg in Sachsen verlangsamt, in Thüringen setzt sich Anstieg weiter fort, ebenso in BB, noch keine Entspannung der Situation ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einw.) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 11 LK > 25-50 (Karte Umgebung Berlin: hell eingefärbte Areale: Potsdam & Spree-Neiße Übermittlungsprobleme, entspricht somit nicht tatsächlicher Inzidenz, dazu derzeit gehäuft Anfragen, es werden nur die Fälle ausgewiesen, die übermittelt werden, zuständige Behörden sind informiert, aufgrund langwieriger Prozesse hier jedoch ggf. längerfristige Verzerrung denkbar) ▪ 44 LK > 50-100; 274 LK > 100-250; 75 LK > 250-500; 7 LK > 500-1000 ▪ Regional stark betroffen: Sachsen, Thüringen, NRW, Bayern, BaWü; im Norden geringere Inzidenz ○ 7-Tage-Inzidenz der Covid-19-Fälle nach Altersgruppe (AG) und Meldewoche (MW): bei > 80-Jährigen weiterhin steiler Anstieg seit ca. KW 41, bei mittleren AG nach temporärer Entspannung zwischen ca. KW 46 und KW 49 nun wieder Anstiege, lediglich in AG der 5-14-Jährigen keine Anstiege ○ Covid-19-Fälle nach Zugehörigkeit zu einer Einrichtung und MW: derzeit Untererfassung! aktuelle Fallzahlen KW 51 daher vergleichsweise gering, Fälle in § 6-Einrichtungen (Altenpflegeheime etc., blaue Kurve) zunehmend, ebenfalls 	<p>Presse (Glasmacher)</p>
--	--	--------------------------------

	<p>bei Beschäftigten in § 36- und § 23-Einrichtungen (grüne Kurven), lediglich in § 33-Einrichtungen (Schule, Kitas) Fallzahlen leicht rückläufig</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl Covid-19-Todesfälle nach Sterbewoche: für KW 51 vermutlich noch Nachmeldung ausstehend, in KW 50 jedoch bereits > 3000 Todesfälle, deutlich höher als in erster Welle ○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zu Übermittlungsproblemen in BB: höchstwahrscheinlich kein Einfluss auf bundesweite Kennzahlen, zudem keine großflächigen Übermittlungsprobleme ▪ Vermerk dieser Übermittlungsprobleme bislang nicht im Disclaimer, dies kann, sofern gewünscht, zwar umgesetzt werden, jedoch sollte dies dann entsprechend konsequent und systematisch für jeden LK erfolgen und ist mit deutlich erhöhtem Aufwand verbunden ▪ Derzeit wird ein allgemeiner Disclaimer zur Übermittlung an den Feiertagen (Weihnachten und Jahreswechsel) vorbereitet: Bundesländer werden sehr uneinheitlich übermitteln <p><i>To Do 1: Bei der Erstellung eines allgemeinen Disclaimers Bitte um Berücksichtigung folgender Aspekte bzw. Verzerrungsfaktoren, die ggf. erklärend mitaufgenommen werden sollten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es sollte ggf. eine (nicht länderspezifische) Bewertung erfolgen, da die Zahlen zu großer Verunsicherung führen könnten, sowie ○ ggf. der Hinweis, dass zu Feiertagen die Datenübermittlung generell stagniert, wie auch bereits lange zu AGI bekannt bzw. ebenso bei der Konsultationsinzidenz, sprich hier nicht nur Covid-19-betreffend ○ ggf. dass nach höherer vorweihnachtlicher Testrate mit ggf. späterem Testrateneinbruch zu rechnen sein kann ! Einbruch auch bei Fallzahlen ○ PCR-Bestätigung von AG-Tests einen erheblichen Einfluss auf die Positivrate haben kann ○ Ggf. dass das RKI nicht nur die Meldedaten auswertet mit Verweis auf den Situationsbericht ○ Weitere Diskussion <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg in der AG der 60-80-Jährigen ebenfalls 	<p>FG38 (Rexroth)</p> <p>Präs (Wieler)</p> <p>FG36 (Buda)</p>
--	--	---



	<p>bedenklich (Folie 4, türkise Linie), da</p> <p>a) diese AG einen sehr großen Bevölkerungsteil ausmacht, der</p> <p>b) einen großen Anteil der Hospitalisierten ausmacht,</p> <p>c) zu Weihnachten ggf. besonders exponiert sein wird,</p> <p>d) zudem in der Impfpriorität weiter hinten liegt und</p> <p>e) somit auch langfristig die Bettenkapazitäten beanspruchen wird</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mögliche Handlungsoption: derzeit bereits an vielen Stellen auf Maßnahmen und deren Einhaltung ausdrücklich hingewiesen, hier ist die Exekutive/stringente Umsetzung der Maßnahmenkataloge gefordert, jedoch ist die Compliance derzeit fraglich (siehe Beispiel der Diskussion um Stattfinden der Gottesdienste in manchen Bundesländern) <p><i>To Do: Allgemeine Bitte um mögliche weitere Vorschläge zu denkbaren Handlungsoptionen, gern per E-Mail oder telefonisch</i></p> <p>! Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb bis zur KW 51 (Folie 2): derzeit Abnahme der ARE-Rate, höchstwahrscheinlich auf AG der Kinder bzw. Schulschließungen zurückzuführen (ARE-Raten von Infektionsfällen bei Kindern geprägt) ○ ARE-Rate insgesamt sehr deutlich unter der der Vorsaisons, ähnliches Bild bei der Konsultationsinzidenz (Folie 4), hier ebenfalls geringe Konsultationsinzidenz zum Jahreswechsel wie in Vorsaisons sichtbar ○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis zur 50. KW (Folie 6): insbes. bei älteren AG > 60 Jahre (dunkelblau) deutlich angestiegen; AG 35-59 und 60-79 Jahre deutlich höher als in den Vorsaisons (Niveau Höhepunkt Grippewelle); AG unter 60 Jahre in den letzten Wochen relativ stabil; Rückgang in den AG unter 35 Jahre; AG unter 15 Jahre niedriger als üblich um diese Jahreszeit; ○ AG ab 80 Jahren (Folie 9): starker Anstieg um 35 % ○ Zudem aufgrund des Anteils an Covid-19-Erkrankungen (ca. 70 % schwerer Atemwegsinfektionen sind Covid-19-bedingt) deutlich größere Herausforderungen als in den Vorsaisons aufgrund der Notwendigkeit der Isolation und des Covid-19-bedingten Personalausfalls > Link wird im heutigen Influenzawochenbericht mitaufgenommen <p><i>ToDo: Bitte um Aufnahme auch in den heutigen Lagebericht, Frau Buda reicht das Exzerpt weiter (Nachtrag: Tabelle und Grafik hier)</i></p>	<p>FG38 (Rexroth)</p> <p>FG37 (Abu Sin)</p>
--	---	---

- Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis KW 50 nach AG (Folie 11): nach Stabilisierung auf hohem Niveau leicht angestiegen, mittlerweile bei 68 %, dabei hauptsächlich in der AG ab 35 Jahre Anstieg zu sehen
- COVID-SARI-Fälle bis zu KW 50 - alle Fälle, auch noch Liegende (vorläufige Diagnosen, unvollständig) (Folie 14): weiterer Anstieg in AG der 60-79- und >80-Jährigen, stabile Zahlen in den AG 15-34- und 35-59-Jährigen in den letzten Wochen
 - Diskussion: Übersterblichkeit – Abbildung am Freitag im Bericht, SARS in ARS um 9 % über Vorjahresniveau, derzeit noch keine dramatische Entwicklung, aber 4 Wochen Verzug bzw. Nachmeldung besonders betroffener LK und BuLä müssen berücksichtigt werden

! Testkapazität und Testungen

Testzahlerfassung am RKI (Folien [hier](#))

- Testzahlen und Positivquote: derzeit nahezu 12 % Positivquote, Gesamtzahl der Tests gesteigert auf ca. 1.5 Mio in KW 51 (cave: ab 03.11.2020 geänderte Testkriterien, Daten nicht direkt mit Vorwochen vergleichbar)
- Auslastung der Kapazitäten: Positivenanteile (rot) weiter steigend, stärkere Ausschöpfung der Testreserven, vermutlich auch aufgrund der AG-Test-Bestätigung
- Probenrückstau derzeit vergleichsweise gering

Testungen und Positivenanteile (Folien [hier](#))

- Anzahl der Testungen derzeit noch steigend
- Positivenanteile nach Bundesland und Woche: Sachsen 20 %-Marke erreicht, steigender Trend setzt sich derzeit nicht fort, aber weiterhin hohes Niveau, ähnlich auch in anderen Bundesländern
- Anzahl Frauen und Männer mit positiver SARS-CoV-2-PCR-Testung pro 100.000 Einw. nach KW: seit KW43/44 mehr Frauen getestet, weibl. Anteil überwiegt auch in pos. Inzidenz in Analogie zu Meldedaten
- Positivenanteile nach AG und KW: steigender Trend bei > 80-Jährigen setzt sich weiter fort, auch bei 60-79-Jährigen



	<p>sind Positivenanteile im Vergleich zu anderen AG gestiegen, Positivenanteile bei jüngeren AG stagnierend (5-14 J) bis ggr. abnehmend (15-59 J), kann sich jedoch durch Nachübermittlung noch verändern</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Testverzug: trotz Anstieg der Testzahl scheinbar kein negativer Impact auf den Testverzug, hier weiterhin in ca. 75 % der Fälle Testergebnis binnen max. 2 Tagen nach Abnahme 	
2	<p>Internationales</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Keine Beiträge</p>	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Presseaktion in Sachsen-Anhalt: große Resonanz, Fragenschwerpunkt: wo finden die Impfungen statt, wo sind Informationen zur Impfung erhältlich und sind chronische Erkrankungen ein Ausschlusskriterium</p> <p>Presse</p> <p>! Sprachregelung zur neuen UK-Virusvariante soweit finalisiert und mit FG17 abgestimmt</p> <p>! Zur Überarbeitung des Internetauftritts hinsichtlich neuer UK-Variante: es werden zeitnah dazu neue Informationen seitens UK bereitgestellt, rasche Einarbeitung dann nötig, Text aufgrund des Feiertagsdienstes jederzeit überarbeitbar unter inhaltlicher Zuarbeit des Lagezentrums (Rufbereitschaft)</p> <p>! Überarbeitung hinsichtlich neuer Virusvariante aus Südafrika ebenfalls nötig, sollte bereits heute kurz mitaufgenommen werden, zumal beunruhigender als UK-Variante (s.o.), Herr Wieler sucht den Preprint raus und gibt ihn an Presseabteilung weiter</p> <p><i>To Do 1: Bitte an Herrn Wieler, Preprint zur südafrikanischen Virusvariante an Presse weiterzuleiten</i></p> <p><i>To Do 2: Bitte an Presse um Überarbeitung auch hinsichtlich neuer Virusvariante (Südafrika) und Übermittlung der Sprachregelung an Herrn Schaade</i></p> <p><i>To Do 3: Keine Situationsberichte am 25.12.2020 und 01.01.2021: dies muss zuvor im Situationsbericht und an den jeweiligen Tagen selbst im</i></p>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Glasmacher, Wenchel)</p>



	<p>sind konsistent und müssen kaum vor- oder nachbereitet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wertvolles Tool zur Datenzusammenführung und Analysefähigkeit ▪ Automatisierte Erstellung von Figures kann viel Effizienz schaffen, auch hinsichtlich Situationsbericht, sofern Datenverarbeitung automatisiert, P4 bietet hier gern Hilfestellung zwecks Entlastung an ▪ Enge Abstimmung mit anderen Abt./FGs die mit Modellierungen/Grafiken arbeiten (v.a. Frau Diercke, FG32), MF4 (Herr Grabenhenrich) bereits involviert, Austausch jedoch in größerer Runde erforderlich, auch zu einem offiziellen GITHUB des RKI ▪ Bei BMG-Anfragen steht P4 dem Lagezentrum bzw. Abt. 3 mit seiner Expertise gern zur Verfügung ▪ Datenschutz vermutlich kein Problem bei Verwendung öffentlich zugänglicher Daten, Verlinkung genutzter Daten muss jedoch datenschutzrechtlich geklärt werden („backtracing“) ▪ Klärung der Lizenzrechte muss noch abgeschlossen werden (bereits für viele Quellen geklärt, für einige ausstehend, daher Repository bislang privat) <p><i>To Do1: Bitte um Austausch in größerer Runde mit Modellierung-nutzenden FGs und zur Implementierung eines GITHUBS für das RKI</i></p> <p><i>To Do2: Bitte an P4 um lizenzrechtliche Klärung noch ausstehender Quellen sowie um datenschutzrechtliche Klärung der Verlinkung genutzter Daten („backtracing“)</i></p> <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Neue Virusvariante(n) mit vermutlich höherer Übertragbarkeit - weitere Möglichkeiten zu Infektionsschutzmaßnahmen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Klärung „höhere Übertragbarkeit“ bzw. ob 1) höhere Viruslast 2) frühere/präsymptomatische Ausscheidung oder 3) verlängerte Ausscheidung (= gewichtigstes Kriterium hinsichtlich der Maßnahmen) ursächlich, die zur erhöhten Transmissibilität führen ○ Ursächlichkeit sollte neue Überlegungen anstoßen: andere/weitere Faktoren, die ggf. andere Maßnahmen erfordern (Aerosolübertragung: Anpassung der PSA, ggf. FFP2-Empfehlung; längere Ausscheidung: Anpassung der Entlasskriterien; veränderte Infektionsdosis: Heruntersetzen der kritischen Kontaktzeit von derzeit 15 min. bei KP-Management und Anpassung der Isolation von Patienten; weitere Vorschläge von Fachgesellschaften möglich - STAKOB, DGI etc.) ○ Cave bei strikteren Maßnahmen wie in anderen Ländern (komplette Lockdowns, härtere Kontaktverbote, Desinfektion von Umgebungen, Institutionelle Quarantäne 	<p>VPräs (Schaade)</p> <p>Abt.1 (Mielke)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p>
--	---	--

	<p>oder Isolation o.ä.) ggf. stark negative Auswirkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kausalität muss zunächst überprüft, die molekularbiologische Grundlage der stärkeren Verbreitung untersucht und verstanden werden und entsprechende Daten vorhanden sein, um eine weitergehende Entscheidungsgrundlage zu liefern ○ Weitere Maßnahmen schwierig, Implementierung/ Umsetzung ist derzeit vor allem ursächlich für Verbreitung, dies ergibt sich auch aus Ausbruchsuntersuchungen (bzw. siehe UKB proof of principle) = Grundlagen der Infektionsprävention ○ Epidemiologisch-virologische Vorbereitung (Abt. 1 & 3) für Ausbruchs-/Eintragsuntersuchung der neuen Variante: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abt. 1: Systematische Molekulare Surveillance, Hinweise zur Testung werden derzeit aktualisiert, Konsortien sind alarmiert, Labore sensibilisiert ▪ Abt. 3: Vorbereitung epidemiologischer Untersuchung seitens Leitung notwendig (Cluster- bzw. systematische Untersuchung) ○ Auch die Untersuchung von Proben aus jeglichen „besonderen Ereignissen“ (wie bspw. in Sachsen) hilfreich, keine flächendeckende Analytik nötig, sondern sinnvolle Stichproben bei Hinweisen auf ein beschleunigtes oder intensivierte Infektionsgeschehen ○ § 13 IfSG: VO seitens BMG in Vorbereitung zwecks Bereitstellung von Sequenzierdaten für das RKI bzw. deren Veröffentlichung ○ PCR-Möglichkeit zum Screening: Diagnostikhinweise sollen auf Website ergänzt werden, sämtliche Labore sind sensibilisiert, es soll jedoch noch ein Hinweis auf die Notwendigkeit einer spezifischen PCR in aktualisierter Form mitaufgenommen werden <p><i>To Do: Herr Mielke kontaktiert Frau Michel zwecks Textbaustein, Aktualisierung soll noch heute finalisiert werden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausbruchsuntersuchungen in Alten- und Pflegeheimen sollten zukünftig die Impfeffektivität mitbetrachten ○ Anfrage seitens DIVI und RWTH Aachen zu Modellierung von Szenarien der neuen Virusvariante für Deutschland soll an die UK verwiesen werden, da nach Rücksprache mit P4 bislang <i>in house</i> noch keine Aktivitäten dazu 	<p>FG14 (Brunke)</p> <p>VPräs (Schaade)</p> <p>FG37 (Abu Sin) IBBS (Herzog)</p>
<p>7</p>	<p>Dokumente/weitere Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Update Falldefinition: wird heute noch online gestellt ! Verfahrensanweisung zu internem Ausbruchsgeschehen (über IBBS und Mitarbeiter-Support, ZIG3 führt Abstriche durch – siehe auch bei Rückkehrern aus Feldeinsatz im Aus- oder Inland) in allen relevanten Gremien abgestimmt, Prüfung durch Anwaltskanzlei erfolgt, derzeit dem Personalrat vorliegend und ggf. bereits heute in Abstimmung, keine Dienstvereinbarung 	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>Abt.1 (Mielke)</p>

13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Schnelle Maßnahmen als Reaktion auf das Auftreten der neuen Virusvariante in der UK hat viele Probleme nach sich gezogen (Gestrandete im Transitbereit, Einsatz zu AG-Tests etc.)	FG38 (Rexroth)
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Ansprechpartner Statistiker/Modellierer vom 22.12.-3.1. (siehe Mail Mo 21.12.2020 15:18)! P4 steht für Modellierungsfragen zur Verfügung (siehe Punkt 6b) ! Nächster Krisenstab in den Feiertagswochen regulär montags und mittwochs, freitags im Notfall	FG38 (Rexroth)
15	Wichtige Termine ! Keine Beiträge	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag 28.12.2020, 13:00, via Webex	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	28.12.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	WebEx Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3/Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG14
 - Marc Thanheiser
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG25
 - Christa Scheidt-Nave (Vertretung f. Thomas Ziese, FG24)
- ! FG36
 - Stefan Kröger
 - Udo Buchholz
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! FG3
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! MF4
 - Martina Fischer
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
 - Livia Schrick

- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International (nur freitags)</p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 1.651.834 (+10.976), davon 30.126 (1,8%) Todesfälle (+348), 7-Tage-Inzidenz 157,8/100.000 Einw., Fälle ITS 5.562, invasiv beatmet 2.960, Reff=0,71, 7T Reff=0,74 ○ 7-Tage-Inzidenzen <ul style="list-style-type: none"> ▪ In den letzten 3 Tagen deutlicher Rückgang in allen BL, auch in SN, TH, dennoch ist in SN und TH noch keine Abflachung der Inzidenzkurve in Sicht ▪ 4 LK >500/100.000, große Anzahl von LK (>300) >100/100.000, vereinzelt (3-4) LK mit <25/100.000 ▪ Inzidenz nach Altersgruppen: in SN und TH hohe Inzidenz bei 50-59-jährigen, bei 60-69- und 70-79-jährigen niedriger, weiterhin hoch bei 80+-jährigen, vor allem in HE, SN, TH ▪ BZgA weist auf Berufspendler in östlichen Grenzgebieten hin, die Altersverteilung ggf. erklären könnten, nähere Information zu Demografie der Altersgruppe 50-60 könnten sind noch nicht verfügbar/ ausgewertet ▪ Im Wochenvergleich: Rückgang gemeldeter Fallzahlen auch aufgrund von vermindertem Meldeaufkommen ○ Meldedaten zwischen den Feiertagen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Während der Feiertage gibt es generell eine verminderte Meldeaktivität die nicht der realen Lage entsprechen, dafür sind es relativ hohe Werte ▪ Manche Kreise übermitteln aktuell nicht/kaum, z.B. hat Dahme-Spree-Kreis am 23.12. zum letzten Mal Fälle übermittelt ▪ Skepsis ist geboten, evtl. kein reeller Fallzahlrückgang, Meldedaten erst im Januar interpretierbar ▪ Der Hinweis auf vorsichtige Dateninterpretation im Dashboard soll weiterhin über den Jahreswechsel aufrechterhalten werden ▪ In vielen Ämtern aktuell nur/maximal Notbesetzung ▪ Außerdem verändertes Testverhalten (mehr als Kapazität), dieser Begriff sollte auch für Disclaimer genutzt werden 	<p>AL3</p> <p>Alle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ab dem 04.01.2021 müssen Rückstände aufgearbeitet und aufgeholt werden ! muss beobachtet und dementsprechend angepasst werden ○ Welches sind die aktuell aussagekräftigen Parameter? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realistisches Bild aktueller Lage schwer zu erhalten ▪ Verlässlichere Daten eher aus ICOSARI, Todesfallzahlen ▪ Schlechte Beurteilbarkeit von Testverhalten, Fallzahlen, Positivraten; Testverhalten und -kapazitäten sind nicht auf normalem Level ▪ Für alle Erhebungselemente steht aktuell weniger Personal zur Verfügung ▪ Bei AG Influenza gibt es um den Jahreswechsel immer einen Knick nach unten da weniger Arztbesuche und Probennahme ▪ Schwere Fälle landen dennoch im KKH, sehr schwere auf der ITS ▪ Von DIVI sind gute ITS-Zahlen verfügbar, diese steigen in manchen BL steil an (s.u. klinisches Management) ○ Kanzlerin trifft sich im Januar mit MinPräs, RKI wird um Einschätzung gebeten werden, Text hierfür muss vorbereitet werden bis Montagabend/Dienstagmorgen <p><i>ToDo: AL3 informiert LZ und Dashboard verantwortliche über Erhaltung des Hinweises auf vorsichtige Interpretation der Meldedaten zwischen den Feiertagen</i></p> <p><i>ToDo: Textvorbereitung zur Einschätzung der aktuellen Lage, inklusive möglicher/nicht möglicher Interpretation der verfügbaren Daten (AL3?) [Aufgaben ID 2480]</i></p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>CWA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMG drängt zu Evaluation der CWA, heute Treffen in kleinem Kreise um die komplexen Anforderungen hierbei zu besprechen ! Ursprünglich war geplant, alle CWA-Nutzenden mit roter Risikoexposition-Warnung zu bitten an einer online Befragung teilzunehmen, diese sollte auf RKI Voxco System laufen, jedoch ist die Anzahl dieser sehr hoch und das System nicht hierfür ausgerichtet, außerdem besteht die Möglichkeit einer Reidentifikation der an der Befragung TN ! Daraufhin wurde das Konzept in den letzten Tagen erneut überprüft, Fachgesellschaften (DGepi und andere) wurden um Input Gebeten und SAP hat zu einem Brainstorming eingeladen <p>DEA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aufgrund von Ausfällen, wegen der Personen sich nicht 	FG21



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>registrieren konnten, wurde kurz vor Weihnachten eine DEA Eskalationshotline eingerichtet</p> <p>! Die Systeme der Bundesdruckerei waren nicht klar und insbesondere gab es große Problem beim plötzlichen Einreisestopp aus UK</p> <p>! Nach wie vor gibt es keinen Vertrag, die administrativen Abläufe sind nicht einfach und der gewünschte Leistungskatalog unklar</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Änderungsbedarf</p>	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Reger Verkehr in der Telefonberatung über die Feiertage</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Logistische Fragen zum Impfstoff, wie komme ich da ran ○ Fragen zu Indikationen und Kontraindikationen der Impfung auch für Personen in Pflegeeinrichtungen, hier besteht Kommunikationsbedarf <p>! Außerdem anlassbezogene Aktualisierung der Seite Übergewicht und Essstörungen</p> <p>! Impfkampagne startet heute, Plakate und Informationen sind jetzt über diverse Kanäle verfügbar</p> <p>Presse</p> <p>! Einige Anfragen zum Impfquotenmonitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Journalisten/Datenjournalisten wollen maschinenlesbare Excel Tabellen ○ Anfrage von einer Klinik, die wissen wollte, wie sie ihre Imp fzahlen eingeben können, dies wurde mithilfe von Annette Siedler geklärt (müssen sich an BL wenden um Zugang zum Portal zu erhalten) ○ Heute sollen erste Daten (absolute Imp fzahlen) auf der RKI-Seite veröffentlicht werden, eine Twittermeldung folgt <p>! Anfragen zur neuen SARS-CoV-2-Variante halten sich in Grenzen, 1-2 Anfragen wie häufig sequenziert wird, hierzu gibt es eine Sprachregelung und Verweis an andere Labore, die sequenzieren</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Mögliche neue BMG Rechtsverordnung</p> <p>! BMG überlegt Rechts-VO zu erlassen, nach der alle SARS-CoV-2-Sequenzen in Deutschland dem RKI zugeleitet werden</p> <p>! Hierzu wird von Abt 1 und 3 ein Bericht vorbereitet, Motto:</p>	<p>VPräs/alle</p>

	<p>integrierte molekulare Surveillance (IMS) am RKI sollte weitergetrieben werden, eine automatisierte Übermittlung von Sequenzen an RKI ist wünschenswert, bei PCR-positiven Proben besteht routinemäßige Übermittlung, Sentinel-Surveillance und Untersuchung im Rahmen von Ausbrüchen sind darin erwähnt</p> <p>! Wieviel % der positiven Proben sollten sequenziert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In UK bis zu 10%, in anderen Ländern 5%, in GB besteht das intensivste Sequenzierprogramm ○ 10% von 30.000 Fällen/Tag wären schwierig, wir können nicht mit GB-Ressourcen mithalten ○ Was ist das Ziel? Um seltene Varianten zu finden ist eine hohe Samplingdichte notwendig, wenn nur ein grober Überblick gewünscht ist, weniger ○ Durch aktuell stark schwankende Zahlen ist ein %-Anteil ggf. nicht sinnvoll und für die Planbarkeit wäre eine absolute Zahl einfacher, dies kann aber auch zukünftig weiterentwickelt werden ○ Die Presse wird eine %-Angabe wollen, lieber nicht zu hoch um realistisch zu bleiben, 5% sollten angestrebt werden, darüber hinaus besteht das Instrument der Untersuchung im Rahmen von Ausbrüchen ! wenn eine Situation epidemiologisch auffällig ist, wird Sensitivität erhöht <p>! Meldeinhalte Sequenzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei molekularer Surveillance von Antibiotikaresistenzen wurde sichtbar, dass gute Begleitinformationen entscheidend sind, dies wäre auch hier wichtig ○ Im Bericht fürs BMG werden Minimalinformationen erwähnt, aber noch nicht abschließend definiert ○ Sebastian Haller zirkuliert interessante/notwendige Metadaten aus ARS ○ Alle Isolate sollten einen Link zu den Meldedaten haben, die epidemiologische Informationen enthalten, mit der verpflichtenden elektronischen Labormeldung ab 01.01.2021 und DEMIS sollte dies umsetzbar sein <p>! Es werden noch viele Details geklärt werden müssen, wenn die VO kommt</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
7	<p>Dokumente</p> <p>Überarbeitete Entlasskriterien</p> <p>! Überarbeitete Entlasskriterien sind noch nicht veröffentlicht</p> <p>! Grafik von IBBS ist fertig, heute wurde kommentierter Text von AL1 an IBBS geschickt</p> <p>! IBBS hat außer kleiner Schreibfehler keine Anmerkungen zum Begleittext mehr, Dokument geht nach Krisenstab zurück an AL1, und kann dann an webmaster zur Veröffentlichung gehen</p>	AL1/IBBS

8	<p>Update Impfung (nur freitags) ! Nicht besprochen</p>	
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es wurden 54 Proben aus Dresden und Gießen analysiert, davon waren in der PCR 7 Proben S-negativ und E-positiv, diese Proben werden aktuell sequenziert ! FG17: aus AGI Sentinel gab es letzte Woche 213 Proben, hiervon waren 11% SARS-CoV-2-positiv, 28% Rhinoviren, es gab keine Influenza oder andere respiratorischen Viren ! In welchem Umfang erhält das KL Proben? Ggf. gibt es auf deren Internetseite Informationen oder Publikation hierzu, es wäre jedoch gut, dies in ein gemeinsames System zu integrieren ! Integrierte molekulare Surveillance (IMS) <ul style="list-style-type: none"> ○ Hierzu wurde heute eine Aufgabe verteilt, FF MF4 in Absprache mit MF1, FG17, FG36, Abstimmung/Schnittstellen- und Ablaufdefinition ○ Bis dies durch die Gruppe definiert und formuliert wird kann ein Link zum KL auf RKI-Webseite eingestellt werden ! Sequenzierung/besondere SARS-CoV-2-Varianten <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufgrund der GB und Südafrikavariante wurden in Rücksprache mit MF1, MF4, und P3 Proben analysiert: 40 aus IMS 60 aus AGI Sentinel ○ Dies ist keine Primärdiagnostik, sondern Sequenzieranfragen ○ Von denen, die sequenziert wurden, gab es 1 IMS-Probe aus NW deren Sequenz der der britischen Linie 117 entspricht, Probe wurde am 07.12.2020 genommen und kommt aus einer Region unweit der holländischen Grenze ○ Die anderen Proben gehören einer anderen Variante an ○ Proben aus Sachsen wurden noch nicht final sequenziert, dies erfolgt in den kommenden Tagen ○ Hierbei handelt es sich um Zufallssampling, weswegen nicht über eine Ausbreitung geschlussfolgert werden kann ○ FG17 würde die Sequenz gerne in GISAID hochladen, wann kann dies erfolgen? ○ Es muss sichergestellt werden, dass sowohl GA als auch Landesbehörde die Info über die besondere Variante haben, bevor Daten auf GISAID kommen, diese müssen informiert sein, bevor es möglicherweise an die Presse kommt, danach kann dies hochgeladen werden ○ Am besten Labor telefonisch vorwarnen mit Hinweis der notwendigen Meldung an GA, AL3 kümmert sich um informieren der Landesbehörde ○ Anpassung Text auf RKI Webseite notwendig, hier wird aktuell nur Fall aus BW genannt, nicht Fall aus 	<p>ZBS1</p> <p>FG17</p> <p>Alle</p>

	<p>Hannover, wenn dies hochgeladen wird muss Text angepasst werden, Susanne Glasmacher bereitet Textvorschlag vor</p> <p>! Influenzanachweise so niedrig/ausbleibend, warum? Durchimpfungsrate oder MNB?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl der Influenza-Impfdosen ist generell begrenzt ○ Selbst wenn Impfabdeckung jetzt höher ist als letztes Jahr ist sie weit von einer möglichen Herdenimmunität entfernt! unwahrscheinlich, dass dies maßgebliche Auswirkungen hat ○ Grippewelle beginnt auch oft erst im Januar, noch ist nicht davon auszugehen, dass die Epidemie diese Saison ausfällt 	
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Vorstellung ITS-Kapazitäten Prognosemodell SPoCK-</p> <p>! Zwei neue Dokumente online</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Therapieempfehlungen STAKOB: Hinweise zu Erkennung, Diagnostik und Therapie und ○ Bewertung der medikamentösen Therapie bei COVID-19 durch die Fachgruppe COVRIIN <p>! Empfehlungen zu strategischer Patientenverlegung in Arbeit(?)</p> <p>Intensivregister</p> <p>! Blick auf DIVI-Intensivregister mit Anteil PatientInnen, Gesamtzahl Intensivbetten, Gesamtzahl freier Intensivbetten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei Gesamtzahl freier Betten sind $\geq 15\%$ wünschenswert (Pufferfunktion): BE und HE liegen darunter, BY, BW, NW sind knapp auf dem Weg dorthin ○ Öffentlich verfügbare Informationen hier, darüber hinaus sind auch mehr Details verfügbar ○ Meldungen zur Anzahl der in IST-behandelter Fälle sind stark ansteigend, es gibt einen starken Einbruch der Anzahl von freien Betten und Notfallreserven sowie von „high care“ Betten (invasive Beatmung), aktuell benötigen COVID-19-Fälle fast 50%, 30% mit nicht-invasiver Beatmung <p>Prognosemodelle SPoCK (Folien hier)</p> <p>! Viele beteiligte Akteure, u.a. DLR, Uniklinikum Freiburg, usw.</p> <p>! Projekt beinhaltet zwei Aktivitäten, 1. Prognosemodellierung (hier vorgestellt) und 2. interaktive Web-Plattform (hier nicht vorgestellt)</p> <p>! Prognosemodellierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Infektionsverlauf bestimmt ITS-Fallzahlen ○ Anhand (1) geschätzter realer Entwicklung und (2) prognostizierter Infektionszahlen wird unter (3) Berücksichtigung der bisherigen Entwicklung der Anzahl von ITS-Fällen die COVID-19-IST-Belegung prognostiziert ○ (1. Illustrationskurve in grün ist beispielhaft und 	<p>IBBS</p> <p>MF4</p> <p>MF4</p>



	<p>repräsentiert nicht reelle Daten!)</p> <p>! Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In Grafiken sind unten COVID-19-ITS-Fälle und oben die entsprechenden Kapazitätsgrenzen, der Bereich dazwischen zeigt freie ITS-Betten und freie COVID-19-spezifische Betten ○ Letztere werden seit 1-2 Wochen im Register erfasst, die entsprechenden Isolationsbereiche können bei Bedarf ggf. erweitert werden ○ Die Prognose für verschiedene BL, z.B. BW, BE, beinhaltet noch viel Unsicherheit, in BB hohe Belastung und geringer Anteil freier COVID-19-Betten, HE muss beobachtet werden, MV, NI, RP stabiler, für SN und TH bestätigt sich auch hier eine angespannte Lage ○ Prognosen sind auch noch detaillierter auf Stadtkreisebene verfügbar, beispielhaft sind einige Städte dargestellt ○ 62% der Kliniken geben an, an Grenze zu gelangen, vor allem aufgrund von Personalmangel <p>! Intensivregisterdatengruppe ist im Austausch mit diversen Gruppen, diverse Modellierer arbeiten an solcherart Modellen, Partner IMBI Freiburg ist in Modellierungshub stark vertreten, in dem auch RKI seit März dabei ist, Matthias an der Heiden und Alexander Ullrich sind in Kontakt mit Hub/Kollegen</p> <p>! Das Modell existiert seit Mitte November und ist noch nicht beschrieben und veröffentlicht, die Freiburger Kollegen arbeiten an einer Publikation</p> <p>! Die zugrundeliegende Berechnung ist einsehbar jedoch zum Teil sehr statistisch beschrieben</p> <p>! Zur Qualitätssicherung werden rückwirkende Prognosen durchgeführt welche eine gute Performance suggerieren, es erfolgt eine permanente Überwachung und Überprüfung</p>	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p>Surveillance</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Wichtige Termine</p>	

	! Nicht besprochen	
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 30.12.2020, 11:00 Uhr, via WebEx	



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	30.12.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! FG38
 - Maria an der Heiden
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! ZBS1
 - Eva Krause
- ! ZIG1
 - Regina Singer
 - Iris Andernach
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! MF3
 - Nancy Erickson (Protokoll)



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Internationale Lage (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle, Ausbreitung: Stand 29.12.2020 > 80 Mio. Fälle und > 1.7 Mio. Todesfälle (2.2 %), Top 10 Länder: USA; Brasilien, GB, Russland, Indien, Deutschland, Türkei, Italien, Kolumbien, Südafrika; Indien nun auf Platz 5 statt 7, Südafrika anstelle Frankreichs nun in den Top 10; Datengrundlage hier WHO (feiertagsbedingte Verschiebungen der ECDC-Daten); ○ WHO Epidemiological update, Stand 29.12.2020 (Vergleich Vorwoche): insgesamt Rückgang neuer COVID-19-Fälle bzw. Todesfälle um 12 % bzw. 8 %, aber aufgrund der Feiertage laut WHO Meldeverzögerungen; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Region Amerika: erneut größter Anteil neuer COVID-19-Fälle (> 2,3 Mio. neue Fälle; 50 % weltweiter Fälle); Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 15 % bzw. 3 %; USA 68 % neuer Fälle in der Region; meiste neue (Todes)Fälle: USA, Brasilien, Kolumbien, Mexiko; ▪ Region Europa: meiste neue Todesfälle (36.286; 46 %) > 1,5 Mio. neue Fälle = weiterhin hoch; Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 12 % bzw. 15 %; meiste neue (Todes)Fälle: GB, Nordirland, Russland, Deutschland; ▪ Region Afrika: größter relativer Anstieg neuer Fälle (27 %) und Todesfälle (34 %); Neuerkrankungen und Todesfälle im Vergleich zu anderen Regionen niedrig; Anstieg neuer Fälle bzw. Todesfälle um 20 % bzw. 37 %; meiste neue (Todes)Fälle: Südafrika, Nigeria, Algerien, Namibia, DRC; ▪ Region Westpazifik: steigende Trends; Anstieg neuer Fälle bzw. Todesfälle um 13 % bzw. 4 %; meiste neue (Todes)Fälle: Japan, Malaysia, Philippinen, Südkorea; ▪ Regionen Südostasien und Östliches Mittelmeer: 	ZIG1 (Singer)

	<p>Rückgang der Fälle und Todesfälle;</p> <p>SOA: Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 6 % bzw. 1 %; meiste neue (Todes)Fälle: Indien, Indonesien, Bangladesch;</p> <p>ÖMM: Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 9 % bzw. 10 %; meiste neue (Todes)Fälle: Iran, Marokko, Pakistan, Tunesien;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Update Neue SARS-CoV-2-Varianten <ul style="list-style-type: none"> ▪ VOC 202012/01 (UK): mind. 3.000 Fälle in UK; weitere Fälle in Europa und weltweit; ▪ Neuer technischer Report PHE: vorläufige Ergebnisse der Kohortenstudie ! kein statistisch signifikanter Unterschied in Hospitalisierung, 28-Tage-Todesrate oder Wahrscheinlichkeit einer Reinfektion; ▪ 501.V2 (Südafrika): stark verbreitet, >90 % der Sequenzen seit 16.11.; erste Entdeckungen außerhalb SA, u.a. in GB und Finnland; ▪ Vorläufige Analysen ! neue Varianten erhöhte Übertragbarkeit, jedoch bislang keine erhöhte Infektionsschwere oder -mortalität festgestellt; Einfluss auf entwickelte Impfstoffe weiterhin unklar ○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sehr hohe CFR (Folie 1) von Deutschland ggü. bspw. GB (2,74 <i>versus</i> 1,28 %): vermutlich Rechenfehler, wird überarbeitet, im Situation Report der WHO für D 29.778 Todesfälle und 1.640.858 Fälle ! CFR ca. 1,8 % https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---29-december-2020 ▪ Aktualisierter Bericht von PHE: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/948152/Technical_Briefing_VOC202012-2_Briefing_2_FINAL.pdf ▪ Link zu internationalen Daten ! Todesfälle <i>versus</i> Bevölkerungszahl als „transparentestes“ Maß der Surveillance- und anderen Mechanismen: hier Zahlen für USA, UK und Italien ca. 4x so hoch wie für Deutschland <p><i>To Do1: Bitte an Frau Singer, den Neuen technischen Report PHE zu zirkulieren.</i></p> <p><i>To Do2: Bitte um Korrektur der CFR Folie 1.</i></p>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p>
--	---	-----------------------------



	<p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 1.687.185 (+22.459), davon 32.107 (1.9 %) Todesfälle (+1.129), 7-Tage-Inzidenz 141/100.000 Einw. ! gestern erhebliche Anzahl neuer Meldungen, bei Interpretation der Daten sind die verringerte Anzahl an Arztbesuchen, Meldungen und Übermittlungen bzw. Verschiebungen bei Tests etc. aufgrund der Feiertage zu berücksichtigen; ○ 4-Tage-R=0.54, 7-Tage-R=0.68: Reproduktionszahlen deutlich unter 1, müssen mit Vorsicht interpretiert werden; ○ ITS: 5.649 (+52), invasiv beatmet: 3.071 (+54): weiter angestiegen, Kapazitäten regional am Limit (nicht nur ITS-, sondern auch allgemeine Bettenbelegung), Lage spannt sich weiter an, wenngleich Fallzahlen scheinbar rückgängig; ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sachsen weiterhin höchste Inzidenz aber deutliche Abnahme, ebenso für Thüringen; ▪ Bayern und BB etwas über Bundesdurchschnitt; ▪ Unter den Ländern mit niedrigster Inzidenz verzeichnen Bremen und Meckl.-Vorpomm. wieder leichte Anstiege, vermutlich nachmeldungsbedingt; ▪ Insgesamt keine reale Einschätzung des Rückgangs möglich; ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einw.): Vogtlandkreis führend mit Inzidenz von ca. 690, trotz geringerer Meldeaktivität weiterhin <ul style="list-style-type: none"> ▪ 21 LK > 25-50, ▪ 100 LK > 50-100, ▪ 253 LK > 100-250, ▪ 34 LK > 250-500 und ▪ 3 LK > 500-1000; ○ 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe (AG) und Meldewoche: durch Winterpause in Schule und Kindergarten Inzidenz in AG 5-14 J (dunkelblau) bereits seit ca. KW 50 rückläufig; AG 60-79 J (gelb) deutlich niedriger als 35-59 J (hellblau) und 15-34 J (grün); AG 80+ mit höchster Inzidenz von > 350 Fälle/100.000 Einw. ! in dieser AG relativ geringster Rückgang im Vergleich zu anderen AG; 	<p>FG36 (Haas)</p>
--	--	------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Darstellung der gemeldeten COVID-19 Fälle nach Infektionsumfeld (Fälle aus Ausbrüchen mit ≥ 2 Fällen): Umfelder Alten- und Pflegeheim und private HH dominieren; ○ COVID-19-Fälle nach Zugehörigkeit zu einer Einrichtung und Meldewoche: spiegelt ebenfalls wieder, dass Fälle bei in Einrichtungen betreuten Personen den größten Anteil am Geschehen haben; ○ Meldedaten Feiertage (Exceltabelle, nicht Bestandteil der Folien): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zwischen 24.12. und 30.12. Anteil übermittelnder Gesundheitsämter deutlich von Durchschnitt der Vorwochen(n) gesunken (Abfall von ca. 95 auf ca. 85 %) ▪ Gesundheitsamt Korbach letzte Meldung vom 20.12., Luckenwalde 21.12. (Stand 24.12.), Verspätung außerhalb des gesetzlichen Rahmens von zwei Tagen (Meldung bis jeweils nächsten Arbeitstag zzgl. 1 Tag zur Übermittlung via Landesstellen); ▪ Auswirkungen siehe Dashboard am Bsp. LK Teltow-Fläming: einige Tage wenig, in letzten 2 Tagen vergleichsweise hohe Aktivität („Nivellierung des Gaps“)! Rückgang der Fallzahlen somit höchstwahrscheinlich real nicht so ausgeprägt, somit jedoch erschwerte Fallzahlinterpretation und Einschätzung der Beeinflussung der realen Inzidenz, auch in Vorbereitung auf Sprachregelung zum 04.01.2021 <p>! Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb bis zur KW 52: ARE-Rate deutlich unter der der Vorjahre, derzeit zusätzlicher Abfall, vermutlich bedingt durch Kontaktbeschränkung vor Weihnachten; ○ ARE-Konsultationen bis zur 52. KW: feiertagsbedingter Einbruch der Konsultationsinzidenz wie in den Vorjahren; ○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis zur 51. KW: Anzahl SARI-Fälle in AG der < 15-Jährige (v.a. der < 4-Jährigen deutlich) unter der der Vorjahre; in AG 15-59-Jährigen vergleichbar mit denen der Vorjahre und derzeit relativ stabil; in AG der > 60-Jährigen jedoch aktuell weiterhin deutlicher Anstieg; ○ Ausschnitt für AG ab 80 Jahre: in 50. KW deutlicher Sprung in der Anzahl der SARI-Fälle, möglicherweise zusammenhängend mit Teststrategie (AG-Schnelltests); in 51. KW leichter Rückgang, auch hier ist die Ursächlichkeit nur 	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p>
--	---	-----------------------------

weiterhin recht niedrig;

- Formulierung im Lagebericht wurde angepasst mit der Bitte um Konsentierung; gute Formulierung in den Disclaimern, die verwendet werden soll: „In KW52 wurden im Vergleich zu den Vorwochen deutlich weniger PCR-Tests erfasst. Es ist zu vermuten, dass dies mit Schließungen vieler Arztpraxen in den Feiertagswochen zu begründen ist. Daher ist auch anzunehmen, dass weniger erkrankte Personen mit leichter bis mittelschwerer Symptomatik während der Feiertage einen Arzt aufgesucht haben als in den Vorwochen. Dies könnte sich entsprechend auf die Meldedaten auswirken.“
- Diskussion:
- Verzerrungsfaktoren und Interpretationserschwerenis aufgrund der Feiertage u.a. durch:
 - Zusätzliche Tests in Vorbereitung auf Weihnachtstage,
 - Viele Tests in Pflegeeinrichtungen,
 - Praxis-/Laborschließung,
 - Übermittlungsaussetzer,
 - Interpretation laufender Daten durch erneute Feiertage zusätzlich eingeschränkt;
- Dies sollte ebenfalls frühzeitig eingeordnet und kommuniziert werden;
- Anfang kommender Woche erschwerte Einschätzung zu Effekt des Lockdowns und der Feiertage, vermutlich eher zu Wochenmitte bzw. Folgeweche mit reelleren Zahlen;
- Ungeachtet dieser Erschwernis muss zum 04.01. eine Einschätzung der Meldedaten gegeben werden können, die durch Daten aus Hotspots, zu Todesfällen und ITS-Belegung untermauert werden können und eine Sprachregelung vorhanden sein für den Beschluss zum 05.01. für die weitere Vorgehensweise ab dem 10.01.

Testungen und Positivenanteile (Folien [hier](#))

- Testzahlrückgang: KW 51 ca. 600.000 Tests, derzeit ca. 460.000 Tests (Abnahme um ca. 1/3);
- Folie 1: leichte Zunahme des Anteils positiver Testungen im Vergleich zur Vorwoche;
- Folie 2: Stratifiziert nach Bundesland: weitere Anstiege in BB, Sachsen, Sachsen-Anhalt und vor allem in Thüringen



	<p>(hier insgesamt jedoch weniger Tests, starker Anstieg muss kommende Woche überprüft werden, da Meldedaten aus Thüringen derzeit nicht einen so hohen Positivenanteil aus Thüringen widerspiegeln);</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Folie 3: Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG zeigt in allen AG deutlichen Rückgang, Anzahl der Tests bei den 0-15-Jährigen hat sich nahezu halbiert, in höheren AG Rückgang etwas geringer, erschwert insgesamt die Interpretation der Positivenanteile nach AG, diese zeigen bis auf AG 80+ eine relativ parallele Entwicklung, leicht steigender Trend ggf. bedingt durch „spezifischere“ Testkriterien; ○ Folie 4: Anteil der positiven Testungen von allen Testungen pro KW nach Organisationstyp: starker Rückgang der Anzahl der Testungen bei Arztpraxen (nahezu halbiert, siehe Kreisflächen), weiterhin jedoch steigender Positivenanteil (gestrichelte Kurve), der den allgemein steigenden Trend der Positivenanteile bedingen können; ○ Folie 5: Testverzug: kein deutlicher Zuwachs der Anzahl der Verzugstage, deutlicher Rückgang der Testungen hier somit ebenfalls sichtbar; <p><i>To Do: Bitte um Ergänzung der Grafik Folie 5 um eine Linie zum durchschnittlichen Meldeverzug in Tagen</i></p>	
<p>2</p>	<p>Internationales ! Nicht besprochen</p>	
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen</p>	
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung ! Keine Beiträge</p>	
<p>5</p>	<p>Kommunikation BZgA ! Vorbereitung von Informationsmaterial zu Impfungen bzw. Risikokommunikation zusammen mit dem Steuerungskreis ! Rückmeldungen aus der Bevölkerung bei Telefonberatung – Kernthemen: 1) Technische Fragen zur Impfung (bspw. bei antikoagulativ behandelten Personen) 2) Fragen zur Impfmöglichkeit/-notwendigkeit von positiv getesteten oder symptomatischen Personen ! hierzu siehe StIKo-Empfehlungen sowie FAQs unter https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html;jsessionid=515754248AABBD3567D1A5C3BFB9FE5B.internet051</p>	<p>BZgA (Thaiss)</p>

	<p>! allgemeinverständliche Aufbereitung dieser Empfehlungen ist empfehlenswert;</p> <p>3) Fragen zu Maßnahmen bei Rückkehr aus Heimatländern:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sollte kommunikativ aufgegriffen werden; ○ Bitte auch um Informationsverbreitung über Auswärtiges Amt bzw. die Botschaften; ○ Es soll allgemeinen Hinweis auf die generell geltenden Vorschriften sowie ein Verweis auf die lokalen Behörden geben (hierzu: Bundesregierungs-Seite mit Verweisen auf die Länderseiten, Link leitet Frau an der Heiden an Frau Thaiss weiter); ○ Generell: Quarantäne 10 Tage, bei negativem Test 5 Tage; ○ Hinweis auf den Entwurf einer neuen Verordnung zu Informationsweitergabe per SMS an Einreisende aus Risikogebieten (noch nicht aktiv); ○ Merkblätter von Beförderern (Bahn, Flugzeug); ○ Größte Hürde sind mit dem Auto Einreisende, BMI rechnet mit einer Anzahl im niedrigen sechsstelligen Bereich, Grenzkontrollstellen Österreich eine Möglichkeit der Informationsverteilung; ○ Kommunikative Berücksichtigung auch anderer Gruppen, die mit Rückkehrern assoziiert (bspw. Arbeitgeber). <p>Presse</p> <p>! Kein Beitrag aufgrund der zeitgleichen Bundespressekonferenz unter Mitwirkung des RKI und des PEI</p>	
<p>6</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>7</p>	<p>Dokumente/weitere Studien</p> <p>Empfehlung zu geimpften <i>versus</i> genesenen KP1 (v.a. med. Personal)</p> <p>! Gesonderte Empfehlung zu dem Umgang mit geimpften KP1 bei medizinischem Personal ggf. sinnvoll aufgrund dessen Kontakt zu vulnerablen Gruppen – davon ausgehend, dass die Impfung nicht vor Erregerübertragung schützt;</p> <p>! Papier zum KP-Management war hinsichtlich med. Personals bewusst nicht spezifiziert worden, jegliche Anpassungen des KP-Management-Papiers gelten somit auch für med. Personal;</p> <p>! Im Dokument „Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie“ (Federführung FG37) findet sich ein Passus zum Umgang mit molekularbiol. diagnostiziertem med. Personal nach durchgemachter Infektion (Teilimmunität vorhanden, keine Quarantäne nötig, Selbstmonitoring, bei Auftreten erster Symptome Selbstisolation & Test);</p> <p>! Überarbeitung dieses und des KP-Management-Dokuments hinsichtlich Impfung nötig, zumal dazu bereits Nachfragen, sollte BMG zu Jahresbeginn vorgelegt werden mit Hinweis auf Veröffentlichungsabsicht am Folgetag;</p>	<p>FG37 (Haller)</p> <p>VPraes (Schaade)</p> <p>FG14 (Arvand)</p> <p>FG36 (Haas)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ! Mögliche Optionen bei geimpftem med. Personal: Quarantäneverzicht wie bei Genesenen mit Diagnostik bei Auftreten von Symptomen (hier jedoch aufgrund der Impfung höchst unwahrscheinlich), Hinweis auf Personenschutz, Selbstmonitoring (auch hinsichtlich allgemeinem Übertragungsmonitoring nach Impfung sinnvoll), regelmäßige Tests; ! Geimpfte Personen sollten wie Genesene behandelt werden, da in beiden Fällen Erregerübertragung derzeit unklar (mit dem Unterschied, dass die Wahrscheinlichkeit des Ausbleibens von Symptomen bei Infektion von Geimpften höher als bei Reinfektion von Genesenen); ! Eine Empfehlung von Selbsttests bei geimpften Personen bzw. geimpftem med. Personal daher derzeit nicht anzuraten, zumal dies Impfbereitschaft senken könnte (Anschein des Infragestellens der Zuverlässigkeit der Impfung, wenngleich anderer Hintergrund > die Übertragung, nicht Infektion); ! Übertragungsverhinderung durch Impfungen generell ab 14 Tage nach zweiter Impfung sukzessiv abnehmend, jedoch dauerhaft reduzierte Ausscheidung! Maskenpflicht ist nach Impfung definitiv beizubehalten, da weiterhin Übertragungsrisiko. <p><i>To Do1: Bitte um Rücksprache mit Kolleg*innen im europäischen Ausland bezüglich Regelung Umgang mit geimpften KP1 bei med. Personal.</i></p> <p><i>To Do2: Bitte um Konsultation der Daten aus Zulassungsstudien der Impfstoffhersteller als bald verfügbar, hierbei Bitte an Herrn Haller um Rücksprache mit Herrn Wichmann.</i></p> <p><i>To Do3: Anschließend Bitte um Erstellung eines Änderungsentwurfs beider Dokumente („KP-Management“ und „Ergänzende Grundsätze der med. Versorgung“ – hierbei Bitte um Rücksprache mit FG14 im Vorfeld).</i></p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
<p>8</p>	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
<p>9</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>NRZ Influenzaviren (Folien hier):</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Derzeit deutlicher Rückgang der Einsendungen: KW 52 – 71 Proben, KW 53 – 19 Proben; ! Weiterhin relativ hohe SARS-CoV-2-Nachweisraten von ca. 15 % in KW 52, bislang diese Woche ca. 5 %; ! Kinetik: Lockdown scheint leichten Effekt auf Rhinoviren zu haben, Nachweisrate derzeit etwas rückläufig, jedoch nicht in dem Umfang des frühjährlichen Lockdowns; ! Angesichts der derzeitigen Nachweisraten und Effekte sind – auch hinsichtlich der Sprachfähigkeit zum 04.01. – die Schutzmaßnahmen weiterhin zu befürworten, ggf. sogar eine Lockdown-Verlängerung bis zur erfolgten Impfung vulnerabler Gruppen und dem Rückgang der Todesfallzahlen; ! Sequenzierung: diese Woche 30 Proben, befinden sich noch in Aufbereitung; Vorwoche: 1 Probe aus Viersen mit UK-Variante 	<p>FG17 (Dürrwald)</p>



	19-Normalpatienten (nicht-ITS), da Kapazitäten derzeit nahezu ausgeschöpft – Sitzung Steuerungsgremien dazu (Strategie Patientenverlegung).	Weidhaas)
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Anfrage zum Umgang mit KP1 nach möglicher <u>Reinfektion</u> mit neuer UK-Variante</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Derzeit allgemeingültige Umgangshinweise zu KP1 ! Grundsätzlich keine Empfehlungsänderung zunächst unter der Annahme, dass sich diese neue Variante nicht anders verhält, bspw. hinsichtlich Infektionsbegünstigung; ! Überprüfung nötig, bspw. als intensivierete Umgebungsuntersuchung, um Datengrundlage für umfassende Studie zu stellen; ! Proben sollen als Diagnostikproben an ZBS1 geschickt werden. 	FG36 (Haas) ZBS1 (Krause)
12	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Derzeit Reiseverbote UK und Südafrika, ab 01.01. Rückreise aus diesen Gebieten möglich sofern Meldung beim BMI erfolgt, Rechtsverordnung gilt bis zum 06.01.2021; ! DEA (Digitale Einreiseanmeldung): 332 von 376 Gesundheitsämtern derzeit angeschlossen (88 %), ca. 13.000 Anmeldungen pro Tag, Tageshöchstwert bislang knapp 24.000; ! Clearingstellen: derzeit ca. 600 Einträge pro Tag, die nicht <i>ad hoc</i> den Gesundheitsämtern zugeordnet werden können, Abarbeitung prospektiv über Unterauftragsvergabe seitens Bundesdruckerei möglich. 	FG38 (an der Heiden)
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Derzeit relativ gut tragbare Arbeitslast 	FG38 (an der Heiden)
15	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 05.01.2020: Schalte Bundeskanzlerin und Regierungschefs 	Alle
16	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Montag 04.01.2021, 13:00, via Webex 	