002 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-01-14.pdf

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Lage:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum, Uhrzeit:	14.01.2020, 15-16 Uhr
Sitzungsort:	Raum [redacted]

Moderator: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG-Leitung
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema
1	**Aktuelle Lage** • Wuhan: 41 Fälle wurden identifiziert. Davon sind 6 aus dem Krankenhaus entlassen worden, 7 in einem kritischen Zustand und 1 Patient ist verstorben. Es gibt mehr als 700 enge Kontaktpersonen, davon gehören ca. 400 zum medizinischen Personal. Der Beginn der Symptome der 41 bestätigten nCoV-Fälle in China reicht vom 08.12.2019 bis zum 02.01.2020. Thailand: Zusätzlich zu den 41 Fällen berichtete die WHO am 13.01.2020 über einen laborbestätigten Fall in Thailand, dabei handelt es sich um eine Chinesin aus Wuhan. In Zusammenhang mit der erkrankten Frau werden derzeit 18 Kontaktpersonen nachverfolgt: 16 Personen im Zusammenhang mit dem Flug, in dem die Patientin symptomatisch reiste, sowie 2 Personen, die denselben Haushalt mit der erkrankten Frau teilen. Sie befand sich nicht auf dem Huanan-Seafood-Markt in Wuhan. • Die Inkubationszeit ist nicht bekannt, laut der Falldefinition der WHO wird bis zu 14 Tage angenommen. • Laut WHO ist es möglich, dass es eine begrenzte Übertragung von Mensch-zu-Mensch gibt (z. B. im familiären Bereich). • [redacted] • [redacted]
2	[redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]
3	**Labor** • [redacted] • [redacted]

	• [redacted]
4	**Surveillanceanforderungen** • Es gibt bereits von der WHO eine Falldefinition, wann eine Differentialdiagnostik angezeigt ist. Eine deutsche, angepasste Version soll erarbeitet werden. Ein Vorschlag wird von FG32 mit FG 36 erarbeitet, IBBS bietet Unterstützung an. Bis Freitag (17.01.2020) soll dieser abgestimmt sein.
5	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Infektionsschutz ist ähnlich wie bei SARS oder MERS, aber mit einem geringeren Gefährdungspotenzial. Es soll in der Sicherheitsstufe zwischen 2 Kategorien unterschieden werden: Fälle unter Abklärung, bei denen klinisch-epidemiologische Hinweise vorliegen, aber noch nicht laborbestätigt sind und Fälle, die sowohl klinisch-epidemiologisch als auch laborbestätigt sind. Die bereits bestehenden KRINKO Empfehlungen werden durch FG14 dementsprechend ergänzt. Da bislang von den 400 Kontaktpersonen des medizinischen Personals keine bekannte Erkrankung hervorgegangen ist, ist eine Übertragung ggf. nur bei längerem engem Kontakt möglich, sodass bei Verdachtspersonen unter Abklärung ein einfacher Mund-Nasen Schutz ausreichen würde. Bei labordiagnostisch bestätigten Fällen sollte eine FFP2 Maske empfohlen werden.
6	**Klinisches Management** • [redacted]
7	**Transport (Grenzübergangsstellen)** • [redacted] • [redacted] • [redacted]

	• [redacted] • [redacted]
8	**Informationen aus der Koordinierungsstelle** • Die KS wurde am 14.01.2020 eingerichtet um auf den aktuell erhöhten Kommunikations- und Koordinationsbedarf hinsichtlich des Ausbruchs eines neuartigen Coronavirus (nCoV) in Wuhan, China besser eingehen zu können und die primär zuständigen Organisationseinheiten zu entlasten. Die KS führt das Lageprotokoll und verteilt eingehende Aufgaben. Die KS soll bei relevanten E-Mails in CC gesetzt werden. Die Existenz der KS soll nach intern und extern kommuniziert werden. Die PHI-Gruppe der INIG wird weiterhin das internationale Lagebild aus epidemiologischer Sicht erstellen und an den Verteiler-RKI-Corona kommunizieren. • Erreichbarkeit: Es gibt ein zentrales E-Mail-Postfach [redacted] sowie eine zentrale Telefonnummer [redacted]. Die Koordinierungsstelle ist werktäglich von 09-16 Uhr besetzt. • In dem Kalender des Funktionspostfaches werden alle relevanten Termine eingetragen. In den Terminen werden – sofern vorhanden – relevante Dokumente gespeichert (z.B. Agenden, Protokolle). Wichtige Dokumente werden per E-Mail weitergeleitet. • Gemeinsamer Ordner: Ein gemeinsamer Ordner mit dem Namen „RKI_nCoV-Lage“ wird unter [redacted] angelegt. Eine E-Mail mit wichtigen Links (z. B. Protokoll) folgt. • E-Mail-Verteiler: Der [redacted] wurde überarbeitet. Anmerkungen zur Liste bitte an die KS schicken. • Zuständigkeitenübersicht: Eine Zuständigkeitenübersicht wurde erstellt. Anmerkungen hierzu bitte an die KS schicken. • Evaluation: Im Anschluss an die Lage soll eine systematische Auswertung (i.S.e. After Action Review) des Krisenmanagements erfolgen.
9	**Aktuelle Dokumente – Update** • RKI-Internetseite: Die Internetseite wird regelmäßig aktualisiert (z. B. Fallzahlen). Bislang befindet sich die Seite zu nCoV unter der Seite zu Coronaviren, wo es auch Unterseiten für MERS und SARS gibt. Am Freitag, wenn die Falldefinitionen vorhanden sind, kann eine extra Seite für nCoV erstellt werden. • Im EpiBull sollen im blauen Kasten Informationen zu nCoV stehen. Die INIG erstellt einen Entwurf hierfür. • Ein Text soll im nächsten Newsletter aufgenommen werden. • Twitter wurde noch nicht benutzt. Wenn eine neue Internetseite speziell für nCoV erstellt wurde, kann diese über Twitter geteilt werden. • Die INIG ist weiterhin für das internationale Monitoring der Lage zuständig und verfasst ihre täglichen Berichte.

	Nächstes Treffen: Momentan ist es sinnvoll, 2-mal pro Woche ein Treffen der Lage-AG zu haben. Freitagvormittag soll geprüft werden.

004 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-01-16.pdf

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:	[redacted]

Moderator: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abteilung 3-Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG-Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema
1	**Aktuelle Lage** • 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. • [redacted] • [redacted] • 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). • [redacted] • [redacted]

2	**Aktuelle Dokumente - Update** • 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 Flussschema 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 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). • Im EpiBull ist im blauen Kasten ein Informationstext erschienen. • Auch der RKI-Newsletter berichtet über das Ereignis.
3	**Labordiagnostik** • FG17 hat in Abstimmung mit [redacted] Empfehlungen zur Labordiagnostik erstellt. Diese sind ebenfalls am 16.01.2020 (nach der AG) auf der RKI Internetseite erschienen. • 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 [redacted] entwickelt.
4	**Falldefinitionen, Flussschema** • 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). • Das Flussschema wird derzeit noch zwischen IBBS und FG 36 abgestimmt und kann voraussichtlich am 17.01.2020 vormittags veröffentlicht werden.
5	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • 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
6	**Klinisches Management** • 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 infectionwhen novelcoronavirus (nCoV)infection is suspected“ veröffentlicht (https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf). [redacted]

7	**Transport (Grenzübergangsstellen)** • [redacted]
8	**Informationen aus der Koordinierungsstelle** • Als E-Mail-Verteiler für die nCoV-Lage am RKI wird der [redacted] genutzt. Änderungen am Verteiler können durch [redacted] und [redacted] durchgeführt werden, die Änderungen am besten an das Postfach der Koordinierungsstelle [redacted] kommunizieren. • Gemeinsamer Ordner: [redacted] • Zuständigkeitenübersicht: Änderungswünsche bitte an die KS schicken.
9	**Andere Themen** • [redacted] on einer detaillierten Beantwortung der Fragestellungen wird abgesehen. • Falls es Unterstützungsersuchen anderer Länder gibt bzgl. Laborkapazitäten bzw. finanzieller Hilfe beim Shipping von Proben könnte solch einem Untersuchung, [redacted]
10	**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.

006 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-01-20.pdf

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:	[redacted]

Moderator: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
  - [redacted]
- Abteilung 3-Leitung
  - Osamah Hamouda
- Abteilung 1-Leitung
  - Martin Mielke
- ZIG-Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - -
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema
1	**Aktuelle Lage** • 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) • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • 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.) → einzelne Fälle von interfamiliären Übertragungen (ca. 763 Kontakte) → Erstgenerationsübertragung R0 unter R1 Ergänzungen durch [redacted] (Bericht TK): • 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	**Kommunikation – Aktualisierung** • 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 internen Gebrauch → 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 • Aktualisierte Zusammenfassung des Geschehens (inkl. des kurzen Satzes zur Risikoeinschätzung) ist veröffentlicht • Update der Informationen zum Geschehen auf der RKI-Homepage zeitnah je nach Bedarf (Presse, INIG, FG36) **RKI-Internetseite:** • Versch. Dokumente online seit 17.1.2020 (Falldefinitionen, Flussschema, Labordiagnostik, IPC, …) → bitte regelmäßiges Update durch die Federführenden. Federführend ist derjenige, der das Dokument zur Veröffentlichung an die Pressestelle geschickt hat. **EpiBull: blauer Kasten:** • INIG + FG36 erarbeiten eine Mitteilung **Pressekommunikation:** • Erfolgt für relevanten Medien durch [redacted] • [redacted]
3	**Besprechung Szenario: importierter nCoV-Fall nach Deutschland: wie gut sind wir vorbereitet? Welche Informationen können wir als RKI den Bundesländern zur Verfügung stellen?** • Eine gemeinsame Bearbeitung möglicher Verdachtsfälle in Deutschland soll angestrebt werden. Dafür werden Dokumente für das Ausbruchs-management aktualisiert, z.B. für Kontaktpersonen nCoV (angepasst aus MERS-Unterlagen), Tagebuch für Kontaktpersonen, Erfassungs-instrument (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. • [redacted] • [redacted] • 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). [redacted] • [redacted] • [redacted]
4	**Surveillance-Anforderungen** • 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	**Labordiagnostik** • FG17: durch INV-Saison werden Kapazitäten ausgelastet sein • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] 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	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Es wurden „Wahrscheinliche Fälle“ zu den bestätigten Fällen ergänzt, um mit dem Flussschema übereinzustimmen.
7	**Klinisches Management** • [redacted] • Flussdiagramm: wird noch mal überarbeitet, im klinischen Ablaufprogramm (klarer Ausschluss)
8	**Transport (Grenzübergangsstellen)** **1.) Modellierung: Importrisiko nach Deutschland auf Grundlage des Ferguson-Artikels, hauptbetroffene Flughäfen?**

	• Modellierung durch [redacted]: Passagierströme aus China/ betroffenen Gebiete nach Deutschland **2.) Vorbereitung Infos für Reisende:** • 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 **3.) Aktuelle Bewertung Entry Screening** • keine Empfehlung von RKI für ENTRY-Screening in der aktuellen Situation: →Stellungnahme durch RKI (vom BMG) →aktuelle Stellungnahme zu ENTRY-Screening erarbeiten Kommentar [redacted]: 1. INV/ kurz Inkubationszeiten nicht empfohlen (keine wissenschaftl. Evidenz) [redacted]
9.	**Informationen aus der Koordinierungsstelle** • 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	**Andere Themen** • 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	• 21.01.2020 TK zu [redacted] → FG 14, [redacted] soll für RKI teilnehmen • **Nächstes AG-Lage-Treffen:** Freitag, 24.1. um 13-14:30 Uhr

007 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-01-22.pdf

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-[redacted]

Moderator: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abteilung 2-Leitung
  - Hr. Mielke
- ZIG-Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema
1	**Aktuelle Lage** • 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.) [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • 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 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. **Was wäre unser Trigger zur Einrichtung des Lagezentrums (LZ)?** • [redacted]

[redacted]

Sprachregelung falls WHO den PHEIC erklärt- Was bedeutet das insgesamt und für Deutschland?

- 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.
- 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.
- Presse hat bereits die Ebola-FAQ für nCoV angepasst, falls ein PHEIC ausgesprochen wird. Diese könnten dann auf die RKI-Webseite gestellt werden.

	Brainstorming: Was können wir noch als RKI zur "Readiness" Deutschlands beitragen? • Zur effektiveren Arbeit bei bestätigten Fällen in Deutschland sollte die 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. • [redacted] • 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	**Kommunikation – Aktualisierung** **RKI-Internetseite:** • 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 Koordinierungs-stelle 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). [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Deutsches Ärzteblatt:** • 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. • Zusätzlich gibt es 3 Fragen, deren Beantwortung durch VPÄS oder PRÄS vorgesehen ist (mit Foto). • Die online Redaktion des Deutschen Ärzteblattes verweist zusätzlich auf RKI-Dokumente.
3	**Labordiagnostik** **Wie können wir unterstützen, dass die. Labore in D den nCoV-Test in der Fläche etablieren?** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]

	• Der Nachweis für nCoV könnte (bei sofortiger Bearbeitung) innerhalb weniger Stunden fertiggestellt werden (ca. 4-6 Std.). Die Testläufe laufen gerade. • [redacted] Ein serologischer Test ist aktuell in Entwicklung und steht evtl. in 3 Wochen zur Verfügung. Dieser würde bei möglichen Umgebungsuntersuchungen eine große Rolle spielen. • Empfehlungen zu geeignetem Probenmaterial sind bereits auf der RKI-Webseite verfügbar.
4	**Surveillance-Anforderungen** • [redacted] • Es wird gerade noch eine Handreichung für die GÄ zur Meldung erarbeitet, die als Infobrief versendet werden soll.
5	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted]
6	**Klinisches Management** **Weitere Möglichkeiten zur Sensibilisierung der Ärzteschaft?** • Information über: Flussschema, Ärzteblatt, Webseite • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Flussschema:** • Flussschema 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. • 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. • Auf dem Flussschema 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.
7	**Transport (Grenzübergangsstellen)** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Bericht Maßnahmen CDC:** • 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. [redacted] • [redacted]
8	**Informationen aus der Koordinierungsstelle** **Einbindung [redacted] in die Lagebesprechung:** • Gerne [redacted] 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. **Arbeitsbelastung Koordinierungsstelle:**

	• Arbeitsbelastung der beteiligten OE hoch (siehe Top 1) • Ca. 100 Einträge im Lageprotokoll • Verschiedene Aufträge wurden vergeben, die aktuell noch fertig gestellt werden. [redacted] • [redacted] **Erlass Überblick über Maßnahmen:** • 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. • Am 21.01. gab technische Probleme bei der Bearbeitung/ Weiterleitung des Erlassberichts mit DMS. **Mitteilung von Maßnahmen zur Übersicht an** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]
9	[redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]
10	**Nächster Termin:** 24.1. um 13-14:30 Uhr [redacted] (genutzt von Presse/FO))

009 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-01-24.pdf

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,*** [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abteilung 3-Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG-Leitung
  - -
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- Rechtsreferat
  - [redacted]
  - Joachim-Anton Mehlitz

- P4
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema
1	**Aktuelle Lage** • 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; [redacted] 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“; • [redacted] • [redacted]

	• [redacted] • Weiterhin Botschaft „mit einzelnen Fällen muss gerechnet werden“); • Risiko für Bevölkerung weiterhin „gering“: Import einzelner Fälle wahrscheinlich; • [redacted]
2	**Aktuelle Dokumente, Kommunikation - Update** • RKI-Internetseite • FAQ für RKI-Webseite: sind seit 13:53 am 24.01.2020 online ([redacted] hat freigegeben mit Änderungen) • BZgA: verlinkt auf unsere Seite, gebeten Maßnahmen zu Hustenetiquette etc., die ohnehin wegen Grippe laufen, zu intensivieren; [redacted] • Seite der John Hopkins Universität: [redacted] fragt an, ob auf Website verlinkt werden kann; [redacted]: vielleicht eher auf FAQ damit Internetseite nicht überfüllt wird; [redacted]: Ärzteschaft würde das sehr schätzen; Karte John Hopkins Universität: [redacted] • [redacted]. • [redacted] • [redacted] • Arbeitstägliche TK mit dem BMG (09:30): [redacted] vertritt RKI, ggf. mit Unterstützung [redacted] • [redacted]
3	**Labordiagnostik**

	• [redacted] → 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 [redacted] • [redacted] • [redacted] • Assays von [redacted] laufen auch am RKI; • [redacted] 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; • [redacted]
4	**Surveillance-Anforderungen** • Abstimmung von Dokumenten: IBBS: Flussschema abgestimmt und veröffentlicht; in anderen Lagen wurden bei Erstellung auch Fachgesellschaften eingebunden; [redacted] • [redacted] • 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 vorhanden; FG36 kümmert sich; • [redacted] ○ Wann kommunizieren wir bestätigte Fälle an internationale Gremien? → nur wenn §12 IfSG vorliegt, oder innerhalb von 24 Stunden keine Meldung erfolgt ist
5	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Maßnahmen angepasst, FAQ online
6	**Klinisches Management** • Experimentelle Therapeutika, rein supportive Therapie; spezifische medikamentöse Therapie existiert nicht; bei MERS und SARS wurden off-label Medikamente eingesetzt, teils z.B. mit Kortikosteroiden; [redacted]
7	**Transport (Grenzübergangsstellen)** • 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 beispielsweises „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); [redacted] • [redacted] • [redacted]
8	**Informationen aus der Koordinierungsstelle** • Hoher Arbeitsaufwand; seit 23.01.2020 örtlich im Lagezentrum; Erweiterung personell in Arbeit (RKI-übergreifend); • [redacted]
9	**Andere Themen** • [redacted] • [redacted] • Anfragen im Presse Info-Postfach zu chinesischen Importwaren; FG32 versucht richtigen Ansprechpartner herauszufinden (ähnlich Ebolafieber) sodass eine FAQ erstellt werden kann. • Beteiligte OEs müssen Mindestbesetzung durch 1-2 Personen sicherstellen am Wochenende, Koordinierungsstelle koordiniert die Abfrage und Liste;
10	**Nächstes Treffen:** Serientermine montags und freitags, 13-14.30 Uhr, Einladungen sind versandt

011 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-01-27.pdf

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,*** [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler (Telefon)
  - Lars Schaade
- Abteilung 3-Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG-Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- Rechtsreferat
  - [redacted]
  - Joachim-Anton Mehlitz
- P4
  - [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema
1	Aktuelle Lage • 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) • 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. • Erste Mensch-zu-Mensch-Übertragung außerhalb Chinas in Vietnam nachgewiesen (Übertragung von Vater zu Sohn). Alle anderen Fälle außerhalb Chinas hatten eine Reiseanamnese Wuhan. **Erkenntnisse zum Erreger** • 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). [redacted] • [redacted] • 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. • Es wird weiterhin an der Inkubationszeit mit bis zu 14 Tagen festgehalten. **Infektionsschutz (FG14)** **Rückmeldung aus TK am 27.01.2020:** • 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. [redacted] Dieses Verhalten in Asien bezieht sich aber nicht nur auf nCoV-Lage, sondern generell auf die saisonale Grippe und auch auf Luftverschmutzung. ***ToDo: Bitte den Aspekt Mund-Nasenschutz auch mit einem kurzen Text in den FAQs adressieren und dann auch bei Influenza FAQs entsprechend anpassen.***

	• 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	**Aktivitäten und Maßnahmen in Deutschland** • 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 [redacted] 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. [redacted] **Flughäfen:** • 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. • [redacted] 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/).
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

IBBS:
Klinisches Management

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

	[redacted]
3	**Aktuelle Dokumente** **Risikogebiete:** • 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. **Dokument zu Modellierung:** • Das interaktive Dokument (inkl. kurzer Begleittexte und Verlinkung zur entsprechenden RKI-Webseite) zur Modellierung wird heute fertig. Die Modellierung ändert sich mit Situationsänderung. [redacted] **BZgA:** • 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. • [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted]

	• [redacted]
4	**Presse -Kommunikation – Update** • 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 ***ToDo: Ggf. die FAQs etwas genauer formulieren, z.B. bzgl. Desinfektion (Wischflächen), etc.*** • 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. ***ToDo: Bitte PDF-Version bereitstellen.*** • PHE bietet aktuell einen Blog zum nCoV-Geschehen an. Aktuelle kann dies von Presse nicht bedient werden. ***ToDo: ZIG3 prüft Machbarkeit und gibt Rückmeldung.*** **Lagebericht:** • Seit letztem Freitag täglichen Lagebericht (INIG, ZIG3, FG32, FG36) • Bitte weiterhin den Lagebericht täglich, immer am Nachmittag • Bitte den Wochenbericht am Di zusätzlich. • [redacted] • 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). [redacted]
5	**Labordiagnostik:** • INV-Diagnostik; Verdachtsproben sollten auch auf andere resp. Erreger getestet werden. In den Empfehlungen wird nicht explizit beschrieben wer diese vornehmen soll. [redacted] • [redacted] • [redacted]

	• [redacted] • [redacted] • [redacted]
6	**Informationen aus der Koordinierungsstelle** • 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	**Andere Themen** [redacted] • [redacted] • [redacted]
8	**Weitere Dokumente** • Informationen für Reiserückkehrer • Information/ Checkliste für ambulante Versorger • Ärzteblatt neue Anfrage für weitere Fragen • FAQs etwas genauer z.B. für Desinfektion (Wischflächen) • [redacted] • [redacted]
9	**Nächstes Treffen:** Freitag 31.01.2020 um 13 Uhr, [redacted]

012 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-01-28.pdf

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,*** [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abteilung 1-Leitung
  - Martin Mielke
- Abteilung 3-Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG-Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG18
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema
1	**Aktuelle Lage – erster Fall in Deutschland** • Erster Fall in Bayern bestätigt. [redacted] • Aufgrund des Falles muss davon ausgegangen werden, dass eine Übertragung von 2019-nCoV von einer asymptomatischen Person möglich ist. • [redacted] • [redacted] • [redacted] Gemäß § 16 IfSG, Absatz 3, können Gesundheitsämter anordnen, dass die Probe zum KL geschickt wird. [redacted]
2	[redacted] • [redacted] ***TODO: ZIG1 prüft, in welchen Städten in China von einer anhaltenden Übertragung von 2019-nCoV in der Bevölkerung ausgegangen werden kann.***
3	**Aktivitäten und Maßnahmen in Deutschland** • **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. [redacted]

	• **Evakuierung von Deutschen aus China:** Frankreich, USA und die UK haben alle Empfehlungen zur Quarantäne für Reiserückkehrer. Das 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 setzten. [redacted] ***TODO: IBBS erstellt ein Informationsblatt für Reiserückkehrer (siehe auch Vorlage vom ECDC).*** • [redacted] • [redacted] • [redacted] 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.
4	**Nächstes Treffen:** Mittwoch, 29.01.2020 um 13 Uhr

014 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-01-29.pdf

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,*** [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abteilung 1-Leitung
  - Martin Mielke
- Abteilung 3-Leitung
  - Osamah Hamouda
- BZGA
  - -
- ZIG-Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS 2
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

Lagezentrum des RKI

TOP	Beitrag/Thema
1	**Aktuelle Lage – International** • >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 Frankreich hat „EU-civil protection“ aktiviert (Repatriierung französischer Staatsbürger) • Aktuell erstellt die INIG eine Lineliste zu reiseassoziierten Fällen außerhalb Chinas. ***ToDo: Bitte diese Lineliste teilen sobald sie verfügbar ist.*** **Aktuelle Lage – National** • 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. • [redacted] • [redacted] • Die Proben in München wurden von [redacted] earbeitet. Ihm liegen Anamnesedaten zu den Proben vor. ***ToDo: Bitte Kontaktdaten von [redacted] zur Verfügung stellen.*** • Es ist derzeit keine Aussage zu einem Virusnachweis bei asymptomatischen Fällen möglich (vor Symptombeginn, nach Symptombeginn). **Repatriierung:** • [redacted] • [redacted]

	[redacted]
2	**Risikobewertung** • 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	**Risikogebiete** • 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.**

	ToDo: Presse: Bitte die Informationen auf der Webseite strukturieren: ***1. Seite: Risikogebiete, nach Falldefinition eingestuft auf Grund anhaltender Übertragung in der Bevölkerung (als Verlinkung von der Falldefinition und dem Flughafenposter);*** ***2. Seite: Epidemiologische Informationen: Surveillance nach Fällen und Regionen, die keine Risikogebiete)*** ***ToDo: Presse: Bitte den Link zu den Risikogebieten nicht ändern, da hierauf diverse Dokumente verweisen, z.B. Passagierinformation Flughäfen mittels QR-Code!*** ***ToDo: Bitte die Karte mit betroffenen Provinzen wieder auf der Webseite zur Verfügung stellen.***
4	**Kommunikation** • [redacted] • [redacted] • Publikation Ärzteblatt und Lancet ***ALLE THEMEN VERTAGT auf 30.01.2020.***
5	**Rechtliche Rahmenbedingungen** **IfSG-Koordinierungs-VwV:** • 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. [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]
6	**Labordiagnostik** [redacted] • [redacted]

	• [redacted]
7	**Surveillance-Anforderungen** • Meldungen, Umsetzung in SurvNet ***THEMA VERTAGT auf 30.01.2020.***
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
9	**Klinisches Management** • Es wird kurz von Unsicherheit im Kontaktmanagement bzw. der Isolierung im Krankenhaus berichtet. ***ToDo: Bitte Information für Ärzte für die Webseite erstellen: Isolierung im Krankenhaus/ Kontaktmanagement.***
10	**Transport (Grenzübergangsstellen)** [redacted] • [redacted] • [redacted]
11	**Informationen aus dem Lagezentrum** **Unterstützung, Erreichbarkeiten:** • 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	**Weiteres** • 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. Anmerkung: Der Empfängerkreis der beiden Berichte ist unterschiedlich. ***ToDo: Die beiden Berichtersteller stimmen sich ab und erarbeiten einen konkreten Vorschlag, der in der AG-Lage-Sitzung besprochen wird.*** • [redacted]
13	**Tägliche AG-Lage-Sitzungen,**

Lagezentrum des RKI

	Nächstes Treffen: Donnerstag, 30.01.2020, 11-12 Uhr im [redacted]

016 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-01-30.pdf

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,*** [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
  - [redacted]
- Abteilung 1-Leitung
  - Martin Mielke
- Abteilung 3-Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZBS 1
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- Datenschutz
  - [redacted]
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema
1	**Aktuelle Lage - International** • >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 **Aktuelle Lage - National** • 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 erstem 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. • [redacted] 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. → 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 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. [redacted] • [redacted] • [redacted] • Ein Ausbruchsteam des RKI (PAE, FG 32) ist unterwegs nach Bayern um die Kollegen vor Ort bei der KoNa und Datenerhebung zu unterstützen. • Risikobewertung: Aktuell kein Anpassungsbedarf, bleibt bestehen
2	**Kommunikation** • Diverse Krankenkassen, Bayern und Berlin haben Hotlines zu 2019-nCoV eingerichtet. • [redacted] • [redacted] • Die Risikogebiete auf der RKI-Webseite wurden aktualisiert(Karte mit Inzidenzen; Tabelle mit Fallzahlen), nach wie vor wird die Provinz Hubei als Risikogebiet definiert. • 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. • Präs war gestern erneut im Gesundheitsausschuss und Unterausschuss globale Gesundheit: sehr viel Lob und Dankbarkeit für RKI-Arbeit. ***ToDo: nach Abstimmung Verbreitung/Veröffentlichung des angepassten Flughafen Posters***
3	**Labordiagnostik** • 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. [redacted] • [redacted] • [redacted]
4	**Surveillance-Anforderungen** • [redacted] • [redacted] [redacted]
5	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**

	• Es gibt sehr zahlreiche Anfragen zu möglichen/notwendigen Maßnahmen. [redacted] 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 gewonnen. Sobald mehr Evidenz vorhanden ist, kann die Machbarkeit/zusätzliche Belastung eines Ratgebers ausgewertet werden. • 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? ***ToDo: Aufgabe Kontaktpersonenmanagement nach Abstimmung asap auf RKI-Webseite*** [redacted] • [redacted]
6	**Klinisches Management** • Alles oben (Situation national) abgehandelt

	ToDo:
7	**Transport (Grenzübergangsstellen)** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]
8	**Informationen aus dem Lagezentrum** • 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 ***ToDo: Unterstützung des LZ bei der Redaktion von Newsletter, EpiBull Artikel, Lage-AG Protokollen?***
9	**Nächstes Treffen:** Freitag, 31.01.2020 um 13:00, [redacted]

018 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-01-31.pdf

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,*** [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abteilung 1-Leitung
  - -
- Abteilung 3-Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZBS 1
  - [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- Datenschutz
  - [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema
1	**Aktuelle Lage - International** • 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; 213Todesfälle (alle in China). ***ToDo: Bitte auch ergänzen: Anzahl neuer Fäll nach Provinzen.*** • 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. **Aktuelle Lage - National** • 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. [redacted] • 2. Gespräch mit der chinesischer Indexpatientin (teilweise auf Chinesisch mit Unterstützung von [redacted]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 unbekannte) 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. [redacted]. **Kontaktpersonennachverfolgung**: • Das RKI unterstützt [redacted] 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 [redacted](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.

	[redacted] • [redacted] • [redacted]
2	**Kommunikation** **Öffentlichkeitarbeit:** • 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?nn=13490888). • [redacted] • [redacted]

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] ***ToDo: VPRÄS fragt bei BMG nach wie das Produkt aussehen soll.*** **Übersetzung von RKI-Dokumenten:** • [redacted] 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. ***ToDo: Bitte an [redacted] (MF 4) den Lagebericht ins englische zu übersetzen.***
3	**Labordiagnostik** • 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. • [redacted] • FG 17: In der normalen saisonalen virologischen Surveillance kann 2019-nCoV über die AGI mit überwacht werden (zusätzlich zu RSV, Rhinoviren, INV).
4	**Surveillance-Anforderungen** **Infobrief, Meldeverordnung:** • Der Infobrief wurde versendet. • [redacted] Sie basiert auf der Meldeverordnung der aviären Influenza. Die Labormeldepflicht wurde auch berücksichtigt. • In kürzester Zeit gab es für die Erstellung des Infobriefs eine datenschutz-bezogene, eine rechtliche und eine technische Klärung. Die Zusammenarbeit hat sehr gut geklappt.
5	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **FAQ zu kontaminierten Oberflächen ausreichend klar? FAQ zu Umgang mit Gepäck am Flughäfen**

	• Es gibt zu kontaminierten Oberflächen bereits FAQ, die aber sehr technisch sind. [redacted] • 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. ***ToDo: FG14: Bitte entsprechende Überarbeitung der FAQ.***
6	**Klinisches Management** [redacted] • [redacted]
7	[redacted] • [redacted] • [redacted]
8	**Informationen aus dem Lagezentrum** • 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. [redacted] • Besetzung LZ am WE: Leitung: Samstag: [redacted], Sonntag: [redacted] plus jeweils 4 Personen für die anderen Positionen; Presse ist telefonisch erreichbar [redacted]; 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) ***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.***
9	**Nächstes Treffen:** Montag, 03.02.2020, 13-14:30 Uhr, [redacted]

020 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-03.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lothar Wieler

Teilnehmende:

- [redacted]
  - [redacted]
- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abteilung 1-Leitung
  - Martin Mielke
- Abteilung 3-Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG-Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]

Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **Aktuelle Lage – National** • 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. • [redacted] **Bayern – Stand der Kontaktpersonennachverfolgung** • Das RKI unterstützt die Kontaktpersonenachverfolgung 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. [redacted] • [redacted] **RLP: 2 Fälle unter Repatriierten** • 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. • [redacted] **Verdachtsfälle aus anderen Bundesländern, Negativteste** • Mehrere Verdachtsfälle wurden von den Ländern gemeldet, die später alle negativ getestet wurden. • [redacted] • [redacted] • Der Föderalismus ist eine Herausforderung, es gibt z.B. 3 verschiedene Softwarsysteme zum Datenaustausch. DEMIS soll dies verbessern.	FG36 FG36/ FG 32 IBBS FG36/ AL3 FG32

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Aktuelle Lage – International** • 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. **Risikogebiete** • 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	**Erkenntnisse über Erreger** **Asymptomatische Übertragung, Ausscheidungsdauer** • 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. **Einordnung Schweregrad** • Am RKI wurden im Bereich der Influenza Surveillance-Instrumente zur entwickelt (AGI/SEEDARE, GrippeWeb,	FG36

	ICOSARI), die zur Schwereinschätzung auch bei nCoV verwendet werdet können. • Ein Vergleich der Daten deutscher Pneumonie-Patienten aus ICOSARI mit einer nCoV-Studie (Chen et. Al., Lancet 2020) zeigt eine vergleichbare Letalität, allerdings e	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Die Risikoeinschätzung des RKI wird wie folgt angepasst: „…Auch weitere einzelne Übertragungen *und Infektionsketten* in Deutschland sind möglich. Die Gefahr für die Bevölkerung in Deutschland durch die neue Atemwegserkrankung *ist aktuell weiterhin* 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. • [redacted] • [redacted] • [redacted]	Alle
4	**Kommunikation** **Öffentlichkeitsarbeit, Hotline** • [redacted] • [redacted] • [redacted]	Presse
5	**Labordiagnostik** • Diagnostikkapazität ist jetzt auch in weiteren Laboren vorhanden, was zur Entlastung des Konsiliarlabors und des RKI führt.	FG17

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	
6	**Surveillance-Anforderungen** **Änderung der Falldefinition** • 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) **Inkrafttreten der Meldepflichtverordnung** • Die Meldepflichtverordnung ist in Kraft und ein Infobrief mit Erklärung wurde versandt. • [redacted] • [redacted]	FG36 FG32 FG32
7	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted]	FG 32/ Präs

	• [redacted] • [redacted] • [redacted]	
8	**Klinisches Management** • 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	**Transport** **Umgang mit Reisenden aus China** • [redacted] **Flughafenposter an Bahnhöfen** • [redacted]	FG 32
10	**Informationen aus dem Lagezentrum** • 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. • Weitere Schulungen wurden durchgeführt, Leitungsebene von Abt 3 hilft bei bestimmten Funktionen.	FG32

	• Langfristig müssen die Kräfte geschont werden, hierfür müssen ggf. auch Projekte und Entsendungen depriorisiert werden. • [redacted]	
11	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Dienstag, 04.02.2020, 11:00-12:30 Uhr, [redacted] • Montag und Freitags 13:00-14:30, sonst 11.-12.30 Uhr	

022 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-04.pdf

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	04.02.2020, 11:00-12:30 Uhr
Sitzungsort:	RKI, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler (per Telefon)
- Abteilung 1-Leitung
  - -
- Abteilung 3-Leitung
  - -
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- [redacted]
  - Mehlitz (per Telefon)
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZBS2
  - [redacted]

- INIG
  - [redacted]
- Datenschutz
  - [redacted]

- [redacted]
- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **Aktuelle Lage – International** • Weltweit 20.639 Fälle • China: 20.480 Fälle (von Gestern + 3.240 Fälle), davon 11.177 (60%) in der Provinz Hubei (inkl. Wuhan). • 426 Todesfälle (alle in China bis auf einen auf den Philippinen) ○ Todesfall in Hongkong: 39 jähriger Mann mit einer Vorerkrankung ○ 2.788 mit schwerem Krankheitsverlauf ○ 632 sind genesen • 25 Länder verzeichnen 159 Fälle, davon: ○ 1 Todesfall (Philippinen) ○ 25 Fälle in Europa (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI) ○ 1 schwerer Krankheitsfall (Frankreich) **Aktuelle Lage – National** • 13 Fälle in Deutschland, davon 9 in Bayern und 4 in Rheinland-Pfalz (derzeit hospitalisiert in Frankfurt). • Ein neuer Fall in Bayern war bereits als Person 1. Grades im Rahmen der Kontaktnachverfolgung der Firma Webasto bekannt. Symptome sind nicht bekannt. Kontaktnachverfolgung ist eingeleitet. • 2 weitere Fälle innerhalb der kohortierten Repatriierten in RLP. Die neuen Fälle gehören der bereits betroffenen Familie, sind symptomatisch und wurden bereist isoliert. **RLP Germersheim** • [redacted] • [redacted] • [redacted]	INIG FG36 Bundeswehr/FG 32
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Erreger Steckbrief**	

	• Ist in Bearbeitung **Literatur** • Es wurde angeregt eine zentrale Literatursuche bzw. Abfrage zum Thema „nCOV“ beispielsweise durch die Bibliothek zu erstellen und zu aktualisieren.	FG36 FG 36
3	**Aktuelle Risikobewertung** [redacted] • [redacted]	Alle
4	**Kommunikation** **Presseanfrage zu Quarantäne bei Reiserückkehrern aus Risikogebieten** • [redacted] • **Empfehlungen zur Händedesinfektion/externe Kommunikation** • Händedesinfektion soll nicht aufgenommen werden. Fokus soll auf Nies- und Hustenhygiene gelegt werden.	Presse/Bundeswehr FG14/FG 36
5	**Labordiagnostik** • Eine Unterscheidung zwischen nCoV und SARS ist mit der PCR möglich. • [redacted]	FG17, ZBS1

6	**Surveillance-Anforderungen** **Integration nCoV in virologische Influenza Surveillance** • 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. Diese zeitliche Verzögerung ist bei der aktuellen Lage nicht angezeigt. TO DO Datenschutz und rechtliche Grundlagen bis 07.02.2020 klären.	FG 17/ FG36
7	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**	
8	**Klinisches Management** **Empfehlungen zu Abfallentsorgung** • Abfallentsorgung im Labor ist geklärt durch bestehende Vorgaben • 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 morgen erneut auf die Agenda [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted]	ZBS2 FG14 IBBS FG37/IBBS
9	**Transport** **Kontaktnachverfolgung(KONA) Flüge** • [redacted]	FG 32

	[redacted] • [redacted]	FG 32
10	**Informationen aus dem Lagezentrum** • Gute Unterstützung durch zahlreiche Fachgebiete im Lagezentrum.	FG32
11	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 05.02.2020, 11:00-12:30 Uhr, [redacted]	

024 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-05.pdf

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, [redacted]

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
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- L1 Rechtsreferat
  - [redacted]
  - Joachim-Martin Mehlitz (per Telefon)
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZBS2

- [redacted]
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- Datenschutz
  - [redacted]

- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • >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 **National** • Stand von gestern: 12 Fälle inkl. derer in Germersheim, 8 stehen in Verbindung mit der Webasto-Infektionskette, 7-8 der Fälle wurden offiziell übermittelt • [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] **Informationen für Ärzte** • Großer Bedarf an Informationen für Ärzte: Gestern fand ein Gespräch mit der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) statt, RKI bereitet Flussschema für ambulanten Bereich vor, das bald	ZIG1/FG36 FG36 [redacted] IBBS/ZIG AL3 alle

	abgestimmt (AGI) und veröffentlicht wird, dies sollte breit gestreut werden (Fachgesellschaften, ggf. BZgA, ÖGD, STAKOB, DÄB, etc.) • Während der Grippe-Pandemie hat BZgA Ärzte informiert, RKI soll nun Schreiben (für BZgA) vorformulieren • Mittwoch 12.02.: 2019-nCoV-Webinar für ÖGD mit [redacted] als Fachexperte, organisiert von IBBS • RKI Flussdiagramm ist in 3. Version im DÄB erschienen, muss noch mit aktualisierter Falldefinition abgestimmt werden *ToDo: RKI soll ein Schreiben für BZgA vorformulieren* **Falldefinition** • 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 *ToDo: Flussschema für ambulanten Bereich abstimmen, fertigstellen, veröffentlichen/streuen*	alle
2	**Erkenntnisse über Erreger** • 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 [redacted] 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, das Infektion so eindringen kann und Verwendung von Schutzbrillen bzw. Visier empfehlen • Shedding: nCoV hat zusätzliche multibasische Furin-Spaltestelle, [redacted]-Hypothese ist, dass 2019-nCoV sich auch	alle INIG FG14 alle

	durch effektiveres und längeres shedding von SARS unterscheidet **Bundeswehr** • Vortrag von [redacted] wird nach Rücksprache ggf. ans LZ geschickt, wäre hilfreich für Risikobewertung	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • 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 • [redacted] 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 *ToDo: Fertigstellung der Kriterien für Risikobewertung (Entscheidung hierzu am 04.02.2020)* *ToDo: tägliche Aktualisierung der Graphen zu Inzidenzen und Fallzahlen pro chinesischer Provinz (INIG)* *ToDo: [redacted] kann heute Nachmittag [redacted]* **Bundeswehr** • 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	**Kommunikation** **Öffentlichkeitsarbeit** • 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

	• 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 [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	
5	**Labordiagnostik** • 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 • [redacted] • 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 zugeordnet 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	FG17, ZBS1 ZBS2

	ToDo: Absprache auch mit Abt. 2 und KL bezüglich serologischer Testmöglichkeiten/seroepidemiologischer Studien (in der Zukunft)	
	Klinisches Management **Entlassungsmanagement** • 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; [redacted] • Ausscheidung über Stuhl erfordert andere Schutzmaßnahmen • [redacted] • [redacted] • 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 *ToDo: Entwicklung einer Haltung bzw. Empfehlung zu Krankenhaus-Entlassungskriterien, muss mit Bayern abgestimmt werden* • 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 [redacted] *ToDo: Sammlung der Fragen an die Kollegen in China, IBBS Federführung*	IBBS/FG14/ FG37 alle
	Maßnahmen zum Infektionsschutz • 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	

Transport

FG 32

Maßnahmen an Flughäfen

- 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)

AGI

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- Risikogebiete werden sich voraussichtlich ausweiten, wir können epidemisches Geschehen nicht stoppen sondern lediglich verlangsamen

ToDo: wenn Bundesländer sich auf einen Kompromiss eines abgestuften Vorgehens einigen, sollten wir dem nicht im Wege stehen

Kontaktpersonennachverfolgungen Flugzeug

- [redacted]

	[redacted] • Frage der praktischen Isolierung/Entscheidung zu Quarantäne und der Kostenübernahme wenn Rückreise verschoben wird bleibt offen	
	Informationen aus dem Lagezentrum • [redacted] *ToDo: Lagebericht kann auch breiter geteilt werden, Kommentar „nur für Behörden für internen Gebrauch" soll darauf bleiben*	FG32
	Andere Themen • Maßnahmen am RKI: Schutzausrüstung bzw. Maßnahmen nur bei begründetem Verdacht, IBBS hatte eine Anfrage Schulung zur Dekontaminierung durchzuführen, abgelehnt • Nächste Sitzung: Donnerstag, 06.02.2020, 11:00-12:00 Uhr, [redacted]	

026 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-06.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- L1 Rechtsreferat
  - [redacted]
  - Joachim-Martin Mehlitz (per Telefon)
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]

- Datenschutz
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr:[redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • >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 **National** • Keine neuen Fälle seit gestern **BMG/Bundeswehr** • 30 weitere deutsche Staatsangehörige sollen mit britischer Luftwaffe nach Europa repatriiert 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 **Informationen zu laborbestätigten bzw. klinischen Fällen in China** • 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 • [redacted]	ZIG1/FG36 AL3, Präs

	[redacted] • RKI soll „private intelligence“ aktivieren um mehr Informationen zu erhalten und Erreger besser zu verstehen	
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Epi-Matrix** • Keine neuen Erkenntnisse seit gestern zu berichten • 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/Publikationen, sollte geklärt werden *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*	FG36/ZIG1
3	**Aktuelle Risikobewertung** • 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 • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Genomdaten können hier hilfreich sein, Genomsequenz des 1. Bayerischen Falls direkt in Wuhan-Wolke • Rückkehrer aus Risikogebieten=Kontaktpersonen Kategorie 1 • 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	alle

bald ausgedehnte Übertragungsnetzwerke und ggf. exportierte Erkrankungen

- [redacted]
- 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
- 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
- [redacted]

[redacted]

[redacted]

ToDo: Walter Haas fragt Kollegin am CDC wie sie Risikogebiete definieren

ToDo: Morgen in Lage-AG neue Bewertung der Erweiterung der Risikogebiete, AGI bereits informiert und trägt Entscheidung mit

ToDo: Presse Karte mit Inzidenzen muss online aktualisiert werden

RKI Einschätzung auf Homepage

- Bleibt vorerst so

4	**Kommunikation** • 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 Infektiösität 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 *ToDo: Presse Korrektur der Länger der Infektiösität auf Webseite* **Kommunikationsstrategie vulnerable Gruppen (respiratorische Vorerkrankungen)?** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • 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-Internettext um Bemerkung hierzu ergänzt werden? *ToDo: Presse und FG36 Fertigstellung des Dokumentes zu Übergang von Containment zur nächsten Phase, aktuell bei FG36* *ToDo: Bitte bis morgen überlegen, ob RKI-Aussage gegen Stigmatisierung notwendig ist, soll auf Agenda für morgen (07.02.)* [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	Presse alle

	• [redacted] [redacted] • [redacted]	
5	**Labordiagnostik** • Keine Neuerungen, alle Assays (auch neue) stehen, morgen trifft Virusisolat aus München ein • [redacted] • Virus von Charité erhalten, aktuell in Anzüchtung, vorerst informell	ZBS1/FG17
	Klinisches Management • [redacted] • Berichte über klinische Situation: Bitte an Bayern um Text für interne Kommunikation zu übermitteln **Verlegung von Patienten** • Krankenhäuser kein gutes Setting da Übertragungsrisiko und viele vulnerable Patienten • 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 • München: aktuell 6 Patienten von denen 5 beschwerdefrei, 1 mit Pneumonie und symptomatisch, keine intensivmedizinische Betreuung notwendig • [redacted] • [redacted] *ToDo: FG14 Entwurf zu Hygienemanagement zeitnah (an LGL?) schicken*	IBBS IBBS/FG14
	Maßnahmen zum Infektionsschutz **Dokument zum Anlegen von PSA**	

	• [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted]	Alle
	Surveillance **Spezielle Meldebögen für nCoV** • 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 *ToDo: Ans RKI übermittelte Verdachtsfälle in Lagebericht aufnehmen*	Presse/FG36/LZ
	Transport **Flughafendokument: Umgang mit Kategorie 2 Kontaktpersonen** **Kontaktpersonennachverfolgungen Flugzeug** *ToDo: ggf. bei nächster Lage-AG zu besprechen*	
	Informationen aus dem Lagezentrum • Weitere Unterstützung durch FGL sehr gut und notwendig • Internationale KoNa große Herausforderung, Schulung hierzu hat stattgefunden, mehr erfahrene MA sind notwendig	FG32
	Andere Themen • 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, [redacted]	

028 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-07.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- L1 Rechtsreferat
  - [redacted]
  - Joachim-Martin Mehlitz (per Telefon)
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZBS2
  - [redacted]
- INIG

- [redacted]
- [redacted]
- Datenschutz
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • 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 **National** • 13 bestätigte Fälle, neu: Frau der Familie von Webasto-MA, Kinder bereits positiv, mehrmals beprobt und jetzt Infektion bestätigt **Bundeswehr** • [redacted] • [redacted] **Risikogebiete** • 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. *(Durchführbarkeit von Maßnahmen in Deutschland)* • [redacted]	ZIG1/FG36 FG36 alle

	• 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 *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* **Einschätzung auf der Homepage** • 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	**Aktuelle Dokumente, Kommunikation - Update** [redacted] • [redacted] • Empfehlungen sollen dennoch auch als generell nicht nur nCoV gesehen werden • Steuerung auf verlässliche Informationsquellen (z.B. RKI) **Presse** • Anpassungen auf der Webseite sind heute notwendig: Inzidenzkarte, Fälle, Hygienemaßnahmen **RKI 2019-nCoV-Webseite** • Falldefinition Anpassung in 3. Version auch in AGI diskutiert, jetzt Verabschiedung und Kommunikation? 1. Person mit erfülltem *klinischen Bild* oder unspezifischen Allgemeinsymptomen UND *Kontakt* mit einem *bestätigten* Fall mit 2019- nCoV (s. Ordner Falldefinition) 2. Unverändert Klinisches Bild: Person mit akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere mit oder ohne Fieber	Presse, alle FG36/alle

	• Ansteckungsdauer unter Kontaktpersonenmanagement: „Das 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 • Kann anschließend noch Kollaboration mit Labor um zu definieren, X PCR-Test *ToDo: Walter Hass schickt überarbeitete Falldefinition an Presse – soll mit Änderungsdatum und nebst Flussschema heute noch auf Webseite* *ToDo: Presse Anpassung Ansteckungsdauer unter Kontaktpersonen-management* **Lageberichte Versand auch am Wochenende** • GA-Übermittlung von Fällen am Wochenende eher unwahrscheinlich, Bericht enthält aber auch „zusätzliche Informationen“ • Beschluss: Lagebericht auch am Wochenende, soll nicht immer durch FG36 sondern in Zukunft auch durch Position im LZ abgedeckt werden *ToDo: Lagebericht auch an beiden Tagen am Wochenende* **Lagebericht: Darstellung des Clusters mit repatriierten Personen in der geographischen Darstellung? (Problem: Meldekreise der Repatriierten)** • Karte der Fälle in Lagebericht, Melde/ Ursprungswohnort nicht so sinnvoll, besser Infektionsort (also nur in Deutschland akquirierte Infektionen) oder weglassen • Beschluss: Karte raus aus Lagebericht *ToDo: Geographischer Darstellung der Fälle raus aus Lagebericht* **Kommunikation von Verdachtsfällen** • 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“ *ToDo: Übermittelte Verdachtsfälle 1-mal die Woche veröffentlichen*	FG32/FG36/ alle FG32/FG36/ alle Alle
	Transport und Grenzübergangsstellen **Flughafendokument Reiserückkehrer** • [redacted]	FG32

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG32
	Internationales/Globale Entwicklungen • [redacted]	ZIG
5	**Labordiagnostik** **Virologische Surveillance: regulatorische, rechtliche, personelle und finanzielle Dimensionen (LZ Aufgabe ID 113)** • 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 Flussschema 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?	AL1/FG17/ZBS1

	• Indikation Differentialdiagnostik als Option in Flussschema enthalten **Integration nCoV in AGI-Sentinel (LZ Aufgabe ID 99)** • Ziel Sentinel Surveillance ist Prävalenzmonitoring, hat nicht Meldesystem als Basis sondern stellt eine Ergänzung dar, AGI Sentinel soll nicht umgebaut oder aufgehalten 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 *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* **ZBS1** • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted]	AL1/FG17 ZBS1 ZBS2

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	
	Andere Themen • Nächste Sitzung: Montag, 10.02.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	

030 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-10.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- L1 Rechtsreferat
  - Joachim-Martin Mehlitz
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- Datenschutz
  - [redacted]

- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	
	International
	• 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
	  ○ In Jiangsu (Provinz mit weniger Fällen) anscheinend 2 Städte unter Quarantäne, Information nicht bestätigt
	  ○ An wie vielen der Orte mit exportierten Fällen gibt es lokale Transmission? INIG untersucht dies
	  ○ Weitere Analyse der Kurven und Tendenzen sinnvoll, Achtung: Fallkurven basieren auf Meldedatum und nicht Symptombeginn
	  ○ Cluster in Frankreich: spät aufgefallen und überraschend wenige Kontaktpersonen (trotz Schule)
	  ○ FG36 hat CDC zu deren Risikogebietsdefinition kontaktiert: noch keine Antwort
	• Weitere Unterstützung in BY durch RKI?
	(wurde nicht besprochen)
	
	National
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	[redacted]
	• [redacted]
		ZIG1
		
		FG36
		
		FG36
		
		[redacted]
		
		AL3

2	**Erkenntnisse über Erreger**	

	• Guan et al, non peer-reviewed Preprint Paper zu clinical caracteristics, 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 [redacted] • [redacted]	Alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Neuer Text zu Risikobewertung für deutsche Bevölkerung für RKI-Internetseite verfasst, Vorschlag von Lage-AG verabschiedet, kommt auf Homepage NACHTRAG: Wird noch von Minister im Gesundheits-ausschuss besprochen, Frist Mittwoch	Alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted]	BZgA

	• [redacted]	Presse/INIG
	RKI-Internetseite, Kenntlichmachung von Änderungen in RKI Dokumenten zu jeweils vorherigen (z.B. farbliche Markierung geänderter Textpassagen) • (wurde nicht besprochen)	
	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 *ToDo: Presse verlinkt zu WHO-Webseite für Fallzahlendetails in China (pro Provinz)*	FG33
	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 *ToDo: Osamah spricht mit FG33 über STIKO-App-Nutzung*	FG36 FG36
	Schulung/Einbindung der Terminservicestellen der KVen • (wurde nicht besprochen)	
	RKI-Veröffentlichungen + Studien • Publikation über Bayern-Ausbruch beinah 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 Kommunikations-strategie (Absprache FG17/FG36); erste Mitteilung hierzu muss an teilnehmende Ärzte gehen • [redacted] hat gesagt alle Patienten mit Atemwegserkrankungen sollen auf 2019-nCoV getestet werden, Flussschema beinhaltet Empfehlung zu Differentialdiagnostik *ToDo: Am Freitag wird neuer Stand zur 2019-nCoV-Integration in AGI-Sentinel berichtet*	FG32/LZ
	[redacted]	

	• [redacted] • [redacted] • 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 • Strukturierung der 2019-nCoV-Webseite ist anpassbar um bei Bedarf bessere Übersicht zu ermöglichen • Ratgeber hat große Abstimmungsrunde, wenn Krise vorbei ist und wir mehr wissen ist er vielleicht nicht mehr so notwendig • Terminologie: Begleitdokument (zu Empfehlungen) und nicht Ratgeber? Zusammenfassung der wesentlichen Informationen in ein Papier *ToDo: IBBS bereitet Aufschlag vor und arbeitet dann mit Abt. 3 hieran*	BZgA IBBS/Abt.3/ alle
5	**Aktivitäten und Maßnahmen in Deutschland** **Umgang mit Rückkehrern aus Risikogebieten** [redacted] • [redacted] • [redacted] • AA muss angeben was es für Einreisende aus China nach Deutschland für Konsequenzen gibt *ToDo: AGI TK morgen, Drängen auf Veröffentlichung der Empfehlungen für rückkehrende aus Risikogebieten* **Einstufung Kontaktpersonen im Flugzeug** • 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	FG32 FG32

	• Unter Berücksichtigung diverser Aspekte: Zeitverzug, Verfügbarkeit von Allgemeininformationen, Möglichkeit, dass Fluggesellschaften Passagiere pauschal informieren, werden die zwei Reihen um Fall beibehalten und die anderen nicht als Kontakte definiert (siehe KoNa Management Webseite) *ToDo: „>2 Reihen" aus Kategorie 2 Kontakten in der Tabelle streichen*	
	Forecasting/Modellierung der Anzahl der schweren Fälle hinsichtlich der benötigten Krankenhauskapazitäten + PPE (Aufgabe FG36 und FG37) • 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 Arbeits-schutzmaterialien, 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 *ToDo: FG36 und FG37 besprechen wo die Prioritäten liegen, P4 kann bei Bedarf involviert werden, keine (zeitnahe) Frist*	Alle
	Papier zur ambulanten Führung? • 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?	IBBS/FG14/ FG37
	Entlassungsmanagement von bestätigten Fällen • Wird heute Nachmittag in einer TK mit Bundeswehr und Klinikern besprochen, hinterher Rückmeldung an Lage-AG	IBBS
	2019-nCoV-Empfehlungen für Einsatzkräfte, inkl. PSA (Aufgabe ID 70) • Einsatzschema fertiggestellt und abgelegt unter Themen, Seuchenhygienisches Management, enthält Empfehlungen zu wann welcher Schutz notwendig ist, bereits gecheckt mit Polizei Berlin *ToDo: Veröffentlichung so bald grünes Licht von IBBS*	IBBS

	Quarantäne der Repatriierten: Fragen aus BE zu (1) Rhythmus der Testung (2) Voraussetzung für Beendigung der Quarantäne • [redacted] • Die Bundesländer wollten diese Entscheidungen treffen und verantwortlich sind die Seuchenreferenten der Bundesländer, aneinander verweisen zum Austausch **Häusliche Quarantäne/** • IBBS macht Erstaufschlag zu leicht verständlichen Empfehlungen für häusliche Quarantäne die anschließend zirkuliert wird (bereits bestehende LZ-Aufgabe) **Medikamentenbevorratung** • 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 *ToDo: IBBS bespricht Auftrag Medikamentenbevorratung mit der o.g. Untergruppe*	LZ IBBS IBBS
6	**Labordiagnostik** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZBS1 FG17
7	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Maßnahmen an Flughäfen (Minister-Vorlage)** • Oben besprochen	FG32
8	**Internationales** • [redacted] (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	ZIG

9	**Informationen aus dem Lagezentrum** • Starke Depriorisierung anderer RKI-Aufgaben in manchen FG/Abteilungen • Schreiben von Anträgen kommt zu kurz, längerfristige Sicherstellung der Anstellung von befristet mitarbeitenden nicht möglich	FG32 alle
10	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Dienstag, 11.02.2020, 11:00-13:00 Uhr, [redacted]	

032 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-11.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- L1 Rechtsreferat
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

Lagezentrum des RKI Ergebnisprotokoll der 2019nCoV-Lage-AG

TOP	Beitrag/Thema
1	**Aktuelle Lage** **International** • 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) **National** • In Germersheim wurden alle Personen inkl. Betreuungspersonal erneut abgestrichen. Bundeswehr gibt Informationen zum Ergebnis weiter sobald vorhanden. • [redacted] • [redacted] **Risikobewertung** • Aktuelle Risikobewertung bleibt bestehen und ist auf der RKI-Webpage veröffentlicht. • WHO Lageeinschätzung wird vom RKI regelmäßig an BMG und BZgA kommuniziert.
2	**Risikogebiete** Siehe Präsentation INIG • 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): **Provinz Hubei** (inkl. Wuhan): Quarantänemaßnahmen seit dem 23.01.2020 **Provinz Zhejiang**: Wenzhou (einschl. Leqing), Hangzhou, Ningbo, Taizhou seit 02.02.2020 **Provinz Jiangsu:** Nanjing und Xuzhou seit dem 04.02.2020 **Provinz Heilongjiang:** Harbin seit dem 04.02.2020

	Provinz Fujian: Fuzhou seit dem 04.02.2020 **Provinz Jiangxi:** Jingdezhen seit dem 04.02.2020 **Provinz Shandong:** Linyi **Provinz Henan:** Zhengzhou und Zhumadian • 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. • [redacted] • [redacted] ***ToDo: INIG: Bitte Inzidenz (Meldeinzidenz) für Shanghai für morgen bereitstellen (auch, wenn Aussagekraft begrenzt ist).*** **Risikoeinschätzung** • 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.
3	**Erkenntnisse zum Erreger**
4	**Aktivitäten und Maßnahmen in Deutschland** **STAKOB-TK zu Krankenhaus-Entlassungskriterien** • [redacted] 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 10^4/ml). [redacted] • [redacted]

	[redacted]
5	**Aktuelle Dokumente, Kommunikation – Update** • [redacted] • 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. **Blog versus live Q and A (Aufgabe ID 56)** • 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.). • [redacted]
6	**Internationales** **Einsätze –** [redacted] • [redacted] • [redacted] **Unterstützung von Partnerländern in Afrika (GHPP)** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • 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 Teilnahme begrenzt sind. • 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. ***ToDo: ZIG teilt Information zu internationalen Veranstaltungen frühzeitig und niederschwellig mit Leitung und Lage-AG, so dass Teilnahme geprüft werden kann.***
7	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Bericht aus TK mit GA von IGV-benannten Flughäfen** • Heute 13 Uhr findet ein Termin zwischen Bundesminister Spahn und Ministern der Länder statt, hier soll das Verfahren festgelegt werden. [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]
8	**Labordiagnostik** **Laborabfrage durchgeführter Tests** • FG17: Abklärung bis Ende der Woche wie viele Testungen bisher durchgeführt wurden (10-12 Labore, + KL (Routine bei Labor Berlin, spezielle Fälle Drosten)). Bei der Abfrage soll GfV/ DVV eingebunden werden. • 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 Absprach 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. • 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.

	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) **Testung asymptomatischer Personen / Sensitivität und Spezifität PCR (Abstrich); PPW, NPW** • 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. ***ToDo: FG17 ([redacted] und Zuarbeit FG36/IBBS): Diagnostik Dokument, Text hinzufügen zu Aussagewert des Test → wann Diagnostik Aussage haben kann ebenso in FAQ anpassen.*** • 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) • [redacted] • 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	**Informationen aus der Koordinierungsstelle** • 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	**Nächstes Treffen** Mittwoch 12.02.2020, 11:00, [redacted]

034 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-12.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- L1 Rechtsreferat
  - Joachim-Martin Mehlitz
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- Datenschutz
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • 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 • [redacted] [redacted] **Risikogebiete** • 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 *ToDo: ZIG1 Vorstellung der angewandten 7 Kriterien für Top Provinzen bis morgen* **Maßnahmen International** • Information zu Maßnahmen in unterschiedlichen Städten/ Provinzen in China ist in Arbeit; Japan hat Einreiseverbot für Provinz Zhejiang etabliert **National** • [redacted]	ZIG1/FG36 ZIG1 ZIG1 FG36

	[redacted] • Klinik: Patienten, die CT-nachgewiesene Pneumonien hatten, geht es viel besser, sind auf dem Weg zur Entlassung	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • 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 • Wird auch innerhalb Bundeswehr erneut in dieser Richtung beraten • Festgelegter Krankheitsname = Covid-19 • Virusname = SARS CoV-2 (bioRxiv),), noch to be confirmed *ToDo: FG17* [redacted] *bestätigt Virusname bis morgen*	alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kurven außerhalb von China mild absteigende Tendenz • Keine Notwendigkeit der Anpassung der Bewertung für Deutschland	alle
4	**Kommunikation** **Handlungsrationale** • Geht heute gegen 15 Uhr online in Absprache mit Minister, nach seinem Pressestatement, Tweet gegen 15:30 um darauf hinzuweisen • 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?“) • Morgen 16:30 Pressekonferenz Leopoldina & Science Media Centre: RKI Präs, Dorsten, Münchner Kliniker, Charité Chef **Englische RKI 2019-nCoV Webseite** • Immer wieder Überlegungen hierzu, aktuell keine Kapazität alle Übersetzungen zu kontrollieren und zu aktualisieren • [redacted] • Generell gerne Lagebericht teilen, Informationen in EpiBull aufführen • Können 2019-nCoV-Fälle demnächst über SurvStat abgerufen werden? Aktuell nein, irgendwann kommt der Zeitpunkt, ggf.	

	Motivation Fälle besser zu melden, Verdachtsfälle werden nicht aufgeführt, SuvStat von (Fach)Öffentlichkeit nicht gut verstanden *ToDo: Abt. 3 (FG36, AL3, FG32) prüft englischen Lagebericht auf vertraulich(ere) Informationen die nicht geteilt werden sollten* *ToDo: Presse kümmert sich darum, gewisse Teile des englischen Lageberichts auf der Webseite zu publizieren* **Kommunikation Abteilungs- und RKI-intern** • Nicht in Lage involvierte RKI-Kollegen haben ggf. auch Informationsbedarf, Lagebericht wird täglich im Intranet veröffentlicht **Aktualisierungsdaten auf Webseite** • 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	
5	**Dokumente** **Rahmenkonzept** • Auftrag von BMG [redacted] 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 *ToDo: FF FG36, Abt. 3 erstellt Gliederung und fordert dann Input anderer OEs* [redacted] • [redacted]	
6	**Labordiagnostik** **Abfrage der Labore durch GS NRZ/KL bereits erste Kontaktaufnahme erfolgt** • Diagnostikkommission hat Ringversuche für 2019-nCoV eingeleitet, warten aktuell auf Rückmeldung um zu gucken welche Labore dies anbieten wollen • [redacted] (Abt. 3) hat Voxco -Abfrage zu durchgeführter Testanzahl erstellt, dazu ein Anschreiben an Labore um über diese regelmäßig Abfrage zu informieren	FG17 AL3

	• 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	**Surveillance** **Mortalitätssurveillance** • [redacted] • [redacted] [redacted] **ICOSARI/bestehende Systeme** • 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 Klientel-verschiebung 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	FG32/FG36/ alle FG32/FG36/ alle

	Landesebene passiert auch verändern? Impact könnte auch indirekt aus ICOSARI mit abgelesen werden, wie groß ist Belastung im Vergleich zu anderen Jahren	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Papier zu Entlassung** • Wurde gestern erneut diskutiert, IBBS hat Papier von [redacted] erhalten, wird nun in STAKOB besprochen, im Entwurfsstadion 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	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Einreisende** • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] *ToDo: IBBS bereitet bereits praktische Empfehlungen von RKI vor* [redacted] • [redacted] • Ausreisedruck aus China wird weiter steigen, wenn Quarantänemaßnahmen zunehmen	FG32/IBBS IBBS
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • (nicht besprochen)	FG32

11	**Internationales** • 11-12.02.2020 WHO top scientists meeting in Genf: [redacted] 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 [redacted], 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	ZIG1
12	**Informationen aus dem Lagezentrum** • 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	FG32
13	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Donnerstag, 13.02.2020, 11:00-12:00 Uhr, [redacted]	

036 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-13.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle: ○ 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 • Kurven beruhen auf Meldedatum und nicht Symptombeginn, nicht klar zu interpretieren • 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“ • Nach vorher eher abnehmenden Fallzahlen ist diese Entwicklung schwer zu interpretieren • Informationen über Fälle: ○ [redacted] ○ ○ ○ ○	ZIG1/FG36 alle

- [redacted]
  - [redacted]
- Risikogebiete:
  - INIG hat Folien mit Anwendung der RKI-Kriterien auf chinesische Provinzen vorbereitet (Link)
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- [redacted]

[redacted]

*ToDo: ZIG1 soll **täglich** Präsentation zu internationaler Lage und Risikogebieten vor Lage-AG Treffen an BZgA und Bundeswehr schicken (Mail an ZIG1bzw. INIG mit Kontakten vom LZ)*

Bundeswehr

- Informationen über Kreuzfahrtschiff wenn vorhanden erwünscht
- [redacted]
- [redacted]

*ToDo: LZ Position internationale Kommunikation Infos über Kreuzfahrtschiff an Bundeswehr **(Bitte an die Position, aktuelle Infos des AA zu dem Thema weiterzugeben)***

National

- [redacted]
- [redacted]

BMG

- Parteipolitische Themen herrschen vor, FAQs online und Hotline eher rückläufig

2	**Erkenntnisse über Erreger** **SARS-CoV-2 ist offiziell** • 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	**Aktuelle Risikobewertung** • Keine entscheidenden Daten um grundsätzliche Risikobewertung zu verändern	alle
4	**Kommunikation** **BZgA** • Laufendes Geschäft, FAQs laufen, nächsten Montag Pressemitteilung zum Thema Schutz vor Atemwegsinfektionen, nicht speziell Coronavirus, Karneval, allgemeine Hygieneregeln **Messe/Massenveranstaltungen** • [redacted] • [redacted] [redacted]	BZgA FG36 Presse
5	**Dokumente** • Teilweise unter anderen Punkten besprochen	Alle
6	**Labordiagnostik** **Abfragen zu Testungen** • [redacted]	FG17/ZBS1

	• RKI geplantes Voxco-Tool wird fertiggestellt und gestartet, manche Labore müssen dann an zwei verschiedene Stellen Bericht erstatten • Diagnostik-Empfehlungen: Hinweis dass Testung für Personen ist, die Falldefinition erfüllen *ToDo: Datenschutz-Clearance der Voxco-Umfrage steht noch aus, Im Anschluss sollte Link an FG17 gehen* ***Aufgabe 205*** **US CDC Schnelltest** • 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 *ToDo: Empfehlung - Asymptomatische Personen sollen nicht getestet werden, FG17, FG36, bereits bestehende Aufgabe?* ***Aufgabe 201***	alle
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Entlassungsmanagement** • [redacted] • Diskussion zwischen Klinikern und Virologen, TK hat am Dienstag stattgefunden und [redacted] am Mittwoch Daten nachgereicht, wird heute Nachmittag in AGI vorgestellt, BMG erwartet Papier ebenfalls • Inhalte: reichen zwei negative PCR oder nicht, nach [redacted] besteht dann vermutlich keine Infektiösität mehr, wenn in der Zellkultur keine Virusreplikation mehr bei 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 • Abstrichsqualität 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	IBBS alle

	• Aktueller Diskussionsstand/Kompromiss: zweimal negative PCR oder im Einzelfall PCR mit Nachweis <10^5/ml, und 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 Symptomfreiheit, Erreger-Nachweisbarkeit, → Länder-Einbezug entscheidend da diese sicherstellen müssen, dass/wie Exposition anderer vermieden wird *ToDo: Papier wurde vor AGI TK als Diskussionsgrundlage zur hoffentlich schnellen Abstimmung an AGI geschickt*	
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] 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 *ToDo: FG36 [redacted] macht Aufschlag zu Handreichung bezüglich KoNa **bzw. KoManagement** in medizinischem Bereich, auch Zuarbeit von FG14 und FG37 (**Aufgabe 230)***	FG36
9	**Surveillance** • 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	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Einigung zu Einreisenden aus Risikogebieten** • 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** **Teilnahme von RKI-ExpertInnen an China-Einsätzen** • [redacted] • [redacted] • [redacted] **RKI Sondermittel** • 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	ZIG Präs
12	**Informationen aus dem Lagezentrum** • Nichts zu berichten	FG32
13	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 14.02.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	

038 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-14.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle: ○ 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). • Risikogebiete: ○ 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). *→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.* *To Do:* [redacted] *diskutiert das Thema beim AF nächste Woche beim ECDC.* ○ FG31 wird INIG unterstützen, den Trend der Fallzahlen darzustellen. ○ [redacted]	ZIG1/FG36/ IBBS alle

	○ [redacted] **National** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Frage, wie problematisch das Virus für HCW ist. Anfangs waren offuíziell 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	**Aktuelle Risikobewertung** • Die aktuelle Risikobewertung bleibt bestehen.	alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] **Management von Personen, die Kontakt zu einem Fall hatten oder im Risikogebiet war** • 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	BZgA FG36 Presse

	Hinweise auf FAQs (BZgA Startseite, Twitter). Gut wäre aber ergänzend eine aktive Information durch die BZgA (Vorlage: Flughafenposter) -> BZgA diskutiert Möglichkeiten intern. • BZgA gibt Hinweise, wie Person sich selber schützen kann, aber nicht, wie Personen andere schützen können. [redacted] **RKI-Pressestelle** • 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	**Dokumente** • Fertig: Dokument zum Entlassungsmanagement, Aussteigerkarten, Poster Flugzeug, Hygienemaßnahmen für nicht-medizinische Einsatzkräfte • Ein Rahmenkonzept COVID-2019 soll erstellt werden. • [redacted]	Alle
6	**Labordiagnostik** **Sonderbudget** • 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. *ToDo:* [redacted] *nimmt Thema in nächste AGI-TK,* [redacted] *wird den Punkt Mittel für KL in der nächsten Telefonkonferenz am Montag mit dem BMG ansprechen.* **ZBS1** • 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. • MultiplexTest auf Proteinebene wird nächste Woche als zusätzliche Diagnostik getestet. **Virologische Surveillance** • 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	FG32/ FG17/ZBS1 alle

	Befundübermittlung gehalten werden. [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted]	
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Entlassungsmanagement** • Papier ist mit AGI besprochen worden und wurde veröffentlicht. Option mit quantitativer PCR wurde gestrichen. **Therapie** • [redacted] • 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. **Bevorratung** • IBBS befasst sich mit der Bevorratungsstrategie (Ergebnisse vermutlich Anfang nächste Woche).	IBBS
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted]	FG36
9	**Transport und Grenzübergangsstellen** • 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	FG32

	Direktflug aus China einreisen, erhalten die Aussteigerkarten auch die Crew von Cargomaschinen. • BMG hat eine Anordnung für die Aussteigerkarten erstellt, die an die Länder geht. Ggf. wird auch proaktiv (Pressemitteilung) auf die Aussteigerkarten hingewiesen. • [redacted]	
10	**Internationales** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] • 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 Unterstützungsmaßnehmen für die deutschen Passagiere auf dem Kreuzfahrtschiff ergriffen werden (Aufgabe des AA - Konsiliargesetz)	ZIG/IBBS
11	**Informationen aus dem Lagezentrum** • 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	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 17.02.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	

040 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-17.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Leitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA: [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle: o Weltweit 71.351 (+2.081), 1.775 Todesfälle (2,5% CFR) o China: 70.639 (+2.053) Fälle, davon 1.772 Todesfälle (2,5%) o Provinz Hubei 58.128 Fälle, Todesfälle 1.696 o 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) o Die CFR liegt in Hubei bei 2,91, im Rest Chinas bei 0,71 und im Ausland bei 0,4. o 9 Länder in WHO Euro Region mit 47 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU) o 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. o [redacted]	ZIG1/FG36/ IBBS/AL3 alle

[redacted]

- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - 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.

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.

- 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“

ToDo: [redacted] *fragt* [redacted]

- Risikogebiete:

	○ Hubei hat nun auch die Nutzung privater KFZs verboten. Die Städte Hunan und Tianjin haben immer noch eine niedrige Inzidenz und werden weiter beobachtet. →*Heute keine Erweiterung des Risikogebietes.* **National** • [redacted]	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Keine neuen Informationen	FG17 alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Die aktuelle Risikobewertung bleibt bestehen.	alle
4	**Kommunikation** **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	BZgA
5	**Dokumente** • 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. • 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.	FG36
6	**Labordiagnostik** **Virologische Surveillance**	FG17/ZBS1

	• AGI-Sentinel mit SARS-CoV-2 Testung soll Anfang März starten. Eine Vorabinformation der AGI Ärzteschaft ist für Ende dieser Woche geplant. **ZBS1** • ZBS1 erprobt gerade, ob SARS-CoV-2 serologisch nachweisbar ist. Das Problem bei der serologischen Testung sind die Kreuzreaktionen. Die Spezifität der Neutralisationstest ist am aussagekräftigsten. • 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.	
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Keine neuen Informationen	IBBS
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted]	IBBS
9	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Keine neuen Informationen	FG32
10	**Internationales** • [redacted] • 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). • [redacted] • [redacted]	ZIG/IBBS

	[redacted] • [redacted] • [redacted]	
11	**Informationen aus dem Lagezentrum** • Das Engagement in der Lage mitzuarbeiten ist sehr gut. Es wird ausgewertet, wie viele OEs mit wie vielen Mitarbeitenden besetzt wird. • Diesen Freitag gibt es eine weitere Einführung in die Arbeit im Lagezentrum.	FG32
12	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Dienstag, 18.02.2020, 11:00 Uhr, [redacted]	

042 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-18.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ 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) ○ [redacted] ○ [redacted] • 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 • 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 • Schlussfolgerung: ○ 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) **National**	ZIG1 FG36

	• [redacted]
	• [redacted]
	
	ToDo: INIG-Folien immer vorab an BZgA und Bundeswehr, Folien von heute werden weitergeleitet
	
	Krisenstabssitzung [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ deutsche Botschaft vor Ort in Kontakt mit ihnen, kann keine medizinischen Maßnahmen (über)nehmen und sollte kommunizieren, dass sie 14d unter Selbstisolierung verbringen sollten
	  ○ RKI ist gegen Fluglinien-Rückkehr da sie Kontakt-personen sind, nicht sicher, ob dies dem AA bekannt ist, RKI hält an fachlich begründeter Grundhaltung fest
		IBBS

2	**Erkenntnisse über Erreger** **Neue Publikation >72.000 Patienten** • Siehe bitte auch Zusammenfassung, die von [redacted] an RKI-Corona-Verteiler geschickt wurde • 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.	FG36

	Pneumonie, 14% severe, z.B. Dyspnoe, >50% der Lunge 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 • Schlussfolgerung: hochansteckend, Ro 2-3, massive Maßnahmen in China haben dazu beigetragen, dass die Fallzahlen nicht mehr explodiert sind, viele Fragen bleiben jedoch offen **Erregersteckbrief** • Alle verfügbaren Informationen wurde aufgenommen, wird nun zirkuliert, muss zentral gepflegt werden, wird gerade von FG36 organisiert, später strukturiertes Vortragen in Lage-AG *ToDo: FG36 Fertigstellung Erregersteckbrief*	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anlass die Bewertung auf RKI-Webseite anzupassen	alle
4	**Kommunikation** **Öffentlichkeitsarbeit** • [redacted] • [redacted] • 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 • Evtl. in Lagebericht auch erwähnen, was aktualisiert wurde • RSS-Feed möglich Änderungen nachzuverfolgen, wird aber nicht von vielen genutzt • Aktuell kein weiterer Anpassungsbedarf auf der Webseite **BZgA** • Nichts zu berichten, was neu wäre	Presse BZgA

5	**Dokumente** • Empfehlungen zum Umgang mit medizinischem Personal: Rückmeldung zur Handreichung wurde erhalten und wird von FG36 überarbeitet, dann beginnt Abstimmungsrunde, wird morgen in Lage-AG abgesprochen, STAKOB ist sehr interessiert daran, involviert zu sein • Rahmenkonzept: Entwurf wurde von FG36 erstellt und heute vom LZ an RKI-Corona-Verteiler zirkuliert, bis Freitag können relevante OEs kommentieren *ToDo: Kommentierung des Rahmenkonzeptes durch RKI-Kollegen, insbesondere FG14, FG17, IBBS und Pressestelle*	FG36/alle
6	**Labordiagnostik** **Integration SARS-CoV-2 in AGI** • 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) • 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 • Bereits Anfrage an Presse ob im Rahmen der AG Influenza auf Coronavirus getestet werden wird? **Grippeweb plus** • 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“ • Erste Gespräche zu Reaktivierbarkeit aus IT-Perspektive mit FG31 haben stattgefunden, aktuell noch in Klärung, FG36 und ZBS1 verfolgen dies	FG17 ZBS1/FG36
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • 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	IBBS/FG14/ FG37

	werden um mehr Fachöffentlichkeit zu erreichen, Möglichkeiten: ○ Einlage in jedes DÄB? ○ 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 *ToDo: Einholen von mehr Informationen zur STIKO-App Zielgruppe, wie viele, wie viele in Krankenhäusern, LZ Aufgabe, welche Inhalte und Begleittext, FG36, IBBS, andere?* • 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 *ToDo: IBBS bereitet Anpassungsvorschlag für diesen FAQ Aspekt vor* **Entlassung/ Vermeiden langer Liegezeiten** • 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 • 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; • Zwei Aspekte hier ausschlaggebend: 1. Infektiösität: wichtiges Kriterium das nicht aufgeweicht werden sollte, auf der sicheren Seite bleiben 2. Management: Klinik oder zu Hause unter GA-Aufsicht, • Anpassungen sollten nicht auf laborbezogenen Spielräumen beruhen, wenn klinisch ein Krankenhausaufenthalt nicht erforderlich ist, kann Management geändert werden • 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	
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **BMG Auftrag zu MNS Einsparungen** • 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 • Sourcing muss jetzt außerhalb Chinas stattfinden und wird Zeit benötigen • [redacted] • 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 *ToDo: FG14 stimmt morgen früh Entwurf intern ab und schickt ihn ans BMG* **BMG** • [redacted] 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 Schutz-maßnahmen sind bei Mangel an Impfstoff/medikamentöser Behandlung wichtig, Personal muss weiter behandeln können • Keine Informationen über/von WHO hierzu	
9	**Surveillance** • Mortalitätssurveillance beschleunigen *ToDo:*	
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Stand Kreuzfahrtschiffe** • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ Passagiere werden als Kontaktpersonen der Kategorie 1 eingestuft, sehen Bundesländer auch so, Kontakt-personennachverfolgung und Kommunikation	FG32

	(Reederei, GA für IGV-benannte Flughäfen) hierzu laufen auf mehreren Kanälen, ○ Internationale Risikobewertung nicht klar ○ [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted] • Viele andere deutsche Flughäfen haben auch Direktflüge aus China, z.B. Cargo (Leipzig) und Charterflüge, betrifft wesentlich mehr Flughäfen als wir erst dachten	
11	**Internationales** **Informationen** [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • 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/IBBS
12	**Informationen aus dem Lagezentrum** • [redacted] • [redacted]	FG32

	[redacted]	
13	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 19.02.2020, 11:00-12:30 Uhr, [redacted]	

044 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-19.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle, Schwere ○ 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) • Risikogebiete (s. Präsentation Risikogebiet INIG) ○ 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	ZIG1

	ToDo: [redacted] *schickt Link zu CCDC Dashboard auf Chinesisch an FG36 und nCoV-Lage* *ToDo: INIG und FG36 tauschen sich bilateral zu Grunddefinition von community transmission aus (auch angesichts Hong Kong)* **CCDC Diagnostik und Therapie Protokoll (V5)** • 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 **National** • [redacted] • Attack Rate (AR) in Ausbruchsgruppen: 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 [redacted] • Noch 92 deutsche in Wuhan nach AA, hatten sich auf früheren Aufruf nicht gemeldet, evtl. freie Plätze auf französischem Flug • [redacted] • AA fragt BMG, welches Empfehlung von RKI erwartet, RKI fachliche Empfehlungen formulieren aber nicht entscheiden **Bundeswehr** • Karneval beginnt morgen • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG32 FG36 FG36/IBBS

	[redacted] • [redacted] • [redacted]	IBBS
2	**Erkenntnisse über Erreger** • 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 *ToDo:* [redacted] *FG36 kümmert sich weiter um Erregersteckbrief (bestehende Aufgabe)*	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf aktuell	
4	**Kommunikation** **Öffentlichkeitsarbeit** • Nichts aktuelles aus der Pressestelle **BZgA** • Nichts zu berichten, laufendes Geschäft	Presse BZgA
5	**Dokumente** **„Handreichung für Gesundheitsämter zum Kontaktpersonenmanagement von medizinischem Personal“ (bestehende Aufgabe)** • 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)	FG36

	• 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 • Veröffentlichung vor dem Wochenende erwünscht *ToDo: FG36 schickt nach Anpassungen neue Version, wird Rechtsreferat und STAKOB gezeigt, Feedback muss vor Wochenende eingehen damit Freitag veröffentlicht werden kann* **Ressourcenschonender Einsatz von Masken** • Vorschlag wurde von FG14 an BMG geschickt, ABAS muss hierzu konsultiert werden • [redacted]	FG14
6	**Labordiagnostik** • Angepasste Unterlagen zur Integration von SARS-CoV-2 in AGI Sentinel werden heute rausgeschickt, Abstrichtupfer ist derselbe wie für Influenza	FG17
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Viele Dinge (bestehende Aufgaben) in Arbeit, werden vorher intern zirkuliert** • Versorgung von Kranken die unter Abklärung sind (grünes Kästchen „kein begründeter Verdachtsfall“ in Flussschema), ambulante Abklärung während sie zu Hause sind • Vorbereitung ambulanter Führung für nächste Phase • Papier zum Umgang mit Personen in Quarantäne • Medikamentenbevorratung • Experimentelle Therapeutika • [redacted]	IBBS
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • FG14 Aufgabe Möglichkeiten zur Ressourcenschonung, läuft	FG14
9	**Surveillance** **EC/ECDC Studie zu repatriierten EU/EEA Bürgern aus Wuhan** • Europaweite Studie geplant, Zielsetzung u.a. Erfassung der % of asymptomatic infections **in China**, secondary AR, etc.	FG32

	• Ist diese Personengruppe geeignet/repräsentativ, können von dieser opportunistischen Stichprobe Schlussfolgerungun zur Epidemiologie in China gezogen werden? • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted]	
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Kreuzfahrtschiffe (hält LZ sehr auf Trab)** • [redacted] ○ [redacted] ○ Erste Personen beenden Quarantäne und verlassen das Schiff, ausführliche Transmission an Bord, die vor der Quarantäne stattgefunden haben soll ○ Für enge Kontakte (Kabinenmitglieder, persönliche Stewards) verlängerte Quarantäne ○ 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 ○ RKI-Empfehlung: für Rückkehrer weitere 14d häusliche Quarantäne • [redacted] ○ [redacted]	FG32

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- 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

ToDo: [redacted] kontaktiert CDC Büro Kambodscha bezüglich Zertifizierung von Westerdam

Maßnahmen an Flughäfen

- [redacted]

[redacted]

- [redacted]

[redacted]

11	**Internationales** • Nichts neues seit gestern	ZIG1
12	**Informationen aus dem Lagezentrum** • 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)	FG32
13	**Andere Themen** **ECDC/EC/EWRS Abfragen** • 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 *ToDo: Anfrage an EC/ECDC, diese Informationen zu bündeln und zu teilen (EC wurde bereits diesbezüglich kontaktiert)* • Nächste Sitzung: Donnerstag, 20.02.2020, 11:00-12:30 Uhr, [redacted]	FG36/FG32

046 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-20.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- AL3-Leitung
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA: [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

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; ○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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, bei lokalen Übertragungen unklar, ob Hinweise auf Infektionsquelle/ -kette, Behörden sind angeblich überfordert. Entwicklung in Japan wird vom RKI intensiv beobachtet. ***ToDo: Info zu Japan für Präs zusammenstellen.*** ○ **Südkorea**: die 41 Fälle stellen 1 Cluster dar (eine Kirchenveranstaltung, nachvollziehbare Infektions-kette) ○ [redacted]

[redacted]

Advisory forum/ECDC – Covid-19 war einziger TOP:

- 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

WHO-TK mit Ländern die eigene Fälle haben

- Definition Risikogebiete auch thematisiert, sehr unterschiedliche Definitionen, z.B. PHE hat sehr viele Risikogebiete definiert, WHO ganz China, etc.

Maßnahmen International

- [redacted]

National

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

	[redacted] • [redacted] • [redacted] • 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; • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted]
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Bitte bzgl. Letalität auf Formulierung acht, nicht >50 besonders gefährdet, besser Formulierungen wie z.B. „Letalität nimmt mit dem Alter zu…“ verwenden.
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf aktuell
4	**Kommunikation** **Öffentlichkeitsarbeit/ Nummer der BMG-Hotline öffentlich machen? (Anfrage Presse)**

	• 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 **BZgA** • 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 ***ToDo: IBBS erstellt 1 Seite (Abstimmung mit BMG), Format: generisches Anschreiben (Handzettel) für Ärzte*** **Bundeswehr** • 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 kann genutzt werden
5	**Dokumente** • 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 ***ToDo: FG36 erhält Dokument und gibt Kommentare bis morgen 15 Uhr an INIG [redacted] zurück***
6	**Labordiagnostik** • FG17: ABAS Einstufung auf Webseite veröffentlicht ***ToDo: Information und Link wird in Diagnostikdokument eingefügt, Link auch auf Webseite platzieren sowie im Rahmenkonzept***

	• 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) ***ToDo: FG36: kurzer EpiBull-Beitrag, Ankündigung AGI-Sentinel inkl. Corona (nächste Woche)*** • PCR-Tests: Sensitivität? Spezifität? Cross-Validierung? Es gibt viele verschiedene PCRs (siehe WHO-Seite dazu), RKI nutzt [redacted]-Assays und RKI-eigene Assays; Ringversuch von WHO noch nicht geplant (heute WHO-TK zu Labordiagnostik) • [redacted] • Ab 24.02.2020 ist die VOXCO-Befragung der virologischen Labore online (Brief mit Link zur Befragung über GHV Instant verteilt)
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • [redacted]
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Bevorratung von PSA – zur Information** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]
9	**Surveillance** • Einzelfallbasierte Informationen weiterhin über SurvNet erfassen, Informationen zur Einschätzung national und auch für internationale Berichtspflicht wichtig; Arztmeldepflicht für Verdachts- und bestätigte Fälle, Labormeldepflicht (Einzelfälle) • Zusätzlich ARE/ILI-Information in Lage-AG, wenn Coronavirus miterfasst wird • [redacted]
10	**Transport und Grenzübergangsstellen**

	• [redacted] • [redacted]
11	**Internationales** • [redacted]
12	**Informationen aus dem Lagezentrum** • MA-Statistik vorgestellt • Mehr Unterstützung aus Abt. 2 gebraucht
13	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 21.02.2020, 13:00-14:30 Uhr, [redacted]

048 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-21.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- AL3-Leitung
  - Osamah Hamouda
- Abt.1
  - Martin Mielke
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA:
  - [redacted]
- Bundeswehr:
  - [redacted]

1	**Aktuelle Lage** **International** • **Fälle, Schwere** ○ 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 abfallende Trends. **International** 27 Länder (neu: Iran) mit 1.159 (+101) Fällen. ○ [redacted] ○ 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 ○ **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 ***ToDo (ZIG/[redacted]): Weitere Informationen zu Testung und Probeentnahme einholen*** **Südkorea:** 104 Fälle (+52); 1 Todesfall ○ 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 größeres 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

[redacted]

National

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

- [redacted]

Weitere Repatriierung

- Mögliche Rückführung von weiteren 97 Personen aus Hubei, noch keine weiteren Informationen bekannt

2	**Erkenntnisse über Erreger**
3	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted]
4	**Kommunikation** • Interviews/Radiobeiträge sollen stärker nach Außen kommuniziert werden • Basierend auf dem Vortrag im Internen Seminar soll eine Musterpräsentation für Fortbildungszwecke erstellt werden ***ToDo (Presse): Im Rahmen des Jour Fixe Abstimmung von [redacted] bezüglich der Veröffentlichung von Interviews/Radiobeiträgen auf der Homepage*** ***ToDo (FG36): Erstellung der Musterpräsentation*** **Pressestelle:** • Widerkehrende Nachfragen nach dem Zustandekommen der Definition der Risikogebiete • Ressourcen-schonenden Einsatz von Mund-Nasen-Schutz (MNS) und FFP-Masken werden heute veröffentlicht, erhöhte Presseaufmerksamkeit erwartet ***ToDo (Presse): Kurze Erklärung der Definition als Update auf der Homepage hochladen*** **BZgA** • Am Wochenende erneute Schaltung der Informationskampagne (Inhalt unverändert) • Kein Änderung der Kommunikationsstrategie
5	**Dokumente** • FG 36: Hinweise zu Kontaktpersonen und medizinisches Personal: Vorschlag ist erarbeitet und wird durch [redacted] erneut geteilt • FG 36: EpiMatrix: Zusammenfassung wie weiteres Vorgehen wird am 26.02.2020 vorgestellt • FG 36: Rahmenkonzept: BMG ist mit der Gliederung einverstanden Rückmeldungen werden von [redacted] 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 • IBBS: Anschreiben an die Ärzteschaft wird heute durch IBBS geteilt • FG 36: Ankündigung der Erweiterung der Virologischen Surveillance um SARS-CoV-2 geht heute online

6	**Labordiagnostik** • Abt 1: Abstimmung für die Laborabfrage über *RespVir* (FG 15/[redacted]) und online VOXCO-Befragung der virologischen Labore (GHV) (FG32/[redacted]) läuft, soll über den Verteiler des Ringversuches geteilt werden Daten sollen regelmäßig möglichst zeitgleich eingehen, zusammengeführt und anschließend evaluiert werden • 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. • 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. • 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. Namen der Firmen mit bekanntem Kontaminationsproblem sind nicht öffentlich. Bekannte Firmen werden mit deutschen Laboren kommuniziert Italien hat evtl. bald positive Seren. • Abt. 1 /ZBS1: Ringversuch im LabNet ist geplant. In Deutschland gibt es bereits Aktivitäten am KL dazu. • [redacted]
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
9	**Surveillance**
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • [redacted] • Weiterhin hohes Arbeitsaufkommen im LZ im Bereich Internationale Kommunikation

11	**Internationales** • [redacted]
12	**Informationen aus dem Lagezentrum** • 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
13	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 23.02.2020, 12:30 Uhr, [redacted]

050 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-24.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle (Folien hier) o Weltweit 79.562 (+743) Fälle, 2.619 (+156) Todesfälle; Letalität 3,3% o China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 77.457 (+413) Fälle, 2.595 (+149) Todesfälle; Letalität 3,4%; 11.477 in „ernsthaftem" Krankheitszustand o Provinz Hubei: 64.482 (+398) Fälle (81% von Gesamt), 2.495 (+148) Todesfälle; Letalität 3,9%, 8.853 Fälle in „ernsthaftem" Krankheitszustand o [redacted] o Europa (WHO Region) 9 Länder mit 203 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU) • Dynamische Entwicklung mancher Länder o Südkorea: 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 o Italien: 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 o Iran: 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	ZIG1

	Ländern haben Flüge dorthin eingestellt (Irak, Kuweit, Armenien, Georgien); Geschehen vermutlich 4-6 Wochen alt, Fallzahl vermutlich viel höher, exportierte Fälle – letzteres wichtiger Indikator für Risikogebiet-Definition ○ Hong Kong und Singapur verhältnismäßig ruhig • Risikogebiete: relevant für Falldefinitionen und Umgang mit Reiserückkehrern ○ Absteigender Trend in China setzt sich fort ○ Fallzahlanstieg außerhalb von China, starker Anstieg in Iran, Italien, Südkorea, Japan weniger steil, Australien kleine Fallzahlen ○ [redacted] ○ 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 ○ [redacted] [redacted] **National** • Fälle, Schwere: Keine neuen Fälle, keine Neuigkeiten • Update Rückführung/Rückreise/Kreuzfahrt ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • 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... *ToDo: Neuer Text zu Passus begründete Verdachtsfälle auf RKI-Webseite*	Alle FG36 FG32
2	**Erkenntnisse über Erreger**	FG36/ alle

	• 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 • Neue Studie zeigt Chloroquin Wirksamkeit in der Therapie, reduziert Krankheitsschwere, Evidenz verhärtet sich, ist inhaltlich plausibel, wird heute auch in STAKOB TK besprochen	AL1
3	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted] • 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 • Wahrscheinlichkeit weiterer Ausbreitung/Pandemie, „eine weltweite Ausbreitung des Erregers scheint allerdings zunehmend wahrscheinlich“ … kann sich durch neue Erkenntnisse ändern • Entscheidung Risiko für deutsche Bevölkerung bleibt vorerst „gering“ *ToDo: Risikobewertung auf der Webseite soll heute noch angepasst werden*	Alle
4	**Kommunikation** **Öffentlichkeitsarbeit** • [redacted]	Presse LS
5	**Dokumente** • Anlegen breiterer Testung auf SARS-CoV-19, o 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 Differential-diagnostik aufnehmen o KV benötigt Integration von Differentialdiagnostik in RKI-Falldefinition um Abrechnungsmöglichkeit ambulanter Institutionen zu sichern o Flussschema Anpassungen: - Grünes Kästchen jetzt Wortlaut „differential-	LS FG36 IBBS

	diagnostische Abklärung“ (statt „kein begründeter Verdacht“) - „NUR“ (bei passendem Bild) und Ambulante Diagnostik wird gelöscht - z.B. Influenza-**Diagnostik** (nicht Schnelltest) - „Schleuse“ unter „Hygiene“ wird gelöscht ○ Im Text auch Öffnung um ggf. frühe autochthone Fälle zu erkennen: „Zeichen einer Viruspneumonie 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 *ToDo: Anpassung Flussschema, [redacted] nimmt Korrekturen vor, Dokument auch auf Webseite* • 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 *ToDo: FG32 chinesischen Teil noch anpassen und vorheriges (Flughafen) Poster auf Webseite ersetzen und Dokumente streuen* • Hinweise für Kontaktpersonen mit med. Personal: Vorschlag von [redacted] einer neuen Kategorie III - vertagt • Rahmenkonzept ○ Auftrag von BMG [redacted] zunächst Sprachregelung mit [redacted] 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	FG32 FG36

	○ 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 *ToDo: FG36 finalisiert Rahmenkonzept, morgen Beschluss in der Lage-AG*	
6	**Labordiagnostik** • 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	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nichts neues	
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • 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	**Surveillance** • Sollte in Deutschland ein Fall aus der Surveillance identifiziert werden: Pressemitteilung vorbereiten • Treffen zu nächster Phase vertagt *ToDo: Pressestelle bereitet etwas zu möglicher Fallidentifikation aus dem Meldesystem vor*	FG32/Presse
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Poster Bahn: s. oben, wird auch in AGI TK heute besprochen • [redacted]	FG32

	[redacted] • Befragung der Passagiere aus Flugzeugen mit Direktflügen von China einstellen? Frage an BMG, entweder Erweiterung auf neue Risikogebiete oder Aufhebung	
11	**Internationales** • [redacted]	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: o Aufforderung an alle im LZ beteiligten, dieselbe(n) Position(en) zu übernehmen und mehrere Schichten zu arbeiten (mindestens 10?) o Abteilung 2 um Mitarbeit bitten o 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, [redacted]	

052 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-25.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle, Schwere, Risikofaktoren s. Folien hier ○ 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: ▪ 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 ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Europa (WHO Region) 9 Länder mit 279 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU) • Risikogebiete/ Maßnahmen International ○ 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 ○ Italien: 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 ○ [redacted]	ZIG1

	[redacted] ○ Japan: 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 ○ Iran: 61 Fälle mit 14 Todesfällen, exportierte Fälle nach Kanada, Libanon, VAE, Afghanistan, Irak, Bahrain und Oman, Grenzschluss durch Kuwait, Afghanistan, Pakistan, Türkei • Risikogebiete RKI Definition auf Webseite aktualisiert ○ 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) **National** • Fälle, Schwere: 1 weitere Entlassung, 1 verbleibender Fall, der wieder Fieber hat und nachweisbare Viruslast, auch bei entlassenen noch Virusausscheidung im Stuhl	FG36
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Epi-Matrix/Steckbrief** • 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 • Titel noch anzupassen (beinhaltet zweimal die Krankheit) • 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 *ToDo: Anfang nächster Woche durch FG36 an involvierte OEs (s. Zuständigkeitstabelle unter Lage-Ordner hier)*	FG36
3	**Aktuelle Risikobewertung**	alle

	• Risikobewertung in angepasstem Wortlaut seit gestern auf RKI-Webseite aktualisiert • [redacted]	

4	**Kommunikation**
	Presseanfragen/Hotline
	• Presse hat extrem viele Anfragen, u.a. wird kritisch gesehen, dass RKI Risikogebiete gestern nicht aktualisiert hat
	  ○ 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
	
	ToDo: neue Position im LZ Beantwortung fachlicher Fragen (bitte erneut mit LZ-Leitung bestätigen)
	
	• BMG Bürgerhotline gestern von 30-40 auf >400 Anfragen/d
	• BZgA: Bürger-Hotline ist outgesourced [redacted], würde an Kapazitätsgrenzen kommen wenn (viel) mehr
	
	ToDo: Abstimmung mit BZgA und Presse nach Lage-AG bezüglich Bürgerhotline
	
	Webseite Aktualisierungen
	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	
	[redacted]
		Presse
		alle

	• Grippeweb Plus ist in Planung, viel noch zu klären, zu früh um Kommunikation hierzu vorzubereiten/zu starten	

5	**Dokumente**
	Flussschema
	• 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
	  ○ Nächste Phase: begründete Verdachtsfälle ambulant
	  ○ 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 Viruspneumonien, 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
	
	ToDo: Flussschema Anpassung und Fertigstellung durch IBBS
	
	ToDo: Vorbereitung Flussschema und Falldefinition für Situation wenn vermehrt Fälle in Deutschland auftreten
		IBBS/FG36/ alle

6	**Labordiagnostik** **AGI Sentinel Integration** • 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 • [redacted] • 100 Praxen senden ein, Praxisindex= 500 mit 800 Ärzten	FG17 FG36
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**	IBBS/AL1

	• 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 aufgenommen *ToDo: Fertigstellung Flussschema, zusammen mit Handlungsanweisung raus/Veröffentlichung*	
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Bevölkerungsbasierte Quarantänemaßnahmen** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • 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 *ToDo: IBBS und FG14 stellen Dokumente fertig* • Bevorratungsstrategie wird noch bei IBBS besprochen, folgt • [redacted]	Alle/FG36 IBBS/FG14 IBBS FG32
9	**Surveillance** **Modellierung Szenario Deutschland** • [redacted]	FG36

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted]	Abt. 3
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • 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, [redacted] • [redacted] [redacted]	FG32
11	**Internationales** • Nichts neues	
12	**Informationen aus dem Lagezentrum** • Nichts neues, noch einige Schichten diese Woche zu füllen	FG32
13	**Andere Themen**	

	• Nächste Sitzung: Mittwoch, 25.02.2020, 11:00-13:00 Uhr, [redacted]	

054 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-26.pdf

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, [redacted]

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
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG3
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

0	**Bericht China Einsatz von** [redacted]
	
	• Feldeinsatz
	  ○ Abreise 15.02., [redacted] jetzt zurück und voraussichtlich Freitag wieder im Büro
	  ○ Team: 2 Personen aus USA, 2 aus Russland, [redacted] aus Nigeria, auch vertreten Japan, Südkorea, Hong Kong, und Singapur
	  ○ Ziel war besseres Verständnis der Situation in China
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted]
		FG37

	[redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]	

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Fälle
	  ○ 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
	  ▪ 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
	  ○ [redacted]
	  ○ Europa (WHO Region) 12 Länder mit 384 Fällen (+105) (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU, Österreich, Schweiz, Kroatien)
	• Risikogebiete Entwicklung
	  ○ Trends in China sinkend, Hong Kong leichter Anstieg
	  ○ Italien: +92 Fälle, 11 Todesfälle (3%), 2 Cluster, mehr Fälle auch in anderen Provinzen; viele Fälle außerhalb Italiens in Verbindung: Spanien, Österreich, Algerien
	  ○ Südkorea: neue Fälle derselben 2 Cluster, 15 Länder haben Reisebeschränkungen etabliert
	  ○ Iran: 34 neue Fälle, 16 Todesfälle (16%)
	• Risikogebiete RKI
	  ○ [redacted]
		ZIG1

	[redacted] ○ [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **National** • BaWü ○ [redacted] ○ ○ • NRW, [redacted] ○ [redacted] ○ ○ ○ ○ • [redacted] • [redacted]	IBBS FG32/FG36

	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ Darunter sind 152 deutsche Staatsbürger und viele andere (vor allem europäische) Nationalitäten
	  ○ Bundeswehr war noch nicht informiert und macht sich schlau	

2	**Erkenntnisse über Erreger** **Epi-Matrix/Erregersteckbrief** • 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 *ToDo: Finalisierung Epi-Matrix/Erregersteckbrief, Publikation online morgen Nachmittag*	FG36/alle

3	**Aktuelle Risikobewertung**
	
	• Homepage aktualisiert, jetzt Risiko für Allgemeinbevölkerung in Deutschland "niedrig bis mäßig", passt besser zu aktueller Einschätzung
	
	Modellierungsansätze zu COVID-19-Szenarien [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○
	  ○
	• [redacted]
	  ○
	  ○
	  ○
	  ○
		alle
		
		Buchholz/an der Heiden

	• [redacted] [redacted]	
4	**Kommunikation** **Öffentlichkeitsarbeit** • Risikobewertung angepasst, schnelle Aktualisierung essentiell • [redacted] • 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 [redacted] Interview • FAQ Aktualisierung läuft ebenfalls weiter **RKI Webseite** • Webseite hat Probleme und ist nicht gut verfügbar (Versechsfachung der Zugriffszahlen), ITZ Bund ist informiert und [redacted] hinterher • Hinweis hierzu und auf [redacted] Interview auf Twitter • LZ hat wichtigste Dokumente als ZIP-Dateien an anfragende geschickt **BZgA** • Sucht Übersetzungsbüros ins Koreanische • Merkblätter werden ggf. noch verschönert • [redacted] **Bundeswehr** • Auch extrem viel Nachfragen • Personal weltweit verteilt, Erwägungen zu Rückführungen laufen **BMG Hotline** • Ist ausgelastet • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted]	Presse

5	**Dokumente**
	Flussschema
	• Soll helfen folgende Fragen zu beantworten: Muss ich testen? Muss ich hospitalisieren?
	• Mit neuen Fällen in Deutschland Situation ändert sich viel
	• Ist an Risikogebiete gekoppelt, wird primär als „im Zusammenhang mit Ausland“ verstanden, aber Unsicherheit bezüglich Italien und Bundesländer wächst rasant an
	• Testung
	  ○ Ambulante Testung ist möglich, wäre starke Vereinfachung, dadurch wird Containment nicht aufgegeben aber Entscheidungsbaum einfacher
	  ○ Testen in Krankenhaus anderes Thema, Vermeidung nosokomialer Verbreitung
	• Vorgehen mit Patienten
	  ○ Niedergelassene Ärzte machen sich Sorgen, um ihren Schutz, Umgang mit Patienten in Praxis, sind alleine gelassen, Hilfe für diese wichtig
	  ○ [redacted]
	  ○ 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?
	• IBBS setzt Vorschlag um und stimmt in kleinem Kreise ab
	• Übermittlung von Verdachtsfällen muss sich weiter an Falldefinition orientieren
	
	ToDo: Fertigstellung und Abstimmung Flussschema durch IBBS, schnelle Veröffentlichung
	
	ToDo: Vorbereitung einer Karte für Deutschland wo Fälle sind
	
	Weitere Dokumente in Arbeit
	• Häusliche Quarantäne Dokument, Abstimmung mit FG36, heute bis 15 Uhr auf Webseite
	• Konzept für Umgang mit begründetem Verdachtsfall in häuslichen Umfeld bis zu Laborergebnis (ca. 24h), muss heute gemeinsam mit Flussschema raus
		IBBS
		
		IBBS/FG36/ FG14
		Alle

	• Konzept für Umgang mit bestätigtem Fall zu Hause wenn Behandlung zu Hause erfolgt
	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted]
	[redacted]
	• [redacted]
		FG36
		
		IBBS
		
		FG36

6	**Labordiagnostik** • 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 Diagnostik-erweiterung 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	FG17/ AL1 ZBS1 Presse
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nichts neues	IBBS/FG14/ FG37
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • 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	FG14 alle

	• ECDC empfehlen sie nicht für gesunde Personen in der Allgemeinbevölkerung • RKI bleibt dabei: nicht empfohlen in der Öffentlichkeit, in häuslichem Umfeld mit Fall ja, auch zum Schutz anderer	

9	**Surveillance**
	• Weiter §12 Übermittlungen
	• [redacted]
	• Falldefinitionen – müssen sie wegen deutscher Fälle geändert werden? Nein, auch Empfehlungen für Ärzte ändern sich aktuell nicht
	• KoNa Kategorien:
	  ○ 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
	• Testungen weiterhin nur bei symptomatischen Kontaktpersonen, auch wegen Risiko der falschen Sicherheit, Gesundheitssystem ist ausgelegt für Diagnostik bei Symptomen
		FG32

10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Minister haben sich geeinigt, keine Grenzschließung, Absagen von Massenveranstaltungen sollten erwogen werden • Ansonsten nichts neues zu berichten	FG32
11	**Internationales** • Nicht besprochen	ZIG
12	**Informationen aus dem Lagezentrum** • Noch Lücken im Schichtplan, auch neu kreierte Position Presseunterstützung noch leer, Aufruf ging raus • IBBS kann fachliche Anfragen an Infektiologen übernehmen, wenn Kliniken anrufen, müssen vorher gefiltert werden • Heute Morgen fand neue LZ-Schulung statt	FG32
13	**Andere Themen**	

	• Nächste Sitzung: Donnerstag, 27.02.2020, 11:00-13:00 Uhr, [redacted]	

056 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-27.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ 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 ▪ 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 Kuweit, 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. ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	ZIG1

	[redacted] ○ 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 nahc der Anzahl der Fälle gelistet. Für die Länder innerhalb Europas sind die Zahlen auch für die Regionen/ Bundesländer gelistet. *ToDo: INIG wird die Tabelle täglich aktualisieren. Die Daten für die in Deutschland auftretenden Fälle stellt das Lagezentrum zur Verfügung.* ○ [redacted] [redacted] • [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted]	FG36/IBBS

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] • 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.	
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Epi-Matrix/Erregersteckbrief** • Finalisierung ist für heute Nachmittag durch FG36 geplant.	FG36
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Keine Änderungen	alle
4	**Kommunikation** • 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. *ToDo: Es gibt viele Treffen und PKs. Wichtige Statements/ Sprachregelungen sollten gesammelt werden. Die FAQs bieten bereits eine gute Grundlage.* • 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. • [redacted] • Es gibt zahlreiche neue Dokumente (zur häuslichen Quarantäne, der ambulanten Versorgung) auf der	VPräs, AL3, Presse

	Internetseite. Das Flussdiagramm, die Risikogebiete, 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. • Im EpiBull wird es einen Hinweis auf die Testung auf SARS-COV-2 im Rahmen der AGI geben.	
5	**Dokumente** • [redacted] wird am 04.03. einen 15-Minütigen Vortrag bei der AOLG halten. *ToDo: Das LZ bereitet den Vortrag basierend auf dem Vortrag, der beim internen Seminar gehalten wurden, vor. Es gibt bereits 3 Folien von [redacted]. Bitte den Vortrag am Montag [redacted] zukommen lassen.* • Für medizinisches Personal, das adäquat geschützt war, soll im Dokument „Management von Kontaktpersonen“ eine extra Kategorie geben. FG36 macht einen Vorschlag.	VPräs, FG36
6	**Labordiagnostik** • AGI: 56 Proben eingegangen, 41 Proben sind bereits auf SARS-CoV-2 getestet worden -> alle negativ. • In Epi Datenbank sind die Ergebnisse noch nicht. FG31 arbeitet an dem technischen Problem. • Für die Laborabfrage wurde der zur Voxco-Abfrage am Montag (24.02.2020) verschickt. • ZBS1: Wochenenddienste eingeteilt. Möglichkeit, Proben aus NRW zu testen besteht. • Frage, wie mehr Abstriche von Arztpraxen eingeshcickt werden können. Gäbe die Möglichkeit wie bei Grippeweb plus, dass die Persoenen 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.	FG17/ AL1 ZBS1 Presse
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • 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.	IBBS
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • 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. • 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	FG14 alle

	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. [redacted] 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. • 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. *ToDo:* [redacted] *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.* • 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). *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.* • 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. Abrieglungen) 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, [redacted]	

058 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-02-28.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ 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, ▪ Neue Fälle in folgenden Ländern: Australien, Österreich, Weißrussland, Kanada, Frankreich, Deutschland, Georgien, Iran, Irak, Israel, Italien, Japan, Kuweit, 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 ○ [redacted] ○ Europa (WHO Region) 823 Fälle (+280), davon 19 (2,4%) Todesfälle (+5), 21 schwere Krankheitsverläufe (2,6%) • Trendanalyse (Folien hier) ○ China: Beijing 10 neue Fälle, Maßnahmen vor Ort laufen anscheinend weiter, Trend in allen Provinzen weiter sinkend, auch Hong Kong (kleine Fallzahlen) ○ 100e Fälle ▪ 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	ZIG1

- Japan: 214 Fälle (+25), zunehmend Fälle mit unbekannter Infektionsquelle, Grundschulen bis Ende März geschlossen
- 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)
- Risikogebiete
  - [redacted]
  - [redacted]

National

- Fälle: 53 (+) bestätigt, ändert sich zusehends — FG36
  - Baden-Württemberg +19-20
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]

[redacted]

- [redacted] — Alle

	[redacted]
	• [redacted]
	• RKI kann sich nicht aufdrängen
	• Bundeswehr bespricht auch intern NRW Unterstützung
	• Gleiches Ereignis wird sich auch in anderen Bundesländern entwickeln, wie ist die Situation in anderen Bundesländern
	• Alternative für Vorgehen mit KP die symptomatisch sind außerhalb des Systems ist notwendig
	
	Vorgehen mit KP
	• Ansatzmöglichkeiten
	  ○ Ggf. Bereitschaftsdienst der Ärzte, telefonische Beratung wie in England in Deutschland schwer umsetzbar
	  ○ Einrichtung zentraler Stellen in großen Häusern? Diverse logistische Probleme
	  ○ Italien hat Zelte vor den Krankenhäusern
	  ○ In großen Ballungsbereichen zentrale Anlaufstellen, in ländlichen ärztliche Bereitschaftsdienste
	  ○ Selbstabstrich aus Grippeweb plus Erfahrung eine gute Option, bereits mit KV besprochen um Schwachstellen des Maskenmangels zu überkommen, aber logistisch nicht einfach: wie kommen Sets zu Patienten, Kits knapp, wie kommen sie an Labore
	  ○ Mobile Teams (Bundeswehr, DRK, Hilfsorganisationen), nicht unbedingt Ärzte aber geschultes Personal – Thema für AGI, gegenseitige Unterstützung?
	  ○ GA als Teil der kommunalen Verwaltung gesehen, Einzug von Personen aus anderen Ämtern als Reservekapazitäten
	• Versorgung von Coronapatienten
	  ○ Soll um nosokomiale Transmission zu vermeiden getrennt laufen, nicht in Notaufnahmen, nicht in Praxen
	  ○ Länder sollen Krisenmanagementstruktur kreieren
	  ○ Grundprinzip RKI: nicht schwer kranke bleiben zu Hause, bis sie kontaktiert werden → Empfehlungen für symptomatische KP zu Hause, Anleitung zum Selbstabstrich wurde an Länder geschickt, ÖGD der Ländern muss entscheiden und umsetzen, Unterstützungsanfrage möglich
	
	ToDo: FG37 [redacted] erstellt Skizze zu Vorgehen mit symptomatischen KP bis Montagabend/Dienstag
	
	Vorgehen mit Fällen
		Alle
		
		Alle

	• Wie sind Krankenhäuser strukturiert? Vorbereitung von Betten/Räumen, oft unglücklicherweise in Onkologie (weil idR gut zu belüften) • Coronavirus anders als Influenza, Influenza Pandemieplan nicht generell aber für einige Aspekte passend • 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, *ToDo: FG37 [redacted] erstellt Skizze zu Vorgehen in stationärer Therapie (richtige Vorbereitung, strikte Lenkung der Patientenströme) bis Montagabend/Dienstag*	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • [redacted] • **RKI sollte Begriff *Letalität* innerhalb des Ausbruchs nicht mehr benutzen, es handelt sich lediglich um die Sterbequote unter gemeldeten Fällen** *ToDo: Terminologie Letalität nicht mehr benutzen in Lagebericht und Kommunikation*	alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Noch gültig, keine Änderung	Alle

4	**Kommunikation**
	• 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
	  ○ RKI Anfrage zu Hotline-Nummern von Bundesländern, KV-en, läuft, auf übermittelte Hotlines kann dann verwiesen werden
	  ○ [redacted]
		Presse

	[redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ Darstellung aktueller epidemiologischer Daten, Presse hat viele Anfragen hierzu, sollten online präsentiert werden, inkl. geographischer Darstellung nach Melde-ort, 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?
	
	[redacted]
	• [redacted]
	
	Lagebericht
	• [redacted]
	• Regionale Verteilung, zunächst Landkarte mit Kästchen (leer für geheilte entlassene, volle Kästchen für aktuell kranke)
	
	ToDo: Karte in Lagebericht integrieren, LZ, [redacted] gerne mit [redacted]
	
	Quarantäne Papier IBBS
	• AGI unzufrieden, positive Rückmeldung der GA, zirkuliert aktuell, bis morgen 11 Uhr fertig, geht dann an GA und nächste Woche in Druck,
	• Cover kommt auf Internetseite mit dem Text, dass dies nur für Gebrauch durch GA ist
		FG32
		
		IBBS

5	**Dokumente** • Papier von FG36 zur 3. Kategorie von KP im Rahmen der KoNA, hat [redacted] gestern Abend (~22 Uhr) rumgeschickt, LZ soll alle Änderungen annehmen, dann an Pressestelle und ins Netz *ToDo: fertigstellen durch LZ und an Presse/auf Webseite*	FG36/ LZ

	Flussschema • Teil des Flussschemas wurde aus dem Zusammenhang genommen und auszugsweise verwendet, wurde durch [redacted] behoben • IBBS [redacted] nimmt 1-2 Anpassungen vor • Bericht WHO Einsatz jetzt online verfügbar hier	IBBS
6	**Labordiagnostik** • [redacted] • 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	FG32 alle ZBS1 FG17

7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	• Siehe auch oben unter Lage national
	• Surveillance von Fällen unter HCW
	  ○ Sehr wichtig zu sehen wo Infektion erworben wurde
	  ○ Ist, sobald sie positiv getestet sind in SurvNet integriert (wenn es ausgefüllt wird)
	  ○ Auch beinhaltet im Papier zu 3. Kategorie von KP (s.o. unter Dokumente), Tagebuch führen, vermerken, wenn Schutz nicht so adäquat
	  ○ An Verband der Betriebsärzte abzugeben
	• CT Kapazitäten: China 200/CT/Tag, hier aktuell sicher nicht möglich
		IBBS/FG14

8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	• IBBS Papier zu ambulanter Versorgung von erkrankten
	  ○ Mögliche ambulante Führung mild symptomatischer Fälle zu Hause, jedoch hohe attack rate bei Familienangehörigen
	  ○ Papier ist fertiggestellt, wird aber nicht unmittelbar veröffentlicht und ist noch nicht breit abgestimmt, wird noch abgewartet
		IBBS

	• Ambulantes Management von Verdachtsfällen vor der Bestätigung, ist veröffentlicht, darin „Schwangerschaft stellt Immunsuppression dar“, sollte nicht so verstanden werden als das dies zwingend zu schlimmerem Verlauf führt, sind aktuell nicht als Risikogruppe dokumentiert, dies wird herausgenommen um Missverständnisse zu vermeiden
	• 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
	• Hassanrufe von Ärzten aufgrund von Maskenmangel
	  ○ 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
	  ○ [redacted]
	• Hassanrufe von Apotheken an FG14: haben keine Desinfektionsmittel mehr, teilweise selber Herstellung, doch Rohstoffe gehen aus
		Presse
		FG14

9	**Surveillance** • 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 • Früher gab es die Möglichkeit in SurvNet §12 anzuklicken, jetzt nur noch das Formular mit niedrigerem Detailgrad, Alter und Geschlecht wurden jedoch jetzt integriert	FG32
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG32
11	**Internationales** • [redacted]	ZIG

	• [redacted] • [redacted]	
12	**Informationen aus dem Lagezentrum** • 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** • Nächste Sitzung: Montag, 02.03.2020, 11:00 Uhr, [redacted]	

060 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-02.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	ZIG1

	[redacted] **National** ○ 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 ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Es gab international Anfragen zu der Situation in Deutschland. Es werden aktuelle Anzahl der Fälle etc. international geteilt.	FG36, FG32
2	**Erkenntnisse über Erreger** • 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	alle

	Erregersteckbrief soll so schnell wie möglich veröffentlicht werden.	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Die Pressestelle hat den Text schon allgemeiner verfasst. • [redacted] • [redacted]	Alle
4	**Kommunikation** • [redacted] [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted]	Presse [redacted] Presse

	• In den Medien (z.B. Tagesschau) werden die Zahlen der Internetseite des RKI genutzt. Daher ist eine regelmäßige Aktualisierung wichtig. • [redacted] wird morgen am Pressebriefing 10 Uhr teilnehmen. • **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. 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. *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.*	FG32
5	**Dokumente** • [redacted] • [redacted] • [redacted] Es gibt momentan zwei Papiere, die in ein einzelnes Dokument zusammengeführt werden sollen. • **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.	FG36/ LZ IBBS

	ToDo: Anpassung der Entlassungskriterien durch FG36 und IBBS. Besprechung dieser bei der AGI TK morgen. Wiedervorlage im Krisenstab spätestens Mittwoch nächste Woche. • **Selbstabnahmeanleitung:** laut der Anleitung sollten Betroffene einen Nasopharyngealabstrich machen. Bislang wurde empfohlen, sowohl ein nasopharyngealen als auch zusätzlich einen oropharyngealer Abstrich zu machen. Sowohl eine Nasopharyngealabstrich als auch ein Rachenabstrich sind nicht einfach für Laien und bergen eine Verletzungsgefahr. *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.* • **Contact Tracing:** FG37 hat die Federführung. BMG soll Dokument heute zunächst prüfen, dann wird es morgen mit der AGI besprochen werden *ToDo: Lagezentrum schickt Dokument zum Contact Tracing an das BMG*	
6	**Labordiagnostik** • 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. • [redacted] • [redacted] • [redacted] • **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.	FG32 alle ZBS1 FG17

	• **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. • [redacted] 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	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • 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. *ToDo: Länder sollen in der AGI befragt werden, ob es einen Bedarf zu Dokumenten zur Patientenführung gib.*	IBBS/FG14
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] • **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. *ToDo: FG36 wird für den internen Gebrauch (um Sprachfähig zu sein) eine Liste mit regelmäßig stattfinden Großveranstaltungen erstellen. Diese soll morgen dem Krisenstab vorgestellt werden.* • **Veranstaltungen am RKI:** Wenn möglich sollten Veranstaltungen virtuell durchgeführt werden. • Es soll darauf hingewiesen werden, dass auf Begrüßungsrituale (Umarmungen, Hände schütteln)	IBBS Presse FG14

	weitestgehend verzichtet werden soll. [redacted]	
9	**Surveillance** • Bereits unter Kommunikation besprochen	FG32
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • [redacted] • **Flugverkehr:** Aussteigekarten sind nur für Personen, die aus China zurückkehren, auszufüllen und nicht für Reiserückkehrende aus anderen Risikogebieten wie z.B. Italien. • **Zugverkehr:** [redacted]	FG32
11	**Internationales** • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZIG
12	**Informationen aus dem Lagezentrum** • Das BMG baut die Kapazitäten ihrer Hotline aus. Es kann zu einer Häufung von Anfragen von der Fachöffentlichkeit kommen. [redacted] (Abt. 3) überprüft daher die Möglichkeiten ggf. am RKI eine Hotline hierfür einzurichten. Die KV könnte Anfragen der Fachöffentlichkeit auch übernehmen.	FG32
13	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Dienstag, 03.03.2020, 11:00 Uhr, [redacted]	

062 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-03.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*03.03.2020, 11-13 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ International 72 Länder mit 10.625 (+1.727) Fällen, ▪ 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), Kuweit (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 • Trendanalyse [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	ZIG1

	[redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] alle 33 Fälle sind importiert, generell bisher kaum Fälle auf der Südhalbkugel **National** ○ 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 [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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.	FG36, FG32

Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs

Lagezentrum des RKI Agenda des COVID-19-Krisenstabs

2	**Erkenntnisse über Erreger** • Der Erregersteckbrief soll so schnell wie möglich veröffentlicht werden.	alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Noch gültig, keine Änderung	Alle
4	**Kommunikation** • Es gab Probleme bei der Twitterübertragung. • COVID-19 Seite wird neu strukturiert, bei Wünschen diesbezüglich bitte bei Presse melden. • [redacted] • [redacted]	Presse FG32
5	**Dokumente** **Flussschema (überarbeitete Version)** • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Ambulantes Management von Fällen:** • Problem, werden leicht erkrankte Patienten zu Hause mit anderen Familienmitgliedern isoliert, kann das zu wochenlanger Quarantäne der Familienmitglieder führen.	IBBS IBBS

	Deshalb für med. Personal keine häusliche Quarantäne vorgesehen. • Im Moment Schutz von med. Personal und vulnerablen Gruppen vorrangig. **Risikoprofil vulnerabler Gruppen** • Soll erstellt und ans BMG geschickt werden. • Fragen: Was sind Risikogruppen und was für Maßnahmen werden empfohlen? • [redacted] *To do: Dokument zu vulnerablen Gruppen erstellen. (FG36)* • [redacted] [redacted] • Falls Dokumente noch nicht ganz abgestimmt sind, aus Zeitgründen jedoch trotzdem schon ans BMG geschickt werden müssen, sollen sie als Entwurf gekennzeichnet werden. **Konzept KoNa** • Wurde an die Länder zur Kommentierung weitergegeben. **Angebote Tools/Dashboard** • 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.	FG36 FG37 FG32
6	**Labordiagnostik** • **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	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Klin. Kriterien für stationäre Aufnahme von Patienten mit laborbestätigter SARS-CoV-2-Infektion** • kein Auftrag, ärztliche Entscheidung **Verlegung und Kohortierung COVID Patienten im Gesundheitswesen:**	IBBS/FG14/ FG37 FG36

	• Entwurf Rahmenkonzept wurde ans BMG geschickt. **Sentinel Praxen AGI:** • positive Befunde kein Grund für Schließung von Praxen, bei Abstrichentnahme Mund-Nasenschutz wie bei allen respiratorischen Erkrankungen	
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted]	IBBS
9	**Surveillance** • **Lagebericht**: Karte soll eingefügt werden, im Moment nur mit Fällen. Internationaler Teil soll verkürzt werden.	FG32
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Keine Besonderheiten	FG32
11	**Internationales** • [redacted] befindet sich auf [redacted] • [redacted]	ZIG
12	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 04.03.2020, 11:00 Uhr, [redacted]	

064 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-04.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*04.03.2020, 11-13 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, [redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ▪ 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. ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	ZIG1

	[redacted] Begriff Sterberate/„Fallsterberate“ (epidemiologisch Anteil der Verstorbenen unter berichteten Fällen) beachten **National** ○ 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) ○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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 *ToDo: im Lagebericht Fallzahlen (aus Medien + Meldezahlen) den tatsächlichen Meldezahlen gegenüberstellen* ○ Quarantäne von HCW, die Kontaktpersonen Grad 1 sind, können lokal ein Problem für das Gesundheitssystem darstellen.	FG32 PAE

	○ Ausblick auf syndromische Surveillance: Der Influenza Wochenbericht zeigt einen leichten Rückgang der Influenza-Fälle. Die Karte kann nicht kleinräumiger dargestellt werden. ○ [redacted]	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • [redacted] • [redacted]	FG36
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Aktuell keine Änderung • [redacted]	Alle FG32
4	**Kommunikation** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG32 Presse AL3 Presse

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	
5	**Dokumente** **Rahmenkonzept** (Ergänzung zum nationalen Pandemieplan) • [redacted] **Flussschema (überarbeitete Version)** • 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. **Ambulantes Management von Fällen** • Rückmeldungen bitte bis Dienstschluss, soll morgen online gestellt werden. **Risikoprofil vulnerabler Gruppen** • Soll zeitnah veröffentlicht werden. **Anpassung Kontaktpersonenmanagement** • Konkretisierung für medizinisches Personal, wurde zirkuliert und kann ins Netz gestellt werden.	FG36 IBBS IBBS, FG14 FG36 FG36
6	**Labordiagnostik** • [redacted] • Die Hauptgefährdung für die Ärzte entsteht bei der Probenentnahme bei den Patienten. Deshalb wären Selbsttests durch die Patienten hilfreich.	ZBS1 FG17

	• 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. [redacted] hat hierzu Literatur zusammengestellt und an [redacted] geschickt. • Es wird eine Einschätzung von [redacted] gewünscht, ob die Selbstbeprobung erfolgsträchtig ist. *ToDo: IBBS stimmt einen Termin mit [redacted] für TK ab.* • ARS-Labor sollen durchgeführte Tests, pos. und neg. getestete Tests mitübermitteln, außerdem wird auf die VoxCo-Abfrage hingewiesen; läuft gut an. • [redacted] • 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.	FG36/IBBS/ FG37
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Es gibt Bevorratungsstrategie für experimentelle Therapeutika, 3 STAKOB-Zentren wären bereit an klinischen Studien teilzunehmen. • [redacted] • 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. *ToDo: Beratung und Evaluation der Maßnahmen sollen von FG37 begleitet werden*	IBBS/FG14/ FG37 FG37
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • 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	**Surveillance** • **Dashboard:** [redacted] und [redacted] haben angeboten eine Karte zu erstellen und zu aktualisieren. Karte muss in SurvNet eingebunden sein. FG31 und die Signalegruppe sollen sich mit [redacted] in Verbindung setzen.	FG32, FG31
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • 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	**Internationales** • [redacted] • [redacted]	ZIG
12	**Information aus dem Lagezentrum** **Aktenrelevanz**: • [redacted] • 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
13	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Donnerstag, 05.03.2020, 11:00 Uhr, [redacted]	

066 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-03-05.pdf

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

Ergebnisprotokoll

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*05.03.2020, 11 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ Weltweit 95413 (+2.334), davon 3.285 Todesfälle (+82), Fallsterberate 3,4% ○ [redacted] ○ WHO EURO Region 4.354 Fälle (+976), davon 114 (+29) Todesfälle, Fallsterberate 2,6%, 324 schwere Krankheitsverläufe (7,4%) ▪ 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%) [redacted] • [redacted]	ZIG1 ZIG1

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted]	alle
	○ [redacted]	AL3
	○ [redacted]	alle
	• Ausbruchsgebiete national ○ [redacted]	alle
	○ 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	
	ToDo: Klärung Kriterien zur Definition von Risikogebieten, FG36/INIG	
	ToDo: [redacted]	
	ToDo: [redacted]	
	National • Fälle ○ 349 laborbestätigt, 15 Bundesländern, 98 Landkreise: 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	FG32

	○ 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 • IBBS lässt klinische Verläufe dokumentieren anhand von WHO-Dokumenten, scheint aber komplizierter/zeitaufwendig zu sein • [redacted] • Deutscher Lagebericht kommt auch auf die Webseite in abgespeckter Form, der englische ebenfalls *ToDo: FG32 erarbeitet Vorschlag zur Verbesserung der Datenübermittlung bis frühestens Montag* *ToDo: Lageberichte (verschlankte Fassung) von heute an auch in beiden Sprachen auf RKI-Webseite*	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • 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	alle INIG
3	**Aktuelle Risikobewertung** **Risikobewertung RKI** • [redacted]	Alle
4	**Kommunikation**	

	• Fragen von Presse
	  ○ Ändert sich Risikobewertung wenn Todesfall in Deutschland: nein
	  ○ 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
	• [redacted]
	• [redacted]
		Presse

5	**Dokumente**
	• 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
	  ○ Wurde vorbereitet, gut umgesetztes fachliches/ wissenschaftliches Produkt
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	[redacted]
		FG36
		alle

6	**Labordiagnostik** • [redacted] • ECDC rapid laboratory capacity assessment läuft, inkl. Frage nach Verknappung von Schutzmaterialen für Laboruntersuchungen, hoffentlich demnächst Übersicht auf europäischer Ebene (von ECDC) verfügbar	ZBS1 FG17

	• 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	AL1 VPräs
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • [redacted] • TK 13 Uhr mit [redacted] 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 *ToDo: FG37 spricht mit* [redacted] *hierüber*	IBBS
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Testungen bei medizinischem Personal sind häufiges Thema, HCW müssten sich theoretisch täglich testen, sinnvoller wäre ein Algorithmus, wie sie effektiv geschützt arbeiten können • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] Ggf. auch Kirchengemeinden (jedoch weniger Tröpfchen-Produktion), Kriterienpapier zu	AL1 FG32/FG35 FG32 FG36

	Massenveranstaltungen kann diesbezüglich überarbeitet werden
	• Pandemiephasen
	  ○ 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
	  ○ [redacted]
	  ○ 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
	
	ToDo: [redacted] *und* [redacted] *lesen sich Rahmenkonzept noch einmal mit Blick auf lageabhängige Maßnahmen (und Phasen) durch*
	
	ToDo: FG36 bereitet EpiBull Artikel zum selben Thema vor, zunächst [redacted] *Kontaktpunkt*
		Vpräs/FG36/ alle

9	**Surveillance**
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• Untererfassung
	  ○ Studien zu möglicher Untererfassung von Fällen, mehrere Ansätze in Arbeit
	  ○ Möglicher Erhalt von Daten aus virologischer Testung
		FG32/Abt. 3

	[redacted]	
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Neue Empfehlungen für Busreisende wurden abgestimmt	FG32
11	**Internationales** • [redacted]	ZIG
12	**Informationen aus dem Lagezentrum** • Aktenrelevanz – nicht besprochen • IHR Focal Point, EMOTET Filter heute nicht– nicht besprochen	FG32
13	**Andere Themen** • Verteiler Krisenstab mit nur wenigen Mitgliedern wurde kreiert: [redacted] • Nächste Sitzung: Freitag, 06.03.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	

068 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-03-06.pdf

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	06.03.2020, 13:00-15:00 Uhr
Sitzungsort:	RKI, [redacted]

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
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ Weltweit 98.120 (+2.707), davon 3.388 Todesfälle (+103), Fallsterberate 3,5% ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] Fallsterberate 1,8%, ≥419 schwere Krankheitsverläufe ▪ 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 • Trendanalyse [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	ZIG1

	○ [redacted] ○ Risikogebiete sollen sich auf Regionen mit vielen Fällen beschränken, nicht auf ganze Länder. ○ Reiserückkehrer aus Risikogebieten werden wie Kontaktpersonen 2.Grades behandelt: Empfehlung soziale Kontakte zu reduzieren, ohne Erkrankung keine Quarantänemaßnahmen nötig *ToDo: Hilfestellung für ÖGD: Empfohlene Maßnahmen bei Einreise aus Risikogebieten überarbeiten (FG32 + AGI)* **National** • Fälle ○ 543 bestätigt (+194), 15 BL und 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 der Fallzahl ○ [redacted]	FG32
	○ Daten sind jetzt in SurvStat abrufbar, durch den Meldeverzug jedoch mit weniger Fällen als im Lagebericht kommuniziert wurde. ○ Demnächst sollen auch im Lagebericht nur noch Meldedaten verwendet werden, da der Aufwand für die Recherche zu groß ist. Bei der Umstellung könnte dies zu einer einmaligen Reduzierung der Fallzahlen führen. ○ Information zu Hospitalisierung ist für 146 vorhanden, davon sind 52 hospitalisiert; jedoch keine Info über Schwere der Erkrankung vorhanden. *ToDo: Definition „schwere Erkrankung“*	FG36
	• [redacted] • [redacted]	FG32
	• [redacted] • [redacted] • [redacted]	

	[redacted]	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Der Erregersteckbrief wurde vom BMG freigegeben, kann publiziert werden. *ToDo: Erregersteckbrief soll in korrekter Fassung an Presse (FG36)* • [redacted]	FG36
3	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted] • Eine Einbeziehung der Verfügbarkeit von Schutz- und Gegenmaßnahmen in die Risikobewertung wäre sinnvoll.	FG32/FG36
4	**Kommunikation** • 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 geeignetere Formulierung für „Hustenetikette“ wurde „Husten- und Niesregeln“ gewählt. *ToDo: Sprachregelung umsetzen (Presse)* • [redacted]	Presse FG32
5	**Dokumente** • Risikoprofil vulnerable Gruppen: online • Empfehlung zur häuslichen Quarantäne o wurde an die AGI geschickt, da es keine Widersprüche gab, kann link, über den diese bezogen werden können online gehen. • Papier zu Handlungsoptionen zur Trennung von Patienten o ist keine Abkehr vom Pandemieplan sondern eine Konkretisierung, ein Anhang zum Pandemieplan	FG36 IBBS/Presse FG37
6	**Labordiagnostik** • [redacted]	FG17 ZBS1 FG36

	[redacted] *ToDo: Evaluierung Selbstabstriche (FG36)* • AGI Sentinel: gestern 213 Proben getestet, alle negativ • Serologie ist im Moment noch nicht validiert. • Das Verhältnis von replikationsfähigen Viren zu genomischer RNA in den Proben soll untersucht werden. • Grippeweb: es gibt die Überlegung auf freiwilliger Basis ein RKI internes Vergleichskollektiv zu etablieren. • ARS-Daten: von 500 in der Routinediagnostik getesteten Proben waren 8 positiv. *ToDo: Zusammenführen der ARS-Daten mit Voxco und RespiVir Daten* [redacted]	FG17 FG36 FG37 Abt.3
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • [redacted] • Entlassungsmanagement: o Eine Entlassung anhand klinischer Kriterien aus dem KH in die häusliche Isolierung ist möglich. Es muss entschieden werden, wann die häusliche Isolierung aufgehoben werden kann. Dafür wird eine pragmatische Lösung nach einer bestimmten Dauer im Vergleich zu „Freitestung“ 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.) *ToDo: Aufhebung der häuslichen Isolierung (nach Krankenhausentlassung) definieren (IBBS, Abt. 1, FG36)* • Planungstool zur Vorhersage der benötigten Anzahl Krankenhaus- und Intensivbetten für die nächsten Wochen o Webbasiertes Tool bei dem Parameter eingestellt werden können, schätzt neue Fälle, aktive Fälle, neue Hospitalisierungen, belegte Betten Normalstation, Inzidenz Intensivstation, Belegung Intensivbetten o Vorteil an webbasiertem Tool: Verbesserungen können kontinuierlich eingebracht werden o Externes Hosting ist nötig o Zugriff müsste auf Personen, die Versorgung planen, beschränkt werden (Landesministerien).	FG37 IBBS FG17 FG36 FG37

	○ [redacted]	
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Konzept KoNa: Finanzierungsfrage muss geklärt werden; Kontaktaufnahme mit [redacted] wegen GERN-Teams *ToDo:* [redacted] *soll Finanzierung aus Sondermittel BMG beantragen.* • Update zu Massenveranstaltungen: Es gab eine Anfrage zu med. Kongressen/Messen. Antwort durch Pressestelle: sollen Veranstalter mit den Behörden vor Ort selbst entscheiden. Hinweis andere med. Kongresse wurden bereits abgesagt. *ToDo: Weiterleitung der Email an Pressestelle (FG36)*	FG37
9	**Surveillance** • [redacted] *ToDo: Besprechungstermin mit Hr. Lekschas, Fr. Mehlitz organisieren* • Antrag von [redacted] mit nationaler Kohorte zu serologischer Testung (Ausgangssituation und retrospektiv tatsächliche Infektionsrate) hängt von Validierung der Serologie ab, an Assays wird gearbeitet. Es besteht Interesse, Rückmeldung durch FG36.	FG32/AL3 FG36/AL3
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Keine Besonderheiten	FG32
11	**Internationales** • [redacted]	ZIG
12	**Informationen aus dem Lagezentrum** • IHR Focal Point, EMOTET Filter: RKI kann keine internationalen Attachements empfangen.	FG32
13	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 09.03.2020, 13:00-14:30 Uhr, [redacted]	

070 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-09.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ 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, ▪ 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 • Trendanalyse (Folien hier) International: • Allgemein: Hotspot sind weiterhin Italien und Iran. • **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 Hongkong die Eindämmung erfolgreich war. • **Südkorea**: Der Trend geht nach unten, es ist ein Abfall in der Epikruve 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	ZIG1

sporadisch oder unter Ermittlung

- **Russland:** Hat offiziell nur 15 Erkrankungen gemeldet. Es ist nicht klar, ob die Zahl stimmt. Das Land macht strenge Kontrollen am Flughafen.
- **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%)
  Anzahl der Fälle mit wahrscheinlichem Infektionsort Südtirol steigt. Italien gibt bei EWRS Selective Echange an, dass in Südtirol Community Transmission stattfindet.
  Italienische Presse bezeichnet „Norditalien" als Risikogebiet. Die italische Regierung hat das Risikogebiet selber auf 14 Provinzen ausgedehnt.

ToDo: INIG trägt zunächst die italienischen Regionen zusammen, die nun durch Maßnahmen betroffen sind. Darauf basierend werden dem BMG die neuen möglichen Risikogebiete vorgeschlagen.

- Definition „Risikogebiet" und „betroffenes Gebiet": Gebiete außerhalb von Deutschland werden als „Risikogebiete", innerhalb von Deutschland als „betroffene Gebiete" bezeichnet.

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 [redacted] *zu senden.*

- **Iran:** Da es einen Anstieg der neuen Fälle gibt, wird nun ganz Iran wird 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:** [redacted] • [redacted] • **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. **National** • 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) • Heinsberg 26% aller Fälle in Deutschland • In Bayern und Baden-Württemberg gibt es 2 betroffene Regionen, aber dies sind umschrieben Cluster. Hier gibt es keine Community Transmission, sondern nachvollziehbare Transmissionsketten • 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 sollen1x pro Tag die kumulative Fälle schicken und eine Auswertung nach Landkreise, Alter, Geschlecht etc. erfolgt via SurvNet. Das	FG36, FG32

Dashboard zum Eintragen könnte helfen und motivieren.

- **Dashboard:** Hier ist ein Disclaimer nötig z.B. „Hier werden nur nach IfSG gemeldeten 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 [redacted] und für die Freigabe [redacted] als Ansprechpartner genannt.
- [redacted]
- 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 vorberietet. In Heinsberg gibt es 8 schwer erkrankt, 4 davon werden mit experimentellen Therapeutika behandelt.	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Der Erregersteckbrief wurde erfolgreich publiziert. Eine Korrekturanfrage (Tenazität ist mit 9 Tagen angegeben; in Literatur 6 Tage) wird an [redacted] weitergegeben.	Presse
3	**Aktuelle Risikobewertung** • 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 gemacht. • Zukünftig könnte über eine „Was kann kommen“ Sektion auf der Internetseite nachgedacht werden. Ähnlich hat dies das CDC bereits gemacht.	Alle
4	**Kommunikation** <u>RKI</u> • Es gibt eine Snapshot Umfrage der Uni Erfurt zur Perzeption von empfohlen Schutzmaßnahmen sowie dem RKI etc. Die Ergebnisse werden mit dem Krisenstab geteilt. • Bitte der Pressestelle an INIG bei den internationalen Fallzahlen die Ländernamen (z.B. Palästina, Vatikanstadt) zu überprüfen. • Nationale Fallzahlen: bislang gibt es einen in Ägypten verstorbenen Deutschen. Dieser wird nicht in der Liste mit den deutschen Fallzahlen aufgeführt; jedoch im Lagebericht. • In Italien wird gesagt, dass in Deustchland zu wenig getetsete wird. Oft (auch inetrnational) kommt die Frage nach der Anzahl der Testungen. *ToDo:* [redacted] *wird wöchentlich die Zahlen der Anzahl der Labortestungen an die Presse geben.* <u>BZgA:</u> • Laufendes Geschäft. Es wird weiter an dem Ausbau des Informationsangebotes gearbeitet. Es gibt sehr viele Bürgeranfragen. *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“).* [redacted]	Presse, FG32 BZgA

5	**Dokumente** • [redacted] Kategorien sind (A) besttätigte Krankenhausfälle, (B) kritische Fälle und (C) Todesfälle. *ToDo: FG36 wendet das Dokument auf die bereits übermittelten Fälle an.* • **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 Papier „Risikogruppen“ FG14 und FG36 gleicht ab, ob ggf. etwas daraus gestrichen werden kann. • **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.	FG36, FG14, IBBS
6	**Labordiagnostik** • **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. • [redacted]	FG17
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Zur Kohortenisolation gibt es einen Nachtrag im Hygienepapier. • Es gibt ein 12 seitiges Papier zum Umgang mit Kontaktepersonen, 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 Kategoire 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.	IBBS/FG14/ FG32

	• **Therapiehinweise für COVID-19:** Es wurden Therapiehinweise zusammen mit dem STAKOB erstellt und mit relevanten Fachgesellschaften geteilt. Größe 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.	
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • **Absage von Veranstaltungen:** [redacted] Es kann auf die Kriterien bzgl. der Absage von Massenveranstaltungen vom RKI hingewiesen werden. Dies kann weiterhin genutzt werden, um Veranstaltungen mit weniger als 1000 Teilnehmenden zu bewerten. Folgeabschätzung muss berücksichtigt sein (z.B. Medizinerkongress). • **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. • **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 *ToDo: FG36 überprüft, welcher Begriff am besten unserer Strategie entspricht.*	
9	**Surveillance** • **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	FG32

	benötigt werden, was in absehbarer Zeit machbar sein sollte. • **„Anteil der Verstorbenen“:** Der Begriff „Fall-Sterbe Rate“ wird nicht verwendet! Stattdessen soll die Bezeichnung „Anteil der Verstorbenen“ genutzt werden. • 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 AGI TK wiedergespiegelt werden kann. Zur Beurteilung der Schwere werden Endpunkte benötig. Dies soll den Ländern aktiv vermittelt werden.	
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • **Exit Screening:** Es wurde lange über Entry Screening diskutiert. Angesichts der jetzigen Situtation kann in der morgiegn TK mit den Gesundheitsämtern der Flughäfen Exit screening für den Flughafen Düsseldorf diskutiert werden. • [redacted] • **ÖPNV:** Es gibt immer wieder die Anfrage, ob es Sinn macht Desinfektionsspender aufzustellen oder auch Busse und Bahnen zu desinfiziert. Die Haltung des RKI ist es auf gute Händehygiene hinzuweisen.	FG32
11	**Internationales** • [redacted] kommt am Donnerstag zurück von seiner WHO Mission zurück.	ZIG
12	**Andere Themen** • Bei Weiterentwicklung der Situation muss überlegt werden, ob die Treffen des Krisenstabs virtuell stattfinden können. *ToDo: Das LZ prüft Möglichkeiten (z. B. Vitero, GoToMetting). Frühestens ab nächsten Montag möglich.*	VPräs
	Nächste Sitzung: Dienstag, 10.03.2020, 11:00 Uhr, [redacted]	

072 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-10.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler (per Telefon)
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ 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): ▪ 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) ▪ 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 • Trendanalyse (Folien hier) ○ 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	INIG

	○ Italien: Infektionsschwerpunkt nach wie vor der 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) ○ [redacted] ○ 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 • Risikogebiete ○ 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 • Maßnahmen gegen Deutschland wurden durch INIG zirkuliert	
	National • Änderungen Berichterstattung ○ 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) • Fälle: Fallzahlen und Analyse hier ○ [redacted] ○ [redacted]	FG32/FG36

	[redacted] ○ 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 bevölkerungsbasierte Maßnahme, sollte auch in Deutschland früh begonnen werden, sie ist auch in fortgeschrittenem Stadion effektiv, je früher desto wirksamer, ○ Verfügbarkeit von Schutzmaterial hat wesentliche Auswirkungen, sollen erkrankte Masken tragen? • Unterstützung Bundesländer ○ RKI Teams unterstützen in Freising, ab heute auch in Nürnberg, beide haben größere Cluster ○ Unterstützung durch RKI soll priorisiert werden ▪ Nicht mehr first come first served ▪ [redacted] ▪ 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	**Erkenntnisse über Erreger** • 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 • Veröffentlichung zu Inkubationszeit von [redacted] wird durch FG36 bewertet, auch, ob sie zu Änderungen in unserer KoNa führen soll, maximale Inkubationszeit von 14 Tagen hat sich international nicht geändert	FG36
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Heute keine Anpassung der RKI Risikobewertung • Finalisierung Dokument „Rationale Risikobewertung“	alle

	fertiggestellt und BMG zugestellt, BMI war auch interessiert	
4	**Kommunikation** **RKI/Presse** • 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 [redacted] 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? 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 [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted]	alle

- [redacted]

[redacted]

- [redacted]

Dokumente/Empfehlungen

- FG14 Papier zu Altenpflegeheimen, Finalisierung und Veröffentlichung auf Webseite, Empfehlungen müssen auch in das Papier zu vulnerablen Gruppen
- 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
  - Kontakt zu labordiagnostisch bestätigtem Fall, oder
  - Häufung von respiratorischen Fällen in Altenpflegeheim/ in vulnerabler Gruppe
  - Sollte nichts an diagnostischem Vorgehen ändern
- FG37 Papier zur Trennung von COVID und anderen Patienten, in Abstimmung und Finalisierung mit AGI, dann baldige Veröffentlichung, FG14 sollte auch informiert werden
- 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
- 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
- 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
- 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

	informieren über Selbstisolation
	• 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
	  ○ Viel Unklarheit darüber, bei wem Testung sinnvoll ist (z.B. Aussagekraft eines negativen Tests während der Inkubationszeit), Fachöffentlichkeit überrannt von Bürgern
	  ○ Betriebsärztlicher Dienst könnte bei der Begleitung bei auftauchenden Fragen mehr gefordert werden
	  ○ Trennung von Fragestellungen in Bevölkerung und Fachöffentlichkeit (KKH, Pflegeeinrichtungen)
	  ○ 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
	  ○ Noch kein definitiver Beschluss hierzu
	
	RKI Arbeit
	• 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
	• [redacted]	

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** • [redacted] • [redacted] • 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
	• [redacted]
	• 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
	  ○ 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
	• [redacted]
		IBBS
		
		FG36/FG37

	[redacted] • 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	**Transport und Grenzübergangsstellen** • ECDC Stellungnahme: entry screening ist nicht zielführend	FG32
11	**Internationales** • Nichts zu berichten • Information der Bundeswehr: [redacted] steckt in Teheran fest, noch nicht klar wann und wie er zurückkehrt	

12	**Andere Themen**
	• Zukünftige Gestaltung Krisenstabssitzung Zielsetzung(en)
	  ○ 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, [redacted]	

074 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-11.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ 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%) ▪ 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%) ▪ 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 • Trendanalyse (Folien hier) ○ 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 • Risikogebiete ○ [redacted] ○ [redacted]	ZIG1 ZIG

	[redacted] • [redacted]d • [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG32
	National • Fälle, Inzidenzen, Epikurven nach Bundesland (Folien hier) 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) **Gesamteinschätzung** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Krankenhaus Hygieniker sind im Austausch und entwickeln aktuell Konzepte damit Personal arbeiten kann, Grundlage ist Papier aus der Schweiz: Maske, Handhygiene, dann Arbeit, bei Symptomen zu Hause bleiben, Testungen an Tag 7 und Tag 14; Ziel ist zeitnahe Veröffentlichung von Empfehlungen	alle

	• 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 *ToDo: Folien zu deutscher Lage auch (wie INIG-Folien) täglich an Bundeswehr/BZgA schicken*	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • 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	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf	alle
4	**Kommunikation** **Öffentlichkeitsarbeit** • 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 • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	Presse

	[redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted]	

5	**Dokumente**
	Strategieergänzungspapier (Entwurf_COVID-Strategie-4-0)
	• [redacted]
	• FG36 hat Papier mit folgenden Schlüsselansätzen vorbereitet:
	  ○ Fälle und KoNa auf individuellem Niveau
	  ○ Maßnahmen auf Bevölkerungsebene
	  ○ Schutz vulnerabler Gruppen
	• Verlangsamung ist die zentrale Komponente, die genannten Phasen stellen die Komponenten und Maßnahmenpakete dar, diese wirken zusammen, immer geltend sind
	  ○ Reduzieren von Kontakten
	  ○ Schutz vulnerabler Gruppen
	  ○ 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 einstellen 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
	• Strategieergänzungs-Dokumentes wird fertiggestellt und zur Kenntnis ans BMG geschickt
	• [redacted] hat heute im Deutschlandfunk bereits alle Punkte
		FG36

	genannt, Nachricht ist bereits angekommen/angenommen *ToDo: Strategieergänzungspapier (bestehende Aufgabe?) Fertigstellung und Versandt an BMG* **Anpassung Falldefinitionen** • In Vorbereitung, Abstimmung zwischen FG36/FG32, auch Austausch mit IBBS **Umgang mit Leichen** • [redacted] • Leichenwesen ist normalerweise komplett Ländersache, muss es in dieser besonderen Lage bearbeitet werden? • Verallgemeinern von Empfehlungen diesbezüglich schwierig, da im Landesrecht verschiedene Ansätze bestehen • RKI Möglichkeiten (bereits praktiziert): Verweis auf CDC Material, fachliche Empfehlungen zu infektionshygienischen Aspekten, Verweis auf alte Papiere zu SARS-Corona • Umsetzung ist Ländersache **Papier zur Trennung von Patienten** • Gestern in der AGI abgestimmt, BMG Anmerkungen werden integriert, anschließend geht es an Presse zu Veröffentlichung	FG36 FG32/alle FG37

6	**Labordiagnostik**
	• AGI Sentinel: 30% mehr Proben? Erster positiver Fall (s.oben)
	• Weiterhin alle Ergebnisse negativ, Interesse RNA-Probe des AGI-Falls von FG17 zu erhalten
	• Noch nicht abschließend klar, ob Kontaminationsproblem behoben wurde da es noch keine weiteren Lieferungen gab
	• Test-Kapazitäten und bisherige Testungen
	  ○ Abt 3 Abfrage läuft, Ergebnisse Stand 10.03.
	  ▪ 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
		FG17
		
		ZBS1
		
		AL3
		alle

7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht gesondert besprochen	IBBS/FG14/ FG37

8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	• 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)
	• PSA
	  ○ Info aus AGI gestern: Hamburg hatte Lastwagen mit PSA bestellt, dieser wurde an der Grenze gestoppt
	  ○ [redacted]
	  ○ OEs sollten ggf. überprüfen, ob in erstellten Dokumenten Anpassungsbedarf (N95) besteht
		FG32

9	**Surveillance** • Nicht gesondert besprochen	
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Kreuzfahrtschiffe** • [redacted] • Es gibt wirtschaftliche Bedenken/Konsequenzen • BMG will Vorgehen wissen, wenn Fall auf Kreuzfahrtschiff in Deutschland auftritt • US CDC hat Kreuzfahrtschiff-Reisen abgesagt, soll Deutschland auch in diese Richtung? • Sinnvoll wäre es, es sind Groß/Massenveranstaltungen, auch Verweis auf Kontaktpersonen-Management Papier	FG32
11	**Internationales** • Es gibt weitere Unterstützungsanfragen von Partnerländern, insbesondere im Bereich Diagnostik, diesen kann nicht mehr nachgekommen werden • 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 • INIG Daten sollen nun wie die nationalen auch nachmittags geschickt werden um zu harmonisieren	ZIG
	Information aus dem Lagezentrum • Beschluss, dass im Lagebericht die Fallzahlen mit Datenstand 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	FG32

	etc. etc. etc.) genutzt. • Seit heute RKI-Liaison-Person im BMG Lagezentrum, [redacted] von IBBS, sie soll auch eine Filterfunktion haben • Amtshilfeersuchen NRW: [redacted] 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 (Schwartländer) kommt heute, Präs, VPräs und AL3 nicht verfügbar, [redacted] und [redacted] stehen für Austausch zur Verfügung	

12	**Andere Themen**
	• Virtuelle Treffen: keine klare Strategie, voraussichtlich Nutzung von Vitero
	  ○ 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, [redacted]
		IBBS

076 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-12.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** - Fälle o Weltweit 121.672 (+7.486), davon 4.292 (3,6%) Todesfälle (+81) o International (ohne China, mit Taiwan) 103 Länder mit 40.763 (+7.457) Fällen, davon 1.213 (2,98%, +342) Todesfälle; >1.200 schwere Verläufe o WHO EURO Region 19.540 (+4.086) Fälle, davon 732 (3,7%, +197) Todesfälle; >1.000 schwere Verläufe - Trendanalyse (Folien hier) o **Südkorea:** Es gibt einen leichten Anstieg der Fallzahlen in Seoul und aus Gyeonggi. Maßnahmen, die in Südkorea durchgeführt wurden sind eine aggressive und transparente Informationskampagne (Risikofaktoren und nützliche Maßnahmen), High volume testing (mehr als 210.000 Tests wurden durchgeführt, wobei jeden Tag bis zu 10.000 neue Tests durchgeführt wurden, Drive-Through-Testzentren), Quarantäne, Desinfektion von kontaminierten Umgebungen sowie Schulschließungen und "Work-at-home"-Politik. o Drive-through centres gibt es auch in England. Laut der AGI haben alle Bundesländer etwas Ähnliches. Mal in mobiler mal in stationärer Form. Betrieben werden diese z.B. von Medizinstudenten oder der KV. Es findet immer eine Vorselektion (z.B. Telefongespräch mit Gesundheitsamt) statt. In Bayern gibt es in der Kaserne München eine Teststation. Eine weitere plant die LMU auf der Theresienwiese. o Alle Länder, die mit ihren Maßnahmen Erfolg haben, haben eine Art von finanziellen Mitteln als Absicherung für Arbeitgeber bei Quarantäne von Mitarbeitenden. *ToDo: ZIG stellt Maßnahmen anderer Länder mit Bewertung für das BMG zusammen* o **Japan:** Weitere Fälle. Die Mehrheit der Fälle auf Hokkaido (n=118), gefolgt von Aichi (n=102), Osaka (n=80), Tokyo (n=67), und Kanagawa (n=44). o **Iran:** Es gibt mehr als 9.000 Fälle. Betroffen sind immer noch die gleichen Gebiete. o **Italien:** Aus Italien sind nun auch die Zahlen für	ZIG1 ZIG

	hospitalisierte Patienten bekannt: es gibt 5.838 Hospitalisiert mit Symptomen, 1.028 auf einer 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; [redacted] wird ihn sich anschauen. ○ **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. *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)* ○ **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. *ToDo: BMG soll noch einmal zu dem Vorschlag, die Staaten Washington, Oregon und Kaliforniern als Risikogebiete zu deklarieren, Stellung nehmen.* ○ **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 hohen touristischen Aufkommen wie z. B. auch	

	Südtirol sollte für die Definition für Community Transmission nicht nur die autochthone Bevölkerung betrachtet werden, sondern auch die Fälle bei Touristen. Der mögliche Export von COVID-19 Fällen nach Dänemark und weitere skandinavische Länder ist auch für Deutschland relevant. **National** - Fälle, Inzidenzen, Epikurven nach Bundesland (Folien hier) o Alle Bundesländer betroffen o Besonders betroffen sind in Baden-Württemberg SK Stuttgart und LK Esslingen, in Bayern der SK München und der SK Freising sowie in Nordrhein-Westfalen der LK Heinsberg. ▪ Nordrhein-Westfalen: 262 Fälle, davon 220 Fälle mit Heinsberg als Expositionsort (in ganz D.: 233 Fälle mit Expositionsort Heinsberg); ▪ Bayern: 89 Fälle, davon 36 Fälle mit Expositionsort LK Freising, 10 SK München und 11 LK Starnberg (insgesamt in D.: 42 mit Expositionsort Freising, 11 SK München und 11 LK Starnberg) ▪ Baden-Württemberg: 33 Fälle, davon 5 LK Esslingen (in ganz D. 10 mit Expositionsort LK Esslingen) ▪ Berlin: 90 Fälle, davon 29 in Berlin-Mitte (in ganz D. 33 mit Expositionsort Berlin-Mitte) o Rheinland-Pfalz, Thüringen, Bremen sind schon up-to-date mit SurvNet Übermittlungen gegenüber den vorab übermittelten Fällen; andere haben mehr Probleme (z.B. Hamburg) o Gesundheitsämter wünschen sich Strategiewechsel, damit sie ihrer Arbeit von Kontaktpersonennachverfolgung auf die Ermittlung für bestätigte Fälle und anschließende Übermittlung via SurvNet fokussieren können. o [redacted]	FG32

	ToDo: [redacted] *kann das Thema bei der anstehenden Ministerpräsidentenkonferenz anbringen.*	FG36
	Ergänzende Auswertung (Folien hier) von SurvNet übermittelter und validierter Fälle (Datenstand: 11.03.2020, 11:00Uhr) ○ 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.	FG32
	Amtshilfeersuchen: ○ 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 teleepidemiologsiche Hilfestellung via [redacted] und dem Lagezentrum	
	Fallzahlen:	

	○ Übermittlung von Fallzahlen an das BMG: Es ist in Ordnung, dass das RKI momentan sowohl die übermittelten als auch die 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. [redacted] hat hierfür bereits eine Sprachregelung vorbereitet. ○ 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	**Erkenntnisse über Erreger** ○ Es wurde eine Publikation zur Virusausscheidung zirkuliert, welche ggf. für das Papier zum Entlassungsmanagement genutzt werden kann *(siehe Dokumente).* Es ist allerdings schwer, die Entlassung an der Virusausscheidung fest zu machen. ○ Steckbrief: Eine aktualisierte Version wurde zirkuliert und wird zeitnah veröffentlicht.	alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** ○ 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. *ToDo: Bitte Dokumente bei Bedarf anpassen, sodass nun „pandemische Welle/Pandemie" anstatt Ausbruch oder Epidemie steht.*	alle
4	**Kommunikation** **Pressestelle RKI** • 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. [redacted] klärt [redacted] • Auf der RKI Internetseite gibt es rechts nun neben der Überschrift „aktualisierte Dokumente" auch die Überschrift „neue Dokumente".	Presse

	• 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 Gebärdendolmetscher. [redacted] kann bei der Kontaktvermittlung helfen. *ToDo: Die Pressestelle organisiert bis spätestens kommenden Montag einen Gebärdendolmetscher.* [redacted] • [redacted] • [redacted] **Bundeswehr** • Keine neuen Informationen	
5	**Dokumente** • **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 hergestellte werden darf und ob sie als begrenzt viruzid deklariert werden dürfen. FG14 [redacted] kümmert sich um diese	IBBS, FG14, FG36

	Fragen. • **Ressourcenschonender Einsatz von MNS:** Es gibt zwei Änderungswünsche. Das RKI hat eine kommentierte Version an den ABAS geschickt mit Bitte um Zustimmung. • **Neue Strategie:** Die neue Strategie wurde dem BMG von FG 36 zur Kenntnis gesendet und eine Rückmeldung steht aus. [redacted] wird [redacted] die Strategie erläutern.	
6	**Labordiagnostik** • **AGI Sentinel Surveillance:** kein neuer Fall • **Ringversuch für SARS-CoV-2:** 210 Labore haben sich angemeldet. • **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. *ToDo:* [redacted] *spricht mit dem Ringversuchslabor INSTAND;* [redacted] *eruiert, ob in EVAg Seren geteilt werden.*	FG17 ZBS1
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • **Papier HCW:** Auf Grundlage eines Papiers von swissnoso (https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Erreignisse/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. • **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. [redacted] 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	IBBS/FG14/ FG36/FG37

	weltweit. Diese Verlinkung soll zukünftig vor den deutschen Fallzahlen stehen. Das Flussschema selber wird erst wieder geändert, wenn die Falldefinition geändert wird. *ToDo: Die Pressestelle verschiebt die Verlinkung zu dem Dokument mit den internationalen Fallzahlen vor die Tabelle mit den Fallzahlen für Deutschland.* • **Entwurf für Änderung der Falldefinition:** Der Entwurf muss noch durch FG32 geprüft werden. *ToDo: Bis Dienstag (17.03.) sollen sowohl der Entwurf der neuen Falldefinition sowie der Entwurf für ein an die Falldefinition angepasstes Flussschema finalisiert sein.* • Dokument Patientenströme: Das Dokument ist finalisiert und wird zeitnah im Internet veröffentlicht.	
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • **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.	FG32
9	**Surveillance** • Nicht gesondert besprochen	
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • **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. *ToDo: Dem BMG soll der Vorschlag mittgeteilt werden, dass das RKI zukünftig auch auf die Kontaktpersonennachverfolgung bei Flügen verzichtet.* • **Kreuzfahrtschiffe:** Es gab heute eine TK mit dem Arbeitskreis der Küstenländer (AkKü). Die Kreuzfahrtschiffsaison (inkl. Flussfahrten) beginnt in ca. 2 Wochen. [redacted]	FG32

11	**Internationales** • [redacted] ist zurück von seiner WHO Mission in den Iran.	ZIG ZIG
	Information aus dem Lagezentrum • [redacted] • 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. • Es kommen viele Fachanfragen zu gleichen Themen. Bitte Textbausteine des Lagezentrums weiter ergänzen und nutzen. Bevor Anfragen weitergeleite werden soll das Lagezentrum prüfen, ob es nicht bereits eine ähnliche Anfrage gab bzw. ob Textbausteine schon vorhanden sind.	FG32, FG36
12	**Nächstes Treffen** • Nächste Sitzung: Freitag, 13.03.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	

078 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-13.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler (per Telefon)
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZgA :
  - [redacted]
- Bundeswehr:
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • **Fälle** ○ Weltweit 128.020 (+6.926), davon 4.713 (3,7%) Todesfälle (+348) ○ International (ohne China, mit Taiwan) >114 Länder mit 47.087 (+6.902) Fällen, davon 1.542 (3.3%, +337) Todesfälle; >1.386 schwere Verläufe ○ WHO EURO Region 24.353 (+4.868) Fälle, davon 963 (3,9%, +237) Todesfälle; >1.000 schwere Verläufe • **Trendanalyse** (Folien hier) ○ [redacted] ○ **Südkorea:** Es gibt einen leichten Rückgang der Fallzahlen. ○ **Australien:** Es gibt einen Anstieg der Fallzahlen in Australien und laut WHO Situation Report gibt es local transmission in Australien. ○ **Spanien:** Laut WHO Situation Report gibt es auch in Spanien local transmission. Es gibt 3 Gebiete mit hoher kumulativer Inzidenz (Madrid, Pais Vasco, La Rioja) mit wahrscheinlich ca. 2000 Patienten. In Katalonien gibt es einen Ausbruch in einer Klinik und 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. [redacted]	ZIG1 ZIG

hochgefahren. Die nationale Gesundheitsbehörde bietet einen gegenseitigen Austausch von Informationen.

- **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.
- [redacted]

- **Anpassung der Risikogebiete**
  - **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 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.
  - **Ägypten:** Montag soll über die Bewertung von Ägypten beraten werden

ToDo: Überblick über Ägypten und Niederlande vorbereiten, INIG

- **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). *ToDo: Die Erweiterung wird beim BMG angemeldet und die anderen Ressorts durch das BMG informiert, FG32/LZ* **National** • Fälle, Inzidenzen, Epikurven nach Bundesland (Folien hier) ○ 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. ▪ Nordrhein-Westfalen: 450 Fälle, davon 265 LK Heinsberg, 73 Fälle Stadt/Region Achen und 23 Fälle LK Coesfeld ▪ Bayern: 131 Fälle, davon 43Fälle mit Expositionsort LK Freising, ▪ Berlin: 101 Fälle, davon 43 in Berlin-Mitte ▪ Baden-Württemberg: 59 Fälle, ○ Export in andere BL (12.03.2020): ▪ 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 Beriln Mitte 2 exportiert nach NRW ○ 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. ○ [redacted]	FG32

	[redacted] *ToDo: In der AGI sollte die Beobachtung aus München zu der Verfügbarkeit/Erreichbarkeit der Hotline geteilt werden. FG32* *ToDo: Webseite Risikogebiete: Der Text muss etwas präzisiert werden, FG32*	
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Rolle der Kinder als Überträger** ○ 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 [redacted]) wurde die Effektivität von Schulschließungen modeliert, Publikation bezieht sich aber auf Influenza. ○ Es gibt eine Publikation nach der Kinder und Jugendliche genauso häufig infiziert weden 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. ○ [redacted] hat angeordnet, dass eine Passage zu Schulsschließungen in die Kriterien für die Risikoeinischätzung von Großveranstaltungen eingefügt wird. *To Do: Einfügen der Passage in die Risikoeinschätzung für Großveranstaltungen, FG32* *To Do: Fachliche Stellungnahme für Übertragbarkeit durch Kinder, FG36*	alle

3	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Aktuelle Risikobewertung bleibt bestehen	alle
4	**Kommunikation** **Pressestelle:** ○ Es erscheint heute ein Artikel im Epidemiologischen Bulletin, der auf dem Lagebericht beruht. ○ Das Strategiepapier von FG36 liegt derzeit bei [redacted]. ○ Die Diskussionen zu den derzeitigen Maßnahmen (Schutz der vulnerablen Gruppen, Eigenverantwortung etc.) stehen im Einklang mit den Inhalten des Artikels *ToDo:.Der derzeit vorliegende Artikel wird gelayoutet und soweit möglich finalisiert, so dass er kurzfristig publiziert werden kann, Presse* [redacted] ○ [redacted] **RKI** ○ 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.	Presse [redacted] alle
5	**RKI-Strategie Fragen** **Grundsatzfragen zu Risikogebieten:** ○ 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

	weniger Energie in die Diagnostik von begründeten Verdachtsfällen und mehr in die Testung von vulnerablen Gruppen fließen. o Grundsätzlich wird perspektivisch nur getestet werden, wenn sich daraus eine medizinische Folgerung ergibt (z.B. im Krankenhaus und Altenpflegeheimen). o D.h., dass Testungen bei klinisch milderen Verläufen ggf. zurückgehen werden. Aber auch diese sind aus Gründen der Infektionskontrolle sehr wichtig. o Für andere Bevölkerung gilt sowieso der Grundsatz der sozialen Distanzierung o Grundsätzliche Strategie weiterhin: Keine Testung von asymptomat. Personen, frühzeitige Testung von vulnerablen Gruppen und von Personen die Kontakt haben zu vulnerablen Gruppen. o Ausbreitung wird aller Vorraussicht nach geographisch unterschiedlich ablaufen. o Heute werden Falldefinitionen besprochen (am Dienstag Entwurf vorhanden) und im Anschluss das Flussschema angepasst. Dort soll perspektivisch der Bezug zu Risikogebieten und besonders betroffenen Gebieten entfernt werden. An dem Punkt sind wir aber jetzt noch nicht.	FG32, IBBS
	To Do: [redacted] *wird Punkt in Diagnostikpapier aufnehmen.*	FG32
	To Do: Topic für nächste Woche Dienstag: Wer sollte getestet werden? LZ	
	VIP Testung: o Es wurden insgesamt 14 Personen getestet. o [redacted]	FG32
	Freischaltung des Dahboards/Datenteilung: o Es gibt viele Anfragen zum Zugriff auf die SurvStat Daten mit automatischen Schnittstellen. o Wenn vom BMG gewünscht, musses dazu einen Erlass schreiben. o Das RKI wird das eigene Dashboard zur Verfügung stellen. Da das Hosting beom RKI auf der DMZ SurvNet und das mobile Arbeiten gefährdet, soll das der ITZ Bund machen. Dazu soll [redacted] direkt angesprochen werden. Er steht im direkten Kontatk zum BMG **Lagebild Ressourcen und Maßnahmen:** o 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. *ToDo: Maßnahmen-Überblick in Deutschland: Verschriftlichung/Bericht ans BMG mit Umsetzungsvorschlag ans BMI, IBBS*	
6	**Dokumente** **Publikation der Strategie-Ergänzung im Epidemiologischen Bulletin:** ○ s.o. **Anpassung Kontaktpersonenmanagement** ○ 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 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. ○ Bei Kat.II Maßnahmen sollten nicht nach Quarantäne klingen, grundsätzlich wird aber erstmal an Kategorisierung festgehalten. *ToDo: Anpassung der Formulierung der Maßnahmen bei Kat.II Kontaktpersonen, FG36* ○ Das Dokument zum ressourcenschonenden Einsatz ist fertig, abgestimmt mit ABAS und BMAS. Es wird noch noch auf Ausweitung der Zulassung gewartet. ○ Therapieempfehlungen Internistische Intensivmedizinier ist online	alle FG14 IBBS
7	**Labordiagnostik**	FG37, Abt.1, FG17, ZBS1

	○ **ARS** (Folien hier): Ergebnisse aus ARS: Insgesamt 15.348 Testungen, davon 2,6% positiv, die meisten aus Arztpraxen – dort 12.000 Patienten getestet, Altersdurchschnitt 42 Jahre, 48 J bei postiv getesteten Personen ○ 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 [redacted]. Wird als sinnvolle Ergänzung gesehen. [redacted] ○ Unilabore sind aber bei der KBV Abfrage nicht dabei, aber bei ARS – daher ergänzen sich di ebeidegn 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. ○ BMG hat Kontakt zu KBV *ToDo FG37 nimmt zu ARS Kontakt mit BMG [redacted] auf, FG37* ○ 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 Gesundeten 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. *ToDo: Epidemiologisches Design einer serologischen Studie durch [redacted] ZBS1 soll Testung durchführen*	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **ARDS/DIVI-Netzwerk**	IBBS

	○ 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. [redacted] 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 geht nur 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. Klinik: ○ Favipiravir wird vom Bund eingelagert, Remdesivir hat strenge Auflagen für Einsatz in Studien (Beatmung ohne Einsatz von Catecholaminen) Masken: ○ [redacted] ○ 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	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Schulschließungen - Regelung:** ○ Grds. schon unter TOP2 besprochen. ○ Viele Mitarbeiter sind betroffen, Frage nach offiziellem Schreiben vom RKI für Arbeitgeber der Partner *ToDo: Ein entsprechendes Schreiben wird von [redacted] vorbereitet*	ZBS1
10	**Surveillance** **Mortalitätssurveillance** ○ Kein neuer Stand dazu	
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Entscheidung zu KoNa Flug:** ○ Entscheidung liegt bei BMG **Kreuzfahrten**: ○ AIDA und auch einige andere Kreuzfahrtanbieter setzen bis Anfang April ihre Kreuzfahrten aus. ○ [redacted]	FG32
11	**Internationales** Nicht besprochen	

12	**Information aus dem Lagezentrum** Nicht besprochen	
13	**Sonstiges** o Auftrag BMG zu Brief mit Botschaft für Risikogruppen (Frau Merkel wird allen Menschen 65+ einen Brief schreiben, diese soll vorformuliert werden). *ToDo: Ein entsprechendes Schreiben wird vorbereitet, FG36*	[redacted]
14	**Nächstes Treffen** o Nächste Sitzung: Montag, 16.03.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	

080 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-16.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- AL3
  - Osamah Hamouda
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZV1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ○ Fälle ○ 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. *ToDo: INIG soll wie für China pro Land (Inzidenzen etc.) darstellen* ○ 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, davon 288 Todesfälle; Anteil der Verstorbenen 3,7%).	ZIG1

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 Verstorbener 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: [redacted] *(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 ○ Fälle, Inzidenzen, Epikurven nach Bundesland (Folien hier) ○ 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: ▪ Nordrhein-Westfalen: 8,6/100.000 EW (Heinsberg ca. 253,2/100.000 EW); Die Hälfte der Fälle kommt aus Heinsberg. ▪ Bayern: 7,4/100.000 EW ▪ Baden-Württemberg: ca. 9,6/100.000 EW ▪ Berlin: 8,0/100.000 EW ▪ Hamburg: 13,9/100.000 EW ○ [redacted] ○ Österreich hat Italien als möglichen Expositionsort überholt (Österreich: 901, Italien 866). *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.* ○ 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). *ToDo: Inzidenz und Trend für deutsche Kreise (Auswahl Top 10) aufstellen, um besonders betroffene Gebiete zu benennen.* ○ 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 gestellt werden soll.	FG32

	○ Benennung von betroffenen Risikogebieten: 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. *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.* ○ Die Meldung von Verdachtsfällen wird eingestellt. Diese Information wurde via Infobrief zirkuliert. ○ [redacted] ○ 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. **Amtshilfeersuchen:** ○ 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.	ZV FG32

	Fallzahlen: ○ 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 Berichtserstattung die Fallzahlen von der WHO bezogen.	
2	**Erkenntnisse über Erreger** ○ *Nichts zu berichten*	alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Am WE wurde eine neue Risikobewertung vorbereitet. Es soll diese Woche hochskaliert werden. Die Risikobewertung wird veröffentlicht, sobald [redacted] ein Signal dafür gibt.	VPräs
4	**Kommunikation** **Pressestelle RKI** • 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 [redacted] übertragen. Es sollte ein professioneller Übersetzer sein; Kosten werden vom BMG getragen. [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	Presse

	Bundeswehr • Keine neuen Informationen **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. [redacted] Darüber hinaus gibt es noch weitere Projekte über die [redacted] zukünftig im Krisenstab berichten kann. • Der Begriff „Social Distancing“ führte zur Verwirrung. Es soll daher besser „Abstand halten und Kontakte reduzieren“ gesagt werden.	FG21 FG32
5	**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 Dienstausweis 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. *ToDo: ZV1 bildet eine Arbeitsgruppe mit Vertretern aus den Abteilungen, um „kirsenrelevantes Personal“ zu identifizieren.* • <u>Unterstützung</u>: [redacted] hat eine Liste mit bereits ausgeschiedene MA, die zur Unterstützung kontaktiert werden. Die 43 MA der GERN Studie sollen die Kontaktpersonennachverfolgung (mobile Teams)	ZV1

	unterstützen. [redacted] wird dieses mit dem [redacted] besprechen • BMG Tweet: Es gab am 13./14.03 einen BMG Tweet zur Selbstisolierung von Reiserückkehren aus Gesamt Österreich, Schweiz und Italien. Dies hat auch im BMG beim Team für Kommunikation für Aufsehen gesorgt. Es handelte sich um eine persönliche Aussage von [redacted]. Die Dokumente und Bewertungen des RKI werden daher nicht angepasst. • Die neue Strategie ist seit Freitag online. Eine wesentliche Aussage ist, dass die Phasen ineinander greifen und sich nicht ablösen. Der Begriff „Strategiewechsel" sollte daher vermieden werden. • ECDC Szenario zu COVID-19: Das ECDC stellt empfohlene Maßnahmen für ein COVID-19 Szenario vor, was sich in 4 Stufen unterteilt. [redacted] analysiert, welche Maßnahmen von Deutschland bereits durchgeführt werden. Es zeigt sich, dass in Deutschland schon viele Maßnahmen aus der Szenariostufe 4 umgesetzt sind, aber Maßnahmen aus den vorherigen Szenariostufen nicht. Gerade Maßnahmen an Arbeitsplätzen und öffentlichen Plätzen fehlen noch. Das Dokument wurde schon mit dem BMG geteilt und soll auch an die Länder geschickt werden mit dem Hinweis erst die noch nicht implementierten Maßnahmen des Szenarios zu etablieren bevor radikale Maßnahmen (wie z.B. Ausgangssperre) verhängt werden. • Serosurvey: [redacted] Das RKI (FG36, FG37, FG35, AK Blut Vors) soll seine geplante Studie zur serologischen Untersuchung trotzdem auch durchrühren, da mit einer höheren Anzahl an Daten, die Informationen valider werden. Es ist insbesondere dann sinnvoll, wenn unterschiedliche Regionen in Deutschland abgedeckt werden. Für die Studie bräuchte man zunächst einen Neutralisationstest. Es könnten positive seren aus Aachen und Heinsberg genutzt werden, um den Test zu validieren.	FG32 FG37 (für FG35)
6	**Dokumente** • Die Anpassung der Handreichung für Einreisende aus Risikogebieten hinsichtlich Kontaktaufnahme mit dem GA wird morgen mit der AGI besprochen. • „Allgemeine Prinzipien und Empfehlungen für staatlich angeordnete kollektive Quarantänemaßnahmen": Es wird weiter daran gearbeitet. Ziel ist es, dass die Empfehlungen z.B. durch bestimmte Kriterien konkreter werden.	IBBS, FG14, FG32

	• Ein Vorschlag zu den Optionen von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal wurde von FG37 an FG14 geschickt. Die Kommentierung wird heute abgeschlossen. IBBS wird aufgrund des Dokuments die Infografik anpassen. • [redacted] • Eine Rationale zu den Schulschließungen wurde an die Länder geschickt. Ein Artikel hierzu soll im EpiBull folgen.	
7	**Labordiagnostik** • 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) *ToDo:* [redacted] *bespricht mit* [redacted]*, wie die Einbindung, weiterer Wissenschaftseinrichtungen sowie die Abrechnung der Test etc. gelingen kann.* • 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 Probenbegeleitschein wurde online gestellt und geteilt. *ToDo: FG36 setzt sich mit ZBS1 zusammen, um zu schauen, wie die Daten vom Probenbegleitschein (z.B. Symptome, Kontaktpersonen) genutzt werden können.* • 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.	VPräs ZBS1
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Das Tool zur Erfassung der Kapazitäten von Intensivstationen der DIVI starte morgen.	IBBS
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • 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	FG32, IBBS, Präs, VPräs

der Kontaktpersonenverfolgung hinzuweisen. Es soll weniger rückwärts geschaut werden, um Transmissionsketten nachzuvollziehen, sondern insbesondere vorwärts, um Personen gezielt zu informieren. [redacted] hat angeboten, dass das RKI regelmäßige Webinare mit ÖGD veranstalten kann (immer mittwochs 14-15 Uhr)

- Es gibt zahlreiche Anfragen aus den Bundesländern zu Modellierung. [redacted] hat bereits die Ergebnisse von [redacted] im Kanzleramt vorgestellt. Die Ministerien sind über die Dimensionen informiert. Das BMI erstellt eigene Modellierungen. [redacted] wird sich morgen mit den Personen, die sich damit im BMI beschäftigen, zum Austausch treffen. [redacted] 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.

ToDo: FG37 und [redacted] *finden für die morgige Pressekonferenz heraus, wie viel mehr Betten benötigt werden.*

- 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.
- [redacted] Zur Entlastung der Gesundheitsämter wird nun entschieden, keine Kontaktpersonennachverfolgung bei Flügen mehr zu machen.
- FFP 2 Masken: Im Veterinärbereich soll es einen großen Vorrat an FFP2 Masken geben. Das BMG wurde bereits in einer TK darüber informiert.

ToDo: Eine E-Mail soll an das *LZ BMG (in cc:* [redacted] *) geschickt werden, mit Bitte BMEL diesbezüglich zu kontaktieren*

- Nach Rücksprache mit den Ländern, soll SORMAS als Tool für die Kontaktpersonennachverfolgung in der jetzigen Lage

	deprioritisiert werden, da es eher die Eingabe in SurvNet vermindern würde. • [redacted]	
9	**Surveillance** • Nicht gesondert besprochen	
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • [redacted] Deutschland schließt nun viele Grenzen. Es gibt bislang aber keine Empfehlung, private Urlaubsreisen abzusagen.	FG32
11	**Internationales** • *Nicht besprochen*	ZIG
	Information aus dem Lagezentrum • Das Lagezentrum wird räumlich mehr entzeer.t. 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 [redacted]	

082 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-17.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*17.03.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG 32
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]

- Bundeswehr: -

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ○ Fälle ○ Weltweit 167.667 (+11.317), davon 6.442 (3,8%) Todesfälle (+626) ○ China (inkl. HK, Macau) 81.003 (+26) ○ International (ohne China, mit Taiwan) 146 Länder mit 86.661 (+11.291) Fällen, davon 3.239 (3,7%, +616) Todesfälle ○ WHO EURO Region 55.461 (+8.432) Fälle, davon 2.297 (4,1%, +482) Todesfälle ○ Große Fallzahlen haben Iran, Italien, Deutschland, Frankreich und Spanien ○ Trendanalyse (Folien hier) ○ Frankreich: Die Region Bourgogne-Franche-Compté hat 18/100.000 Fällen und 6 Todesfälle. Zur Beurteilung, ob die Region auch ein Risikogebiet wird, müsste neben der Inzidenz auch die Gesamtanzahl der Fälle sowie die Beziehung zu Deutschland (z.B. Pendlerverkehr) betrachtet werden. Ebenso fehlen Informationen zur Testung (z.B. werden alle getestet?) *ToDo: INIG trägt fehlen Informationen (z.B. Gesamtfallzahl, Aussagen zur Dynamik und Beziehung zu Deutschland) zu morgen nach.* Die Maßnahmen in Frankreich bleiben gleich. Ab heute gibt es eine Ausgangsperre (bei Verstoß Bußgeld) ○ Das Gesundheitsamt Offenburg meldet eine vermehrte Anzahl an COVID-19 Fällen. Es herrscht ein reger Grenzverkehr zur Region Grand Est in Frankreich, welche bereits als Risikogebiet eingestuft wurde. ○ Spanien: 1.438 neue Fälle (Gesamt: 9.191 Fälle); Madrid hat weiterhin eine hohe Fallzahl (4.165 Fälle). Es gibt weitere Regionen mit hohen Fallzahlen: Castilla-La Mancha (567), Navarra (274), País Vasco (630) und La Rioja (312). Als Kriterien zur Einstufung von Risikogebieten wurden bisher neben den Fallzahlen und Inzidenzen auch die Anzahl von exportieren Fällen nach Deutschland berücksichtig. Hierzu gibt es keine Informationen.	ZIG1

	ToDo: Dem BMG wird vorgeschlagen, La Rijoa und Pais Vasco als Risikogebiete zu definieren. ○ Österreich: Anstieg Fallzahlen (Gesamt: 1.132 Fälle). Besonders betroffen ist Tirol mit einer Inzidenz von 36,2/100.000 Ew. Auch sehr betroffen ist das Bundesland Vorarlberg im Westen Österreichs mit einer Inzidenz von 22,9/100.000 Ew. Hier gibt es auch gewisse Maßnahmen. *ToDo: Dem BMG wird vorgeschlagen, das Bundesland Vorarlberg als Risikogebiete zu definieren.* ○ Schweiz: 2.200 Fälle (26 Fälle pro 100.000 Ew.). In Tessin ist die Inzidenz am höchsten (74/100.000 Ew). Hier gibt es besondere Maßnahmen wir z.B. nur noch Lebensmittelgeschäfte und Apotheken offen. Das BMG bittet um Prüfung, ob die ganze Schweiz als Risikogebiet definiert werden kann/sollte. Der Vorschlag des RKI ist erst mal nur Tessin zu benennen, da es neben der hohen Inzidenz eine wichtige Durchgangsstraße (Berufspendelverkehr) ist. *ToDo: Dem BMG wird vorgeschlagen, den Kanton Tessin als Risikogebiete zu definieren.* ○ Niederlande: Insgesamt 1.413 Fälle (24 Todesfälle). Am meisten betroffen ist Noord-Barbant mit 554 Fällen. Dies wird weiter beobachtet. ○ Ägypten: 166 Fälle (4 Todesfälle), davon 8 Fälle reiseassoziiert mit Saudi Arabien (Pilgerfahrt). Eine Studie der Universität Toronto vermutet, dass es 19.310 Fälle in Ägypten gibt. Es gibt exportierte Fälle nach Frankreich (2), Kanada (1), USA (45), Libanon (1). Touristen sollen Reise abbrechen und zurückreisen. ZIG hat gestern eine Anfrage über WHO EMRO zur Kontaktaufnahme mit ägyptischen Laboren gestellt, um mehr über die Fallzahlen herauszufinden. Es sollte auch herausgefunden werden, ob es hauptsächlich Fälle bei Touristen (Nilkreuzfahrt, Hotel) gibt. Da Ägypten ein beliebtes Reiseland ist, ist eine Einstufung als Risikogebiet sinnvoll. *ToDo: Dem BMG wird vorgeschlagen, Ägypten als Risikogebiete zu definieren.*	

	Zusammenfassung vorgeschlagenen Risikogebiete: ○ **La Rijoa und Pais Vasco (Spanien)** ○ **Vorarlberg (Österreich)** ○ **Tessin (Schweiz)** ○ **Ägypten**	
	National ○ Fälle, Inzidenzen, Epikurven nach Bundesland (Folien hier) ○ Ab heute werden nur noch SurvNet übermittelte Fälle dargestellt. ○ Es gibt 5.433 in SurvNet übermittelte Fälle; 13 Todesfälle. ○ Es sind 359 Kreise betroffen. ○ Eine Folie zur 3 Tages Inzidenz soll Hotspots herauszufinden. ○ Die Mehrheit der in Deutschland exponierten Personen war in NRW exponiert (767), gefolgt von Bayern (259), Berlin (159) und Baden-Württemberg (159). ○ Für das Ausland wird Österreich bei 901 Fällen (davon Tirol bei 348) und Italien bei 866 (davon Südtirol bei 193) Fällen als wahrscheinlicher Expositionsort angegeben. ○ 5 Kriterien (Inzidenz, Anzahl Fälle, Trend, Expositionsort, Maßnahmen) sollen helfen, um zu bestimmen, was eine besonders betroffen Regionen in Deutschland sein könnte. Die Verdachtsfalldiagnose ist an die Definition der besonders betroffenen Gebiete geknüpft. Ein Ranking der Land- und Stadtkreise ist jedoch schwer. [redacted] Exportierten Fälle spiegeln die Reiseaktivität wieder. Es gibt viele exportierte Fälle, die Berlin-Mitte als wahrscheinlichen Expositionsort angegeben haben. Dies können z.B. Touristen, Dienstreisende, Studenten mit Wohnsitz in ihrer Heimat oder Berliner aus einem anderen Bezirk sein. Eine Entscheidung der Definition von besonders betroffenen Gebieten hängt von der Priorisierung der Kriterien ab. ○ Unabhängig davon sollen die Botschaften zu Maßnahmen (z.B. gute Händehygiene) deutschlandweit gelten. Eine Nennung von besonders betroffenen Gebieten könnte implizieren, dass gewisse Maßnahmen (z.B. gute Händehygiene) hauptsächlich in diesen Gebieten nötig sind. → **Aktuell gibt es keinen Anhalt für Gebiete die**	FG32

	nach den Kriterien als ein besonders betroffenes Gebiet innerhalb Deutschlands deklariert werden sollte.	
2	**Erkenntnisse über Erreger** ○ *Nichts zu berichten*	alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • In dem heutigen Pressebriefing hat [redacted] über die geänderte Risikoeinschätzung informiert. Durch den starken Anstieg der Fallzahlen wird die Gesundheitsgefahr für die Bevölkerung jetzt als „hoch“ eingestuft.	VPräs
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] **RKI** • Seit heute gibt es einen Gebärdendolmetscher für die täglich stattfindenden Pressebriefings • Es werden Dokumente in leichter Sprache erstellt (z.B. Was tun wir in der Krise?). Abteilung 2 unterstützt die Pressestelle. • Rückmeldung vom Info Postfach: Ärzte haben Probleme mit den Risikogebieten und dem Flussschema. • Die Bürger sollen mehr angesprochen werden. Der Ausbruch ist nicht nur der Ausbruch vom RKI, ÖGD oder BMG, sondern auch der Bevölkerung. Die Botschaften zur Selbstverantwortung sind noch nicht ganz angekommen. Die BZgA hat vieles in ihren Merkblättern bereits aufgenommen (Abstand halten, kein Präsentismus), was aber noch fehlt, sind Hinweise zur Selbstabsonderung. [redacted]	[redacted] Presse, FG37
5	**Dokumente** • <u>Falldefinition</u> ○ In einer Besprechung letzte Woche von FG32 und FG36 wurde ein Entwurf der neuen Falldefinitionen besprochen. Wie vorgesehen wurden die Falldefinitionen vereinheitlicht und vereinfacht. ○ Risikogebiete sollen keine Rolle mehr spielen. ○ Die Labordiagnostik erfolgt weiter per PCR. ○ Der Verdacht auf COVID-19 ist begründet, wenn bei Personen folgende Konstellationen vorliegt: Personen	FG32, FG36, FG37

	mit akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere UND Kontakt mit einem bestätigten Fall von COVID-19 • Flussschema: ○ Kriterium 1 = Begründeter Verdachtsfall (symptomatische Person mit Symptomen jeder Schwere mit Kontakt zu COVID-19 Fall) ○ Kriterium 2 = fällt weg ○ Kriterium 3 = Akute respiratorische Symptome jeder Schwere plus Angehöriger einer Risikogruppen (Bewohner Altenheim, Vorerkrankte) oder HCW ○ Kriterium 4 = Patienten mit klinischen oder radiologischen Hinweise auf eine virale Pneumonie ohne Alternativdiagnose + ohne erfassbares Expositionsrisiko . *ToDo: FG36 und IBBS passen Flussschema an. Dies wird Donnerstag mit dem Krisenstab besprochen und spätestens Freitag an die Länder geschickt.* • Fallzählung: Es werden momentan in Übereinstimmung mit WHO und ECDC-Falldefinitionen nur Fälle gezählt, die einen labordiagnostischen Nachweis (unabhängig von klinischen Bild) haben. FG32 plädiert dafür, das Vorgehen beizubehalten, solange der labordiagnostische Nachweis gelingt. Fälle aufgrund ihrer epidemiologischen Beziehung und Klinik ohne Labordiagnostik zu zählen, sollte erst in Erwägung gezogen werden, wenn die Kapazitäten zur Testung überfordert sind, oder in einem umschriebenen Ausbruchsgeschehen. Als Fälle, die die Referenzdefinition erfüllen, werden zukünftig weiterhin nur die Fälle gezählt, die eine Laborbestätigung haben. • Regulatorischer Rahmen: [redacted] Wenn es starke Durchgriffsrechte für das BMG geben soll, dann wird die Zustimmung durch den Bundesrat und Implementierung Zeit in Anspruch nehmen. [redacted] (L1) soll angesprochen werden, um sich diesem anzunehmen. • Optionen Umgang mit Kontaktpersonen unter HCW: Sowohl FG14 als auch FG36 haben das von FG37 erstelle Dokumente kommentiert. Es wurde das Schweizer System mit einigen Adaptionen übernommen. Der Auftrag kam ursprünglich aus dem BMG [redacted] mit Bitte, dass das RKI [redacted] das mit der KBV bespricht. Neben den Optionen für den	

Kommentiert [FH1]: [redacted] ist nicht mehr als Leiterin des Referats L1 im RKI tätig. Zuständig für Rechtsfragen in der COVID-Lage-AG sind [redacted] und [redacted].

	Umgang mit Kontaktpersonen unter HCW gab es noch die [redacted] *ToDo: FG37 schickt das Dokument zu den Optionen für den Umgang mit Kontaktpersonen unter HCW an [redacted], der es an [redacted] weiterleitet mit dem Hinweis, dass der Auftrag des BMG nur teilweise erfüllt ist.*	
6	**Labordiagnostik** • *Nichts besprochen*	
7	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • *Nichts besprochen*	
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *Nichts besprochen*	
9	**Surveillance** • *Nicht gesondert besprochen*	
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • *Nicht besprochen*	
11	**Internationales** • *Nicht besprochen*	
	Information aus dem Lagezentrum • *Nicht besprochen*	
12	**Nächstes Treffen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 18.03.2020, 11:00 Uhr, [redacted]	

084 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-18.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]

- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ 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**: ○ Bourgogne-Franche-Comté: 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. ○ Ile-de-France 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. • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZIG1

	National • Fälle, Inzidenzen, Epikurven nach Bundesland (Folien hier) • 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. [redacted] • 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 Expositionsort genannt. • Top 15 Inzidenz mit verschiedenen Kriterien: Inzidenz, Fälle, Exponentieller Trend, Expositionsort (Expositionsort, 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 Expositionsort, 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; [redacted] und [redacted] wurden entsendet.	FG32
2	**Erkenntnisse über Erreger** • 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	alle

	Vorsicht zu genießen. • Es gibt eine Studie, dass Hochaltrige, die verstorben sind, an Myokarditis oder Endokarditis verstorben sind. *ToDo: nach Literatur hierzu suchen* • 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	**Aktuelle Risikobewertung** • *nicht besprochen*	VPräs
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] **RKI** • 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. *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*	[redacted] Presse, FG37
5	**RKI-Strategie Fragen** • Auf die Definition von Risikogebieten als epidemiologisches Instrument, um Fälle zu finden, soll verzichtet werden. Das Flussschema 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 besteht.

- 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 öffentliches Leben wieder aufgenommen werden.
- **Konzept für Exitstrategie (wann sollen Maßnahmen nachlassen)**
    - 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 sich die Maßnahmen auf andere respiratorische Erkrankungen aus. Exitstrategie sollte nicht nur an Covid 19 festgemacht werden.
    - Die Maßnahmen in KH könnten deutlich länger beibehalten werden als in Bevölkerung.

	ToDo: Bis 25.03. müssen Grundüberlegungen aufgeschrieben werden: Federführung ZIG [redacted] in Zusammenarbeit mit FG36, FG37 ○ 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 [redacted] WHO an, um Leute zu benennen, [redacted] soll angesprochen werden. ○ Es soll zunächst zeitnah ein interner Termin stattfinden, bei dem Überlegungen skizziert werden, erst danach sollen externe Experten miteingebunden werden. ○ [redacted] (FG37) arbeitet an einem paper, das in der Gruppe verwendet werden könnte. ○ [redacted] ○ [redacted]	
6	**Dokumente** • **Falldefinition:** ○ Aufenthalt in einem Risikogebiet spielt keine Rolle mehr. ○ Verdachtsfall: Unspezifisches klinisches Bild soll herausgenommen werden, epidemiologische Bestätigung durch Kontakt mit bestätigtem Fall soll bleiben. ○ 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. • **Flussschema:**	FG32, FG36, FG37

	○ 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. ○ Aufenthalt in Regionen mit Covid-19-Fällen wird gestrichen. ○ [redacted] ○ Das Bild auf Seite 1 bei Hygiene kann geändert werden. ○ Meldung des Verdachts ist noch nötig, ist im Moment noch gesetzlich geregelt. *ToDo: Falldefinition und Flussschema sollen morgen in der AGI beraten*	IBBS

	werden. • **Kontaktpersonennachverfolgung:** ○ 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 ○ [redacted] *ToDo: Papier ist so verabschiedet und soll schnell online gestellt werden.* • **Flussschema zur KoNa** ○ 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.	
7	**Labordiagnostik** • Die Erfassung wie viele Tests durchgeführt werden, soll hauptsächlich über ARS laufen, jedoch sind nur kleiner Teil der abgefragten Labore bei ARS, außerdem gibt es die VOXCO-Abfrage	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • 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. • Es muss noch geklärt werden, was an Daten hinterlegt ist; das Tool ist für die Landesebene gedacht, nicht für institutionelle	

	Ebene (einzelne KH). *ToDo: Zugang zum Planungstool begrenzen und den Ländern zugänglich machen*	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *Nicht besprochen*	
10	**Surveillance** • Erste Kits für GrippeWeb+ wurden verschickt.	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • *Nicht besprochen*	
12	**Internationales** • *Nicht besprochen*	
13	**Information aus dem Lagezentrum** • *Nicht besprochen*	
14	**Nächstes Treffen** • Nächste Sitzung: Donnerstag, 19.03.2020, 11:00 Uhr, [redacted]	

004 Ergebnisprotokoll AG-nCoV-Sitzung 2020-01-16.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

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

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - *Osamah Hamouda*
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle, Schwere, Risikofaktoren 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) o Frankreich: Trend weitegehend 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 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 [redacted] o Katar: keine Informationen, soweit Fokus primär auf Länder mit starkem Anstieg o Norwegen: Fallzahl rückläufig, Inzidenz war hoch, genaue Maßnahmen noch nicht bekannt *ToDo: INIG informiert sich über Maßnahmen in Skandinavien, um mögliche dort etablierte zusätzliche Ansätze, die erfolgsversprechend sind, zu identifizieren* **National** • Fälle, Inzidenzen, Epikurven (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 10.999 (+2.801), davon 20 (0,2%) Todesfälle (+8) o [redacted]	ZIG1 FG32

	[redacted]
	  - 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
	• Testkapazitäten sind vielerorts erschöpft, Drang in Richtung klinischer Falldefinitionen
	• Bundesländer Trendanalyse soll auch in Lagebericht aufgenommen werden
	
	Surveillance-Ergebnisse (ab Folie 15 hier)
	• AGI Syndromische Surveillance
	  - 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
	  - 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 beatmenden 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
	
	Risikogebiete
	• Risikogebiete und „besonders betroffene Gebiete“ werden voraussichtlich morgen abgeschafft, wird heute sprachlich vorbereitet, Falldefinitionen und andere Dokumente/ Empfehlungen müssen diesbezüglich angepasst werden, Änderung wird in der RKI-PK morgen und über Webseite kommuniziert
	• Grob: dadurch, dass immer mehr Staaten innerhalb Europas
		FG32/alle
		
		VPräs/alle

	und Deutschland betroffen sind, wird der Fokus verändert, nun ist Fallfindung Priorität • 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 • 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) *ToDo: FG32 bereitet bereits Formulierung vor* **Lagebericht** • 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 • Generell ist es wichtig, dass auch strategische Erwägungen in der externen Kommunikation bedacht werden, Beispiel Antwort auf [redacted] 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 • 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	FG32/Präs/ alle
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Preprint berichtet von ACE-2-Rezeptor ISG (interferon stimuliertes Gen), ggf. reguliert Virus eigenen Rezeptor hoch, diese Hypothese könnte im Labor getestet werden • Studie über Tenazität in NEJM Letter: bestätigt Ergebnisse des früheren SARS Virus	FG17
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf	VPräs
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	[redacted]

	[redacted] **ChatBot** • Entscheidung hierzu steht noch aus, Minister erwartet heute bis 15 Uhr Entscheidung, ob RKI unterstützt und ob Expertise von Abt 3 einfließt • Viel Zeit und Personalkapazität wurde bereits investiert • [redacted] **Präs** • [redacted] **Presse** • Nichts neues zu berichten • Ein Dankeschön an die zahlreiche RKI-interne Unterstützung zu Fachanfragen per E-Mail	Präs/BZgA Präs Presse

5	**RKI-Strategie Fragen**
	• Sprachregelung „keine Risikogebiete mehr“, s.o. Lage National
	• Wie kann Strategie noch erweitert werden, zwei Ansätze:
	  ○ Selbstisolierung
	  ▪ 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
	  ▪ Wenn es mehr infizierte gibt laufen auch mehr Ausscheider rum, Thema wird relevanter und muss erneut bedacht werden
		VPräs/FG14/ FG36/alle

	▪ 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) ▪ [redacted] ▪ 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 sollte Regelung auflockern damit diese unter den aktuellen Umständen keine Hürde darstellt ▪ Erste Lieferung von PSA ist eingetroffen [redacted] *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*	
6	**Dokumente** **Zielgruppenspezifische Empfehlungen** • 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-	FG32/AL1/alle

	empfehlungen sollten von den jeweiligen Fachgruppe/-verbänden übersetzt bzw. angepasst werden • [redacted] • RKI muss auf Verantwortung der Fachgruppen verweisen **Info Präs** • 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	Präs
7	**Labordiagnostik** • 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 • [redacted] • [redacted] *ToDo: FG36 externe Kommunikation, dass Grippeweb Plus gestartet ist*	FG17 VPräs
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Flussschema und neue Falldefinitionen werden heute in AGI besprochen	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Selbstisolierung oben unter Strategie: Entwicklung eines Algorithmus, den IBBS erstellt und der dann diskutiert wird • Zahl der genesenen Fälle, Aufgabe bis heute DS ○ In Allgemeinbevölkerung besteht große Angst vor	VPräs FG32/Präs/ alle

	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 ÄztInnen 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 diverser unbestätigter Daten) ○ 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	**Surveillance** • 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, [redacted] spricht noch einmal mit [redacted] hierüber • Dokumente werden wie oben besprochen geändert und angepasst • Heute AGI TK: Abstimmung Flussdiagramm und Falldefinitionen, Abfrage zu Testkapazitäten und	FG32

	Priorisierung von Testungen	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Flugpassagiernachverfolgungen ab heute eingestellt	FG32
12	**Internationales** • Nicht besprochen	
13	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	
14	**Nächstes Treffen** • Alle beteiligten sollten ihre Punkte für die Agenda einbringen, diese wird unter dem jeweiligen Datum in diesem Ordner vorbereitet [redacted], entweder direkt selber eintragen [redacted] • Nächste Sitzung: Freitag, 20.03.2020, 13:00 Uhr [redacted]	

088 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-20.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- FG21
  - [redacted]
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- INIG

- [redacted]
- [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse (Folien hier) ○ Iran: Bericht von [redacted]/WHO Einsatz ▪ 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. - 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	ZIG1

	Vorerkrankungen an, Algorithmus berechnet 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 ▪ 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 • 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, [redacted] (INIG) ist gestern mit Quatar Air aus Manila eingereist *ToDo: LZ (zsm. mit FG32?) soll klären, wie Linienflügen aus (noch) Risikogebieten an den Flughäfen gehandhabt wird* ○ Katar: 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 ○ Norwegen: >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) • [redacted] ○ [redacted] ○ Pro ▪ 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	VPräs/alle

möglicherweise sinnvoll
- Wir eskalieren aufgrund von Modellierungen hoch, müssen zunehmend Kompromisse machen, es existieren Reisewarnungen

- Contra
  - 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
  - Berufspendler-Problematik
  - [redacted]
  - 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

ZIG

ToDo: Frage an BMG zu freiwilliger häuslicher Quarantäne nach Einreise aus dem außereuropäischen Ausland (wer?)

- Durch baldiges Wegfallen der Risikogebiete hat sich geändert, was von ZIG gebraucht wird, jetzt Fokus auf Maßnahmen

FG32

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - 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
    - National: oben Heinsberg gefolgt von Aachen (hier Übermittlung von Expositionsort nicht

differenziert),
        - International: fast 3.000 Fälle aus Österreich gefolgt von Italien, daher Resistenz gegen Aufhebung Risikogebiete
    - Indikatoren zur Definition besonders betroffener Gebiete (Folie 11): Heinsberg, Hohenlohekreis (kaum Exporte), Tirschenreuth, Freiburg auf Rang 7 (Inzidenz), dort und in ganz Bayern Ausgangssperre
- Sehr viele Cluster werden über internationale Kommunikation nachverfolgt, Flugbezogene Nachverfolgung jetzt eingestellt, aktuelle AA-Rückholaktionen, Kreuzfahrtschiff und abgehaltene Kongresse sorgen für viel Arbeit
- Amtshilfeersuchen
    - [redacted]
    - Priorisierung derer, bei denen Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen betroffen sind

Alle

Meldedaten/Now-Casting

- Es ist (noch) unklar, wann Maßnahmen in Fallzahlen sichtbar werden, und wie lang der Beobachtungszeitraum sein soll
- [redacted]
- Im deutschen infektionsepidemiologischem 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
- Daten, von denen wir nicht wissen, woher sie kommen und wie sie erhoben werden sind nicht sinnvoll und nicht interpretierbar
- Möglichkeit des Now-Casting auf Basis der Meldezahlen: wie viele Fälle haben wir wirklich?
- Bericht aus Italien zeigt mit Now-Casting eine Verlangsamung der Entwicklung, ggf. sind Verringerungen so gut/früh sichtbar

ToDo: [redacted] *soll federführend Now-Casting vornehmen mit Unterstützung von* [redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

	[redacted] *ToDo:* [redacted] *soll auch Modellierung zur Anzahl der genesenen durchführen*	
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Blutgruppe A: höheres Risiko schwer zu erkranken?** • Publikation weist nichts handfestes und nur einen Trend vor • Wie könnte dies in Studien mit aufgenommen werden? • FG37 Unterfangen mit Charité ist ein Surveillancesystem für kontinuierliche Datenerfassung, hier können Blutgruppen nicht mit untergebracht werden • 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	FG17/alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf	alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Nationale Kampagne: soziale Distanzierung** • Papier zu Kampagne zu sozialer Distanzierung in Arbeit um Sichtbarkeit zu erhöhen, Vorschlag ging an RKI-Krisenstab, [redacted] schickt es auch an BZgA Leitung • [redacted] **COSMO-Studie** • Science Media Centre [redacted] erhebt Daten über Gefühlslage in der Bevölkerung, wie denken Leute über die Situation, wie informiert fühlen sie sich • [redacted]	[redacted] FG37 Präs

	RKI-Modellierung • 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 wiederspiegelt, dass es um (verschiedene) Szenarien geht	Presse
	FAQ Masken • 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, [redacted] steht in engem Austausch mit BMG und BfArM • Zu Selbstbaumasken wird RKI nichts sagen (keine Nähgruppen bei Ausgangssperre), dazu gibt es Beiträge von Textilherstellern, [redacted]	AL1/FG14
	Dashboard • Ist nach kleinen Anlaufschwierigkeiten jetzt online und läuft (Link) • Für [redacted] wurde Autoreply Nachricht eingestellt, eingehende E-Mails werden dennoch bearbeitet	Presse
5	**RKI-Strategie Fragen** **Exit-Strategie** • 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 [redacted] • Aktuell interne Besprechung, Montag Fertigstellung, Dienstag BMG-Deadline	ZIG
	Netzwerke • Gestern STAG-ICH TK, Gespräch zu Informationsbedarf/ Indikatoren in 4 Bereichen: burden of disease, Testungen, Planung von Phasen, internationale Dimension • Auch Initiative von BMI [redacted], zsm. mit Ökonomen und anderen Disziplinen (bestehender Kontakt zu [redacted]) • RKI ist in diesen Gruppen durch Präs vertreten, es ist wichtig, gut informiert zu bleiben und RKI Input sicherzustellen • Kommunikation „ARE/Personen mit Erkältungskrankheiten sollen zu Hause bleiben“ hat begonnen, und muss verstärkt und	Präs

	überall mitbeachtet werden **Andere Ressorts** • BMI-Lagebild zu Übersicht zu Maßnahmen und Ressourcen, IBBS hat Kontakt zu BMI aufgenommen und wird nachfragen, s. auch unter 9 (Maßnahmen zum Infektionsschutz) • 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, [redacted]	alle

6	**Dokumente**
	Flussschema und Falldefinitionen
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• AGI-Sentinel-Testungen (Durchführung läuft sowieso)werden hier nicht erwähnt um keine Verwirrung zu stiften
	• Entscheidung
	  ○ Nummern aus Flussschema werden gelöscht um Missverständnis einer Priorisierung der Testung vorzubeugen
	  ○ Länderwünsche zum Teil berücksichtigt, Anpassung gewisser Formulierungen (s. E-Mail [redacted] 20.30.2020, 12:17)
	  ○ AL1 informiert KBV
		FG32/alle

7	**Labordiagnostik**
	• AGI Sentinel suggeriert nach wie vor keine breite Zirkulation, keine positiven Proben in den letzten zwei Tagen
	• ZBS1
	  ○ Haben seit letzter Woche 700 Proben getestet, davon waren insgesamt 111 positiv, aus DRK Studie (Selbstabnehmer) waren es 112 Proben mit 9 positiven Ergebnissen
	  ○ [redacted]
	  ○ Tägliche Bearbeitung von Proben, läuft ganz gut
	• Testevaluierung
		FG17
		
		ZBS1

	○ 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 ○ [redacted] steht mit Charité zu COVID-Studie zu Pneumonien in Kontakt, [redacted] ○ Studienprotokoll zu Testungen bei Blutspendediensten ▪ 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 ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ IgM Schnelltest für Erregertest nicht geeignet, aber gut für Serologie, hierzu FG17 und ZBS1 Austausch bilateral ○ [redacted] 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	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Ausgangssperren** • Zusehends verhängt, in unterschiedlicher Art und Umsetzung • [redacted] • 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	FG32/VPräs/ IBBS/alle

	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 • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted]	FG32
10	**Surveillance** • 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
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Aussteigerkarten: wird schwierig, wenn Flugzeug-KoNa wegfällt, werden dennoch wahrscheinlich zunächst beibehalten, muss nächste Woche beobachtet werden	FG32
12	**Internationales** • [redacted]	ZIG/FG32
13	**Studien** • New technologies	FG21/Präs

	○ [redacted] ○ Datenspende Wearables: Temperaturmessung via Smartwatch, [redacted] schickt noch Informationen, ist bereits in rechtlicher Prüfung (Freihandvergabe, Letter of intent), Firma ist bereit, Kommunikation nach außen sehr wichtig und Strategie zsm. mit [redacted] in Vorbereitung ○ [redacted] ○ 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 ○ [redacted] • Stellenausschreibung für Studenten raus und Bewerbungen kommen bereits, FG37 bereitet Sprechpunkte in Abstimmung Presse für Präs für PK vor • [redacted] klärt Zeitpunkt der Kommunikation dieser Punkte mit Minister (Risikogebiete sind bereits entschieden)	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Versuche weiterer räumlichen Entzerrung, virtueller Übergabe • Schließen von Schichtplan-Lücken symptomatischen MA • Mehr und mehr interessierte RKI-MA, Konsistenz/Kohärenz ist bei großem Pool eine Herausforderung • 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	FG32
15	**Andere Themen** • Präs möchte gerne Montag gerne erneute Nachricht ans Haus schicken, hierzu sollen sich [redacted] und [redacted] absprechen damit alle RKI-MA erneut und gleich informiert sind • Nächste Sitzung: Montag, 23.03.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	

090 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-23.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- L1
  - [redacted]
  - Joachim Mehlitz
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- INIG
  - [redacted]

- [redacted]
- BZGA : [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • [redacted] • [redacted] • Die INIG wird sich zukünftig auf 3 Bereiche fokussieren: 1. <u>Analyse der Krankheitsverläufe weltweit:</u> • 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> • 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. • [redacted]	ZIG1

[redacted]

3. Bestimmungen von Key Performence Indikatoren:
    - 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 Teste 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 berücksichtig werden. Allgemein sollte die Teststrategie (z.B. auch Tests mit/ohne Bezug zu einem Risikogebiet) berücksichtigt werden.

FG32

National

- 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.
    - [redacted]
    - 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.

FG32

Amtshilfeersuchen

	• Es gibt sehr viele Anfragen. Das RKI versucht primär telefonische Unterstützung zu leisten (z.B. [redacted] NRW, [redacted] das Saarland). • Konzentriert sollte sich auf Ausbrüche in Altenheimen, Krankenhäusern, Arztpraxen etc.	FG32
	Sonstiges: • <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. [redacted] • [redacted]	Alle

	[redacted] ▪ 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, Abstrichssets). *ToDo [redacted] wird heute besprechen, wie ein Übersicht der freien Kapazitäten aussehen könnte und dies dann ggf. dem BMG vorstellen.* *ToDo [redacted] wird sich bezüglich der Positivrate mit dem RKI Ansprechpartner für [redacted] austauschen.*	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • In New England Journal wurde berichtet, dass SARS-CoV-2 in Form von Aerosolen in der Luft bleibe. [redacted] 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. *ToDo: [redacted] findet RKI-intern(ggf. auch RKI-extern) einen Adressaten für Themen der Immunologie, Drifting etc.* • ACE als Risiko: Arbeitet IBBS dran.	FG17/FG36/ alle
3	**Aktuelle Risikobewertung**	

	• Kein Anpassungsbedarf	
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Pressestelle RKI** • 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 [redacted] wird es ggf. einen übersetzten Auszug eines Eurosurveillance Artikels im Epibull geben. • [redacted]	[redacted] Presse, VPräs
5	**RKI-Strategie Fragen**	

	Exit-Strategie • Der Teil zur sozialen Akzeptanz ist fertig gestellt und ZIG befindet sich im Austausch mit FG36. [redacted] **Gesetzgebung verfahren:** • In der neuen Rechtsgrundlage sind das individuelle Handytracking sowie die Zwangsrekrutierung von medizinischem Personal wohl nicht enthalten; dafür jedoch [redacted]	ZIG L1, FG32
6	**Dokumente** • **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. [redacted] • [redacted] [redacted] [redacted]	FG37/alle
7	**Labordiagnostik** • **Südkorea hat ein innovatives Testverfahren:** Die	FG17, ZBS1, FG37

	Probeentnahme erfolgt innerhalb von 10 Minuten und am nächsten Tag gibt es das Testergebnis per SMS. • [redacted] • **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.	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • 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	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted]	FG37/FG14
10	**Surveillance** • Grippeweb Aufruf soll erfolgen, sobald FG36 letzte Fragen (z.B. Datenschutz, ITZ) geklärt hat.	FG36
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • *Nicht besprochen*	
12	**Internationales** • *Nicht gesondert besprochen*	
13	**Information aus dem Lagezentrum** • [redacted]	FG32

	[redacted]	
14	**Andere Themen** • [redacted] [redacted] • 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)	FG32 IBBS
	• Nächste Sitzung: Dienstag, 24.03.2020, 11:00 Uhr[redacted]	

092 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-24.pdf

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, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle, Inzidenzen(Folien hier) ○ 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 ○ [redacted], Südkorea anfangs sehr stark dann Abflachung; Italien und Spanien stark ansteigende Entwicklung; Singapur, Japan sehr früh starke Maßnahmen mit Impact • Einzelne Länder ○ <u>Spanien</u>: ▪ 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>: ▪ Tessin als Risikogebiet definiert ▪ 2 weitere Gebiete sehr betroffen ○ <u>Österreich und Frankreich</u>: ▪ Aktuell Bundesland Tirol und Region Grand Est als Risikogebiete definiert ▪ Ggf. Anpassung, INIG bereitet dies für morgen vor ○ <u>Türkei</u>: ▪ Stark ansteigende Entwicklung, lediglich Information zu gesamt-Inzidenz und Regionen mit bestätigten oder Verdachtsfällen verfügbar, mögliche besonders betroffene Regionen unklar • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted]	ZIG1

[redacted]

[redacted]

[redacted]

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) — FG32
  - 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
    - Bundesland-Ebene: HH, BW, BY
    - SK oder LK (3- bzw. 5-Tages): Tirschenreuth, Miesbach, Rosenheim, Hohenlohekreis
  - [redacted]
  - 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 — FG36
  - Fälle werden in den meisten Bundesländern langsam älter (Entwicklung Altersverteilung)
- Expositionsorte gemeldeter Fälle, besonders betroffene Gebiete — VPräs
  - [redacted]
  - Freising: viele Expositionsorte und hohe Inzidenz
  - International: Österreich, Italien, Spanien
  - Urban vs. Rural
    - Andere Dynamik in Großstädten, Menschen sind näher beieinander, dies könnte ein zusätzlicher Indikator sein; z.B. Hamburg: hohe Fallzahl, niedrige Inzidenz
    - Definition „besonders betroffener Gebiete“ kann eventuell Fallanstieg in diesen reduzieren
    - [redacted]
    - Bei Einrichtung besonders betroffener Gebiete muss Überlegung mit aufgenommen werden „glauben wir, dass dort community transmission stattfindet?“ — Alle

	○ Erweiterung besonders betroffener Gebiete ▪ Vorherige Abstimmung mit den jeweiligen SK/LK ▪ [redacted] [redacted] • Berichterstattung: weiter nur laborbestätigte Fälle, oder bald auch klinisch-epidemiologische Fälle? ○ 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 • Internationale Kommunikation/KoNa ○ 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) • [redacted]	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Nichts neues seit gestern, zu Thesen bezüglich Imprinting sind mehr Information und Forschung notwendig	FG17/FG36
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Einstufung der Bewertung als hoch noch zutreffend, FG32 soll täglich überprüfen, ob weitere Textänderungen notwendig sind	FG32/alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted]	

	• [redacted]
	
	Presse
	• Problem der Zahlen-Diskrepanz
	  ○ Viele Anfragen/z.T. Angriffe da Fallzahlen und Kurven in Lagebericht und Dashboard verschieden sind
	  ○ Zwei Probleme
	  ▪ Meldeverzug
	  ▪ Unterschied des benutzten Datums (Melde- vs. Erkrankungsdatum)
	  ○ Meldewesen Dateneingang soll kurz erklärt werden, und Kurve in Lagebericht und Dashboard gleich sein
	  ○ Im Lagebericht sind vorne in der Tabelle tägliche Meldungen basierend auf Übermittlungsdatum, hinten erscheinen Fälle angepasst nach Erkrankungsdatum
	  ○ Ein grauer Balken am rechten Ende der Kurve soll Meldeverzug-Bereich auszeichnen, der unsicher und noch nicht zu interpretieren ist; aktuell scheint die Dashboardkurve zu sinken, dies ist missverständlich → Etablierung des grauen Balkens wichtig
	  ○ Priorität jetzt: Standardisierung der Kurven
	• FAQ wurden überarbeitet und an neue Falldefinition angepasst
	
	Fallzahlen RKI vs. Johns Hopkins
	• Viele Nachfragen bezüglich der Validität dieser Daten, die u.a. von der Tagesschau verwendet werden, und des Unterschieds zu RKI-Daten, Tagesspiegel und manch andere Medien haben es bereits erklärt, dennoch wird es noch nicht gut verstanden
	• Gelegenheit zur Erklärung des Meldesystems und Wichtigkeit dieser Daten, die viel verlässlicher und aussagekräftiger sind
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	
	[redacted]
		Presse
		
		Alle

5	**RKI-Strategie Fragen** **Now-Casting** (Entwurf hier) • Basierend auf Meldedaten von [redacted] erstellt • Gewisse Datumswerte werden noch geprüft, z.B. wie lange dauert es, bis Arzt an GA, und GA an RKI übermittelt • Abbildung Nr. 6 zeigt wie Now-Casting sich im Laufe der Tage	FG32/FG34/ FG36/alle

	verändert, verschiedene Linienarten zeigen das Datum des Castings und Veränderungen gegenüber der zuvor kalkulierten Schätzungen • Die geschätzten Fallzahlen liegen nun höher und sind wahrscheinlich realistischer, möglicherweise sind schon erste Konsequenzen der Maßnahmen sichtbar • Abbildung verschiedener BL legt ähnliche Tendenz überall nahe • 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 • Kurven steigen nicht (mehr) steil an, dennoch ist dies aufgrund des Meldeverzugs (der zunehmend ist) noch mit Vorsicht zu interpretieren • Vorerst noch keine externe Verwendung	
6	**Dokumente** **Umgang mit Leichen** • IBBS hat in Abstimmung mit FG14 ein Dokument hierzu erstellt, es wird heute mit der AGI besprochen • Behandelt auch Mindestschutz bei aerosol-produzierenden Maßnahmen, bei Autopsien volle PSA anzulegen • Nach AGI Zustimmung wird es geteilt und veröffentlicht **Flussdiagramm, Meldungen, Erklärungen zu Meldungen** • Neue Versionen sind online	FG14/alle
7	[redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted]	FG17 AL3

[redacted]

AL1

	[redacted]	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Abschätzung Bettenbedarf der kommenden Woche** • [redacted] • 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) • Betrifft ganzes Bundesgebiet, welche Auslastung ist grob zu erwarten um Kapazitätenbedarf der kommenden Wochen abzuschätzen und auf regionaler Ebene zu planen • Dies ist nicht auf Krankenhaus-Ebene möglich sondern für ein Einzugsgebiet abschätzbar, bzw. Städteweise auf Einwohner bezogen • Es tauchen zusehends Modelle von Drittanbietern auf, die ggf.	IBBS/FG37 IBBS

	nicht belastbar und nicht seriös sind
	• FG37 Planungstool
	  ○ Ist aktuell inaktiv und wurde nicht weiterentwickelt um Dopplungen zu vermeiden
	  ○ Ursprünglich wurden Daten zur Schwereeinteilung 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
	  ○ [redacted] übernimmt Aktivität und führt Leute zusammen, Rücksprache mit IBBS, [redacted]
	• Vielleicht ist Schätzung auch durch das DIVI Intensivregister erhältlich, über das regionale Koordinatorennetzwerke entstehen werden
	• [redacted]
	
	IBBS Netzwerke
	• 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
	
	Studie Marseille
	• 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
	• [redacted]
	• Es bleibt eine Einzelfallentscheidung und verfügbare Evidenz noch nicht richtungsweisend
	
	Entlasskriterien
		VPräs/IBBS/ FG17
		
		IBBS

	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]	

9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Thema** • Nicht besprochen	
10	**Surveillance** • 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 *ToDo: Anpassung Dashboard und Lagebericht, Erklärung der benutzten Daten, Balken für ungewissen Teil der Kurve, gleich Kurve in Dashboard und in Lagebericht*	FG32/FG36
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	FG32
12	**Internationales** • Nicht besprochen	ZIG
13	**Studien** **Update digitale Tools**	FG21

	• Vertagt	
14	**Information aus dem Lagezentrum** **Thinktank** • 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 **Externe Berater** • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Anfragen zu Lagedaten-Auszügen an LZ-Position Lagebericht** • [redacted] • [redacted]	FG32/IBBS FG36
15	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 25.03.2020, 11:00 Uhr[redacted]	

094 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-25.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Fälle, Inzidenzen(Folien hier)
	  ○ Stark betroffene Länder (>7.000 Fälle/letzte 7 Tage): Frankreich, Deutschland, Iran, Italien, Spanien, Schweiz, USA
	  ○ USA verzeichnen einen sehr starken Anstieg.
	  ○ Weniger stark betroffene Länder (1.400-7.000 Fälle/ letzte 7 Tage): Australien, Österreich, Belgien, Brasilien, Kanada, Israel, Niederlande, Portugal, Türkei und Schweiz
	  ○ Israel ist neu in der Gruppe der weniger stark betroffenen Gebiete
	• Einzelne Länder
	  ○ <u>Frankreich</u>:
	  ▪ Weiterhin Region Grand Est am stärksten betroffen mit einer Inzidenz von 83
	  ▪ Inzidenz in Ile-de-France 55 und in der Bourgogne-Franche-Comté bei 56
	  ▪ In Hongkong müssen Franzosen aus aus Grand Est und Bourgogne-Franche- Comte 14 Tage in zentrale Quarantäne
	  ▪ Französisches Risikogebiet wird nicht verändert
	  ○ <u>Österreich</u>:
	  ▪ Höchste Inzidenz in Tirol
	  ▪ Voralberg wird aufgrund der niedrigen Fallzahlen(ca. 400 Fälle) nicht zum Risikogebiet erklärt
	  ○ <u>China:</u>
	  ▪ Hubei: seit Tagen keine neuen Fälle
	• Vorstellung Paper zu Viral Shedding (s. TOP Erkenntnisse über Erreger)
	• Risikogebiete
	  ○ Das BMG hat der Ausweitung der Risikogebiete in der 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-Würtemberg,
		ZIG1
		
		FG32/alle

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
  - [redacted]
- Expositionsorte gemeldeter Fälle, besonders betroffene Gebiete
  - National:
    - NRW: Heinsberg, Aachen (geben sich selbst als Expositionsort an), Essen, Borken
    - BY: Rosenheim
    - RP: Koblenz
  - International:
    - 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.
- [redacted] 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.

ToDo: [redacted] *wird Vorschlag für Darstellung morgen im Krisenstab vorstellen.*

- Nachfrage, ob es Daten zur Exposition bei jüngeren gibt – handelt es sich v.a. um nosokomiale Infektionen?
- Die Prozentrate der Genesenen dem Anteil Verstorbener gegen überzustellen wird als schwierig erachtet, da die Daten der Genesenen sehr verzögert vorliegen.
- Es ist bekannt, dass der Bedarf besteht: Es hat sich eine AG zu dem Thema gebildet: [redacted], [redacted] und weitere, z.B. könnten die Zahlen der aus dem ECOSARI (?) System entlassen verwendet werden
- Frage nach Geschlechtsabhängigkeit: grds. zeigen Männer eine frühere Immunsenseszenz. Aber die Frage der Geschlechtsabhängigkeit ist anfällig für Confounding durch andere Risikofaktoren.

<u>Bewegungsmuster:</u>

- Laut Daten von [redacted] (Telekom, Telefonica) geht die Mobilität um bis zu 40% zurück
- Großes Interesse des Krisenstabs an den Analysen von [redacted]

ToDo: [redacted] *schickt die weiteren Daten der Analyse von* [redacted] *an den Verteiler*
ToDo: [redacted] *stellt Ende der Woche noch ein weiteres System vor.*

- [redacted]
- Wichtig, dass die Zeit jetzt genutzt wird, um alle PSA-Produktionskapazitäten hochzufahren.
- Es gibt eine Empfehlung des ABAS und des BfArm zur Aufbereitung von MNS in trockener Hitze
- Hinweis dazu im Webinar aus Italien: PSA-Aufarbeitung ist für KH keine Option, da stundenlang getragen und durchnässt – für Bevölkerung aber möglich
- Alle Repatriierten bekommen einen Handzettel, der vom BMG auf Empfehlung des RKI erstellt wurde, mit der Empfehlung sich selbst abzusondern.
- Auf der RKI Internetseite fehlt eine klare Botschaft zu den Repatriierten, daher soll der BMG-Handzettel auf unsere Webseite

<u>AGI – Syndromische Surveillance</u> (Influenza Wochenbericht hier):

- AGI - Syndromische Surveillance: Der Praxisindex ist weiter angestiegen, ist derzeit im Bereich stark erhöhter Aktivität. Es zeigt sich jedoch ein verfälschtes Bild, da die Bezugsgröße, die Zahl der Praxiskontakte zurückgeht. FG36
- 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. • Bei Grippeweb gehen die Raten von ARE und ILI runter. Grippeweb ist häufig eine Woche vor AGI. • Krankenhaussentinel: es gibt weniger Fälle bei Jüngeren (trotz Zirkulation von H1N1) – Positivenrate ist auch deutlich nach unten gegangen • Bevölkerungsbezogene Maßnahmen zeigen Effekt bei ARE. • Die Ergebnisse zu ARE sollten in den Lagebericht und auch an [redacted] 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! • EUROMomo: Bei Italien kann man eine Veränderung nach oben sehen. <u>DIVI-Notaufnahmeregister</u>: (Folien hier) • Tagesaktuelle Erfassung der realen Kapazitäten von Intensivbetten und der intensivpflichtigen Fälle • 1 Woche aktiv, 634 Klinken nehmen derzeit schon teil (2/3 aller Betten), manche Länder komplett. Jeden Tag kommen ca. 80 Kliniken dazu. • 3 disjunkte Kategorien: low care, high care (invasive Beatmung), ECMO • Derzeit liegen 769 COVID-Patienten in den teilnehmenden Kliniken. Die Hälfte der Patienten ist beatmet. • Derzeit die Anzahl freie Betten/belegte Betten etwa gleich groß, d.h. viele Betten sind schon frei gemacht worden (normalerweise Anteil freier Betten <10%) • Zusätzlich Info wieviel Betten in den nächsten 24 Stunden neu belegbar sind/mobilisiert werden können • Ggf. könnten auch andere Erkrankungen mit erfasst werden. • Ist die Altersgruppe der derzeit Beatmeten bekannt, das könnte eine interessante Botschaft an die Bevölkerung bzgl. Der Betroffenheit der jüngeren Generation sein • 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 • 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 • Modellierung laut [redacted] schwierig • Es gibt zudem eine Surveillance mit Webcas (?) – Es geht um nosokomiale Infektionen, inkl. Erfassung personenbezogener Daten, soll zur Entlastung der Ärzte durch Hygienefachkräfte	FG32, FG37, IBBS

	geschehen *ToDo: Austausch zu den verschiedenen Systemen durch* [redacted] • Frage ob man den Anstieg der ICU Betten über die Zeit darstellen kann – um zu sehen wie der Verlauf ist	
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Paper zu Viral Shedding** (Folien hier): • 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 • Bei Paaren von Infizierten und Sekundärinfizierten wurde die Inkubationszeit mit dem seriellem Intervall verglichen. • Ergebnis der Untersuchungen –gab es bei 44% gehen die Autoren 2 Tage vor Symptomen von Übertragbarkeit aus • Daher rechtzeitige Isolierung der Kontaktpersonen wichtig • 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% • 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. • Das Paper wurde im Anschluss von [redacted] nochmal an den Verteiler Corona gesendet und das Thema sollte ggf. nochmal in der Runde diskutiert werden. • Die Strategie (Soziale Distanzierung) sollte nicht verändert werden.	ZIG1, alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Handlungsbedarf	
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]

	[redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Die Strategie ist gerade sehr reaktiv, aber derzeit soviele Anfragen, dass es nicht anders bewältigt werden kann. • Twitter-Account wurde heute früh gehackt, Tweet mit rechtem 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	**RKI-Strategie Fragen** [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] **Echtzeiterfassung der Laborergebnisse:** • 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. • [redacted]	FG32/FG34/ FG36/alle

	• 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. **Grundsätzliches zu Entscheidungskompetenzen:** • Verschoben auf nächsten Termin **Weiteres - Gesamtstrategie für Öffentlichkeitsarbeit:** • Eine Gesamtstrategie zur Kommunikation mit der Öffentlichkeit wäre, gerade bei Projekten im Bereich Digitalisierung, wichtig – hier sollte nachgesteuert werden.	
6	**Dokumente** **Sachstand Patienten-Flussschema** • 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 [redacted] abstimmen. **Kontaktpersonen-Management-Flyer** • Eine finale Infografik zum Kontaktpersonenmanagement heute Nachmittag erstellt und geteilt – bitte nochmal anschauen. **Videodarstellung zu PSA-An/Ablegen** • IBBS bereitet kleine Filme vor zur Verwendung und auch zur Wiederverwendung von PSA **Weiteres** • 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).	IBBS/FG37/ AL1/alle
7	**Labordiagnostik** **Thema Selbstabstriche** • 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	FG36

	dazu. Die Proben werden gerade herausgesucht, die Ergebnisse liegen nächste Woche vor, ggf. auch früher. Es gibt eine gute Zusammenarbeit von FG36 [redacted], FG37 [redacted] und ZBS1 [redacted].	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** [redacted] • [redacted] • [redacted]	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Es gab eine Anfrage von [redacted] zu der von der WHO empfohlenen Anzahl an Infektionsepidemiologen: 0,5 Epidemiologen/100.000 Einwohner • 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. • Angesichts der derzeitigen Situation wurden 5 Personen/100.000 empfohlen. • Im Iran waren es sogar pro 500 – 1000 Personen zwei Personen als Unterstützung • 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. • Ggf. sollte man auch Südkorea als Bsp heranziehen • Diese Information wurde zunächst schnell benötigt, aber eine fundiertere Analyse wird nachgeliefert	AL3
10	**Surveillance** • s.o.	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • nicht besprochen	
12	**Internationales** • nicht besprochen	
13	**Studien** **Update zu digitalen tools:** • 1. Tool mit Charité (Abstimmung mit [redacted], [redacted]	FG21

	[redacted] 2. Datenspende App, die über Fitnesstracker die Ausbreitung besser vorhersagen kann. 3. CGA (Corona contact tracing Gesundheitsapp) Projekt mit Heinrich-Hertz-Institut zur Verfolgung von Kontaktpersonen • Es gibt auch weitere Apps: GoData (WHO) und SORMAS [redacted] kennt alle Diskussionen und sollte dazu kontaktiert werden) • Es gibt eine große Eigendynamik: 15 internat. Player in Europa, und es ist dringend ein Überblick nötig. *ToDo: Es sollte möglichst bald mit [redacted] ein Termin für den Krisenstab ausgemacht werden, um zu klären wo der Stand ist und was die nächsten Schritte sind. – [redacted].*	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	
15	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Donnerstag, 26.03.2020, 11:00 Uhr [redacted]	

096 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-26.pdf

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:	[redacted]

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
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG35
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS

- [redacted]

- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle, Inzidenzen(Folien hier) ○ Stark betroffene Länder (1.400-7.000 Fälle/letzte 7 Tage): neu sind Brasilien, Israel ○ <u>USA</u>: ▪ besonders betroffene Gebiete: New York (Stadt und Staat), Washington, Kalifornien, New Jersey; in New Jersey mittlerweile auch community transmission ▪ viele Cluster in Pflegeheimen/ Senioreneinrichtungen, vermutlich deshalb relativ hohe Sterblichkeit ▪ auch junge Leute in New York betroffen, 20% der hospitalisierten und 12% der ICU Patienten sind zwischen 20-44 Jahre, keine Info über Vorerkrankungen *TodDo:* [redacted] ○ <u>Brasilien</u>: ▪ am stärksten betroffen ist Region Süd-Ost: Sao Paulo, Rio de Janeiro, Ceará ▪ hohe Anzahl an Todesfällen, es werden jedoch nur schwere Verdachtsfälle getestet; soll weiter beobachtet werden ○ <u>Israel</u>: ▪ starke Tendenz, Fälle überall, auch in West Bank, Gaza ▪ Maßnahmen: Schließung des Landes für Einreisen; Schließung von Schulen, Universitäten, Märkten, Versammlungen, Heimquarantäne für Kontakte, Tracking von Fällen und Kontakten; seit 25.03.2020 „lock-down“ für 7 Tage ○ <u>Frankreich</u>: ▪ Ile de France, Bourgogne-Franche-Comté wurden gestern nicht als Risikogebiete definiert; Grund: exponentieller Trend, jedoch keine sehr hohe Inzidenz, deshalb zunächst beobachten; Ile de France (mit Paris) soll morgen nochmal besprochen werden *ToDo:* [redacted]	ZIG1

	○ 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 Dashbord 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:* [redacted] *benötigt die geschätzte Zahl der Genesenen jeden Wochentag.* ○ Inzidenzen steigen weiter an. ○ Höchste Inzidenzen ▪ Bundesland-Ebene: [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted]	FG32/alle

- [redacted]
- [redacted]
- 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.
  - Vorschlag alle Gebiete mit 7 Tages Inzidenz >100 sind besonders betroffene Gebiete
    - 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.
  - Wenn das Risikokonzept 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.

ToDo: [redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

	Hinweis: Bertelsmannstiftung bringt Angebote von Pflegepersonal mit erhöhten Bedarfen zusammen, [redacted] schickt Link.	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • 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	**Aktuelle Risikobewertung** • Soll auf „sehr hoch" für Risikogruppen gesetzt werden; Personen, die mit vulnerablen Gruppen arbeiten, sollen bevorzugt getestet werden. *ToDo: Risikobewertung für Bevölkerung hoch, für Risikogruppen sehr hoch, soll heute Nachmittag auf Website geändert werden.*	Alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • 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 [redacted] stattfindet. Das nächste Pressebriefing wird am Montag oder Dienstag stattfinden. • Bei Übertragungsschwierigkeiten, wie zuletzt in Hamburg, bitte dies der Presse mitteilen.	BZgA Presse

5	**RKI-Strategie Fragen** **Serosurveys:** • Querschnittsuntersuchungen an Proben von Blutspendern sind in den nächsten Monaten in Zusammenarbeit mit HZI und RKI [redacted] • [redacted] • 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. • [redacted] • 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. *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* **Modellierung des Effekts von Maßnahmen:** • 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.	Abt.2/Abt.3 ZIG, FG37

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 Sachunkundige kann zu Fehlschlüssen führen und großen Schaden verursachen. Stattdessen sollten konkrete Projekte definiert werden und im Einzelfall entschieden werden, wer welche Daten bekommt.
- 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 [redacted] relevant.
- Morgen wird vorgestellt, was [redacted] und Abt. 2 vorhaben. Die Koordination sollte bei Abt. 3 liegen:

ToDo: Definierung eines Konzepts, welche Daten wann für wen extern für Zwecke der Modellierung zur Verfügung gestellt werden können, Federführung Abt. 3

Kriterien zur Deeskalation:

- 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 Maßnahmen ergriffen.
	• 2 Szenarien:
	  ○ 1.: Soziale Distanzierungsmaßnahmen werden für alle aufgehoben, Eindämmung auf einem Niveau.
	  ○ 2.: Bestimmte Bevölkerungsgruppen werden besonders geschützt durch weiterführende Testungen und Kontaktpersonennachverfolgung.
	• 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.	

6	**Dokumente** **Sachstand Patienten-Flussschema** • Im neuen Flussschema für Patienten gibt es keine Risikogebiete mehr, nur noch Symptome. • IBBS ist noch im Abstimmungsprozess mit FG36, dann soll Entwurf an die Grafikfirma weitergegeben und bis Ende der Woche finalisiert werden. • Erst soll die Abstimmung mit FG32 und FG36 erfolgen, daran anschließend weitere Abstimmung, morgen Nachmittag kann Version zirkulieren. • **Kontaktpersonen-Management-Flyer** • In Endabstimmung	IBBS
7	**Labordiagnostik** **Thema Selbstabstriche** • AGI Sentinel läuft weiter; Probenanzahl ist rückläufig (90 Proben, 1 positiv) • Info von ZBS1: Engpässe bei bestimmten Laborutensilien sind absehbar, es soll eine Liste mit fehlenden Utensilien an die FG-Leiter geschickt werden. • Wie viele Tests pro Woche deutschlandweit möglich sind, wird im BMG-Lagezentrum geklärt. • 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 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. • 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.	FG36 ZBS1

	• Aktuell wird ein Erlass zu Konzepten zur Optimierung der Nutzung von Laborkapazität erwartet. *ToDo: [redacted] bereitet ein erstes Konzept vor und schickt es in die Runde, hierfür wird eine neu beim RKI einzusetzende Arbeitsgruppe benötigt.* • 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	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • 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	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • GrippeWeb+; Ziel ist bis Mitte nächster Woche etwas zu Selbsttests sagen zu können	FG36
10	**Surveillance** • Schwere Fälle: im Meldesystem sind verschiedene Variablen definiert; es soll eine Verlaufssurveillance mit Charite etabliert werden, hier gibt es noch datenschutzrechtliche Probleme *ToDo: Hr. Schaade benötigt detailliere Informationen zum Datenschutzproblem*	FG32, FG37
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • 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, [redacted]	

098 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-27.pdf

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:	[redacted]

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
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]

- [redacted]

- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle, Inzidenzen (Folien hier) ○ Frankreich: 29.155 Fälle, 1.696 Todesfälle, Inzidenz: 37,7; ▪ 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. ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ Spanien: 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. ○ Südkorea: das Gerücht, dass die Fallzahlen wieder steigen, trifft nicht zu. Einreisemaßnahmen wurden verstärkt: bei Einreise Registrierung in einer App. Südkorea geht davon	ZIG1

aus, dass Infektionen in erster Linie durch Einreise entstehen. Es gibt im ganzen Land noch Einzelfälle; Südkorea soll weiter beobachtet werden.

- Iran: findet nun vermehrt Testung statt. Der Endbericht über die WHO-Mission in den Iran mit Einsatz von [redacted] wird heute zur Verfügung gestellt.
- Österreich, Türkei: wird am Montag berichtet; in der Türkei gibt es einen Anstieg.
- [redacted]
- Niederlande: 7.431 Fälle, 434 Todesfälle, Inzidenz: 11,9
  - 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.

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 42.288 (+5.780), davon 253 Todesfälle (+55)
  - Anstieg ist relativ stabil, Differenz zu den Zahlen der Johns-Hopkins Universität beträgt ca. 5.000 Fälle, ca. 30 Todesfälle.
  - Genesene werden auf ca. 7.600 geschätzt.
  - Höchste Inzidenzen
    - [redacted]

FG32

- [redacted]
  - [redacted]
  - Altersverteilung verschiebt sich in die älteren Altersgruppen, noch stärker kann das bei hospitalisierten Fällen beobachtet werden.
  - Labortestungen: für die 11. und 12. Kalenderwoche steht eine Übersicht über Anzahl Testungen und Anzahl positiv Getesteter von 114 bzw. 176 Laboren zur Verfügung.
    - 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.
    - [redacted]
  - [redacted]

	ToDo: An mehreren Stellen die Kommunikation zum gezielten Testen symptomatischer Personen verstärken: im neuen Flussdiagramm (IBBS), den FAQs (FG17), CovApp „Chatbot“ [redacted], im Epid Bull ○ 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. ○ [redacted] ○ §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. *ToDo: Lagebericht vom GMLZ dahingehend sichten, wo weiterer Informationsgehalt für Krisenstab besteht. LZ soll berichte großzügig an Verteiler Krisenstab weitergeben.*	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • 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 Steckbriefs aufgenommen. Asymptomatische Übertragungen können einen relevanten Anteil an Übertragungen haben. Die Daten sprechen dafür, auch bei leichter Symptomatik zur Selbstisolation raten. • Eine Chinesische Modellierungsstudie nimmt an, dass 2-3 Tage vor Symptomen schon Übertragungen vorkommen. Keine Änderung bei KoNa notwendig, wird bei 2 Tagen belassen.	Alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf	Alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Infopostfach aus Abt. 2; Koordination ist gut angelaufen, Abstimmung zwischen Telefonaten und Infopostfach ist sinnvoll. • Es gibt viele Anfragen zur Maskenwiederverwendung. • Der Epid Bull-Beitrag kann heute online gestellt werden.	[redacted] Presse

	• Die Pressekonferenz wird ab nächster Woche nur noch dienstags und freitags stattfinden. • [redacted]	
5	**RKI-Strategie Fragen** **BMI-Konzept/Rolle des RKI** • [redacted] **Konzept Umgang mit Anfragen zur Modellierung** • 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. • [redacted] • Anfrage von [redacted] ist bei FG36, [redacted] wird eine Antwort schicken, es geht um ein Briefing für Anne Will am Sonntag. • [redacted] war an einer TK dse 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. *ToDo: Think Tank mit Kandidaten aus jeder Abteilung, Federführung Lagezentrum, zunächst intern, evtl. später mit externer Expertise* **Deeskalationskonzept** • Es wird an der nächsten Version mit 4 Szenarien gearbeitet. [redacted] tritt in Kontakt mit [redacted]	FG32 FG32 Abt.2, ZIG2 ZIG

6	**Dokumente** **Sachstand Patienten-Flussschema** • 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 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. • Es wird von 2 Situationen ausgegangen, Erkrankungssymptome (ja-nein); muss ich mir Sorgen wegen COVID-19 machen (ja–nein). • Einwand: frühzeitige Selbstisolation ist bei Erkältungs-symptomen 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. *ToDo: konkreter Vorschlag von [redacted] zum Schema, soll Anfang nächster Woche veröffentlicht werden* **Sachstand Kontaktpersonennachverfolgung Grafiken** • Letzter Stand der 3 Grafiken, die zur KoNa entstanden sind; finale Kommentierung bis heute, bisher noch keine Rückmeldung erhalten. *ToDo: FG36 hat noch Kommentare und wird sich diesbezüglich mit FG37 austauschen, dann IBBS informieren, damit es veröffentlicht werden kann.* [redacted]	IBBS, FG36, FG32
7	**Labordiagnostik** • AGI Sentinel**:** rückläufig, evtl. Auswirkung von Schulschließung • [redacted] • 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.	FG17, ZBS1 FG36

8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	FG36, IBBS, FG32
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Kontakte im Freien**: • [redacted]	FG32, FG36
10	**Surveillance** • **Klinisch-epidemiologische Fälle**: o Perspektivisch Änderung der Referenzdefinition mit Einschluss klinisch-epidemiologisch bestätigter Fälle nötig, das Haushaltskontakte zunehmend nicht getestet werden. • **Serostudien:** o [redacted] 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, [redacted] und [redacted] sind in Kontakt. • **Nowcast**: o 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. o 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. o 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. o Die Prognose ist mit großer Unsicherheit behaftet, deshalb könnten die Konfidenzintervalle in einer Publikation erweitert werden. o Der Meldeverzug nimmt eher zu. Angesichts der Dynamik muss mit viel höheren Fallzahlen gerechnet werden. o Dies hat Auswirkungen auf die Exit-Strategie, d.h. wann Maßnahmen gelockert werden können.	FG32, FG36, FG37

	○ Für den Lagebericht ist das Thema zu komplex, da dieser auch von einer breiten Öffentlichkeit gelesen wird. ○ Die Daten von [redacted] sind optimistischer, die Daten sollen mit [redacted] 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. [redacted] könnte das in einem Gespräch mit [redacted] thematisieren. Es muss geklärt werden, was das geeignete Publikationsmedium wäre.	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	FG32
12	**Internationales (nur Freitag)** • Systematic review mit WHO • ZIG1: Analyse von internationalen Maßnahmen	ZIG
13	**Update zu digitalen tools** • Soll am Montag besprochen werden.	FG21,
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	FG32
15	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 30.03.2020, 13:00 Uhr[redacted]	

100 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-30.pdf

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:	[redacted]

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
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]

- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier) ○ 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: ▪ 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 Maß-nahmen sind restriktiver, hohe Testkapazität ○ <u>Spanien</u>: ▪ 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 unausreichend Testungen) ○ <u>Türkei:</u> ▪ Generell wenig Information verfügbar, >9.000 Fälle, 1,4% verstorben, fast gesamte Türkei scheint betroffen, 65.446 Testungen mit 14%	ZIG1

	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 ▪ Noch nicht genug Informationen um es als Risikogebiet auszuweisen ○ Frankreich: 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 • Risikogebiete ○ Österreich: 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 ○ [redacted] ○ [redacted] [redacted] **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 ▪ Post-Wochenende Trend (noch) nicht auswertbar ▪ [redacted]	FG32 FG36

- [redacted]
  - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
  - 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:
    - 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
- Internationale Kommunikation: viele Cluster werden noch untersucht bzw. nachverfolgt
- Amtshilfeersuchen
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Euro-Momo Surveillance: erhöhte Mortalität wird nun in manchen Ländern sichtbar, z.B. in Italien
- Besonders betroffene Regionen

	○ [redacted] ○ 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 *ToDo:* [redacted]	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Pre-print einer großen Arbeit zur Interaktionsstudie, Untersuchung viraler und zellulärer Proteine, viele hiervon auch in Lungengeweben, 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	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf	alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Aktivitäten der RKI-Pressestelle** • Morgen RKI-Pressekonferenz • Bitte Sprachregelung: Zeitraum für Fallverdopplung ○ 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 ○ Reaktiver Text soll vorbereitet werden *ToDo: FG36 Fertigstellung eines reaktiven Textes zur Verdopplungszeit von Fällen*	BZgA Presse

	• Zukünftiger Umgang mit Maskenfrage ○ [redacted] ○ ○ ○ ○ *ToDo: Kommunikation MNS wenn Publikation raus, FG14 bereitet RKI Stellungnahme hierfür (FAQ) vor*	
5	**RKI-Strategie Fragen** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • 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 Zusammenarbeit mit Fachgemeinschaften **Umgang mit Informationsfreiheitsgesetz-Anfragen** • [redacted]	FG32/alle AL2 FG32

	Multisektorale Deeskalationsstrategie • Gibt es in diesem Zusammenhang Informationen zu bestehenden Aktivitäten in anderen Ressorts? • 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 • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	

6	**Dokumente**
	Schwere
	• Dokument wurde letzte Woche finalisiert
	
	Flussschema für Bevölkerung
	• Ausstehendes Dokument nach umfangreichen Gesprächen durch IBBS in Vorbereitung, Komplexität soll reduziert werden da es sich an die Bevölkerung wendet, wird morgen vorgelegt
	• Wann/mit welcher Intention soll sich BürgerIn in Zukunft überhaupt noch beim GA melden?
	  ○ 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
	  ○ Asymptomatische Person: bei Kontakt (professionell oder ehrenamtlich) mit vulnerablen Gruppen oder Zugehörigkeit zu einer solchen sollte es auch dem GA mitgeteilt werden
	• Generell: Jede Person, die Umgang mit Risikogruppen hat ist separate Zielgruppe, allgemeine BürgerInnen müssen muss sich nicht immer beim GA melden
		FG32
		
		IBBS

7	**Labordiagnostik** • FG17: AGI Sentinel hatte 30 Einsendungen, nun Rückgang der Proben, hängt womöglich auch mit zunehmender Telemedizin, social distancing und Schließung von Praxen zu tun • AG zur Optimierung der Diagnostik: morgen 15:30 findet TK mit u.a. FLI, KBV, BfR, akkreditierten Laboratorien statt zur Berichterstattung und ggf. -Erweiterung, [redacted] wird morgen auch bei AGI über diese Aktivität informieren • ZBS1 o insgesamt >2.000 proben bearbeitet, davon 354 (17%) positiv, am Wochenende weniger Proben als in der Woche o 4 Seren von Charité erhalten um geplante oder bestehende Tests durchzuführen o Protokoll für Diagnostik Ansatz entworfen, dies ist durch [redacted] abgesegnet und kann nun geteilt werden o Bei Interesse hieran oder Versandt des Protokolls bitte ZBS1 informieren, damit sie wissen an wen Updates zu schicken sind • AG akkreditierte Labore o [redacted] von dieser AG unternimmt pressewirksame Kommunikation o In AG ist nur ein Subset der Labore vertreten, die ins RKI-Netzwerk eingebunden sind o [redacted] gibt Info und Testzahlen auch an KV weiter → Zahlen von BMG wo diese KV zitiert sind, widersprechen RKI Erhebungen o RKI-Erhebungen bleiben notwendig da größerer Umfang in Abfrage enthalten ist	FG17 AL1 ZBS1 AL3
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
10	[redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG36

	• [redacted] • [redacted]	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	FG32
12	**Internationales (Freitags)** • Nicht besprochen	ZIG/FG32
13	**Update Digitale Projekte und Tools (Montags)** **Präsentation** (Folien hier) • KochApp o Intelligenter Fragebogen der Fragen der Bevölkerung aufnimmt o Heute letztes, abschließendes Telefonat zu Endversion o nach Prüfung online auf RKI, BZgA und BMG Seite • Freiwillige pseudonyme Datenspende o [redacted] o [redacted] diese können eine App herunterladen und Daten zu Ruhepuls und Schlafmuster zur Verfügung stellen zur Auswertung o Viele BürgerInnen (ca. 10 Mio. Bürger, 1-10% hiervon als Sample) würden täglich (oder häufiger) Signale zur Verfügung stellen o 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 o 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 hilfreich sein könnte? E.g. Korrelation mit Meldedaten, nur als Ergänzung gedacht, niedrigschwellig und dann automatisiert o 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 o In zweiter Stufe des Ausbaus der Grippeweb App sind ebenfalls Daten aus Wearables vorgesehen, da dies	FG21/Präs

hier Ziel-spezifisch entwickelt wird ist personenbezogene Korrelation gesichert

- Alter Titel: Corona Gesundheits-App (CGA), neuer Titel: Stop Corona Pan European Contact Tracing (PEPP CT)
  - Projekt geistert durch Medien und wird stets größer, [redacted] 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
    - 1. GA Entlastung „digitales GA“, schneller mit Informationen umgehen
    - 2. KoNa, aktuell noch in Testung
  - RKI ist begleitend aktiv (auch FG32[redacted], FG31 [redacted]
  - 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
  - [redacted]
  - [redacted]
  - 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
- Kommentar: es gibt zahlreiche Vorschläge diverser Gruppen, 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
- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- [redacted]
  - Separates Vorgehen von o.g. Aktivitäten, hierzu gibt es heute erneut ein Telefonat, Bewertung des

	Gesamtprojektes kann danach besser eingeordnet werden	
14	**Information aus dem Lagezentrum** **Qualitätssicherung, wechselseitige Informationen über RKI-** [redacted] • [redacted] • [redacted] **Entsendung ans BMG** • Eine weitere Person wird zur Unterstützung ans BMG entsendet, auf wiederholten, eindringlichen Wunsch des BMG wird [redacted] am BMG-Lagezentrum ergänzen	FG32
15	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Dienstag, 31.03.2020, 11:00 Uhr [redacted]	

102 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-31.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*31.03.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
  - [redacted]
- Bundeswehr

- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier) ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag ▪ Italien: nach 3 Wochen Quarantäne Abnahme von Fallzahlen ▪ Explodierende Fallzahlen in den USA ○ Erfolgsmodell-Länder: Hong Kong, Singapur, Taiwan ▪ In Hong Kong und Singapur erneut Fallzunahmen ▪ Logarithmische Darstellung und Projektion basierend auf verfügbaren Daten [redacted] 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 ▪ Hong Kong: 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 ▪ Singapur: 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 ▪ Taiwan: 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	ZIG1

und Nachrichten, sowie geforderter "mobile health declaration pass"
    - Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag
        - Schweiz: 15.475 Fälle, 295 Todesfälle; einige Kantone bereits als Risikogebiete ausgewiesen, Fallanstieg in und um Basel, viele Berufspendler aus Deutschland
        - [redacted]
- Testkapazitäten (Folie 9)
    - 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
- Risikogebiete
    - UK wurde bereits als Risikogebiet bei BMG angefragt
    - Neuer Vorschlag an BMG: Schweiz und USA
    - Risikogebiete werden evtl. demnächst abgeschafft

ToDo: Schweiz und USA werden in ihrer Gänze dem BMG als Risikogebiete vorgeschlagen

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
    - SurvNet übermittelt: 61.913 (+4.615, 7%), davon 583 (0,9%) Todesfälle (+128), betroffene Landkreise 412
    - Fall Berichterstattung
        - 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 schwererer Fälle führen und kein richtiges Lagebild präsentieren, Labordiagnostik bleibt Priorität
        - 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, teilweise muss besondere Kategorie angelegt werden); bei SurvNet ist dies kein Problem, FG31 unterstützt Ämter dabei, wie solche Fälle gemeldet werden können
        - Externe Kommunikation zu Details der Fälle (z.B. Erkrankungsschwere) ist wichtig und gefragt, → [redacted] 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 hinzufügt werden?
    - 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
        - [redacted]
        - [redacted]
        - [redacted]
        - [redacted]
        - 3-Tages-Inzidenz, Tirschenreuth, Neustadt
    - Expositionsorte: nicht mehr viele Reisende, lediglich viele Rückkehrende aus Ägypten
    - Altersverteilung: zunehmend ältere Personen und zahlreiche Pflege- und Altenheime betroffen, auch viele Todesfälle
- DIVI Intensivregister, Datenstand von gestern

- 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 ~760, 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 (manche weisen 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, Intensivbetten 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
- [redacted]

- Internationale Kommunikation: internationale Cluster nehmen ab, Kreuzfahrtschiffe stellen weiterhin viel Arbeit dar
- Amtshilfeersuchen
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - Angebot von MSF steht, Anruf genügt
- Externe Daten
  - Euro-MOMO Daten kommen immer donnerstags
  - AGI-Daten kommen Mittwoch im Entwurf
- Besonders betroffene Gebiete in Deutschland
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]

	○ [redacted]	
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Immunität nach Erkrankung** • 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 **Geruchs- (Anosmie) und Geschmackssinnverlust** • 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 • [redacted] plant eine Studie zu Heinsberg, Anosmie wurde auch dort vermehrt festgestellt, Studie ist aktuell noch in der Vorbereitung [redacted] und soll eine Evaluierung des Antigentests enthalten, Publikation wird noch länger dauern • [redacted] kontaktiert [redacted] bezüglich der Studie um zu erfahren, was geplant und wie der Stand ist **Daten aus Deutschland** • 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 • Klinische Daten, die über Publikation hinausgehen, wären sehr interessant und sollten weitergeleitet werden damit sie in den Steckbrief aufgenommen werden können • Die, die die meisten Daten haben, haben nicht unbedingt Zeit, diese zeitnah zusammenzuschreiben	Alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf	alle
4	**Kommunikation** **Kampagnen**	

	• [redacted] • [redacted] • Erforschung, wo good practices bestehen, die genutzt werden können, bzw. Eigenentwicklung von Material [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	BZgA Presse

	[redacted] **RKI-Pressestelle** • Freitag läuft Datenspende aus Fitnesstrackern an (gestern von [redacted] vorgestellt), Presse bereitet hierfür alles vor	
5	**RKI-Strategie Fragen** [redacted] • RKI-Aufgaben in Bereichen Monitoring, Medizin, Sicherheit, Wirtschaft • *Täglich: Zahl der Zahl der Infizierten, Neuinfektionen, Quarantänefälle, Verstorbene, Geheilte [Nutzung digitales RKI-Tool durch alle ÖGD sicherstellen, RKI]* ○ Daten zu Quarantänefällen können nicht von RKI gewährleistet werden, wurde auch in AGI besprochen, BL haben diese Daten ebenfalls nicht ○ [redacted] ○ Präs bespricht dies mit politischen Akteuren • *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]* ○ SurvNet, nicht andere/diverse Tools muss priorisiert werden, welche IT-Tools hier gemeint sind wird heute Nachmittag mit [redacted] besprochen ○ KoNa Bluetooth Handy Tracking-App liefert keine Daten zu verlangten Dingen	VPräs alle

	• *Regelmäßige Anpassung der RKI-Empfehlungen zu diagnostischen Tests [RKI]*
	  ○ Wird fortlaufend gesichert
	• *Regelmäßige Anpassung der RKI-Empfehlungen zum Schutz vor Infektionen im persönlichen Bereich und in Betrieben sowie kritischen Infrastrukturen [RKI]*
	  ○ 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
	• [redacted]
	• [redacted]
	• 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
	• [redacted] bittet BMG um Ansprechpartner im BMBF, bevor diese anfangen woanders	

6	**Dokumente** **Ausbrüche in Pflege- und Altenheimen** • 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 • [redacted]	FG36

	[redacted] • Existierendes Material muss evaluiert und angepasst werden, mit Schwerpunkt Prävention von Ausbrüchen/Ausbreitung • Erfahrung von Ausbruchsteams [redacted] 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 *ToDo: Aufgabe an FG14 und FG37 Inhalte zu Empfehlungen für dieses Setting zu erstellen, IBBS macht anschließend grafische Darstellung* **„Mental Health“** • 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 • [redacted]	IBBS
7	**Labordiagnostik** • FG17: gestern 30 Proben von denen eine positiv war, kuriose Symptomatik: Fall hatte Kopf-, Hals-, und Muskelschmerzen und kein Fieber, fraglich, warum Arzt aufgesucht wurde? Möglicherweise gehen viele „gewöhnliche“ Fälle nicht zum Arzt? **Serologischen Testung/Antikörpernachweis** • Diverse Aktivitäten wurden [redacted] (HZI) in erstem Gespräch diskutiert um Bemühungen in Einklang zu bringen, letzterer initiiert Studien über DZIF, weitere Gespräche sind geplant • [redacted] • [redacted] • NAKO Struktur könnte in besonders betroffenen Gebieten für Studien genutzt werden • Konzept für RKI Studie mit Blutspendediensten [redacted] ist entwickelt, bundesweit große Abdeckung,	FG17 AL2

	Beprobung (abhängig von Testverfügbarkeit) beginnt bald, [redacted] plant ähnliches, wenn Durchführung nicht zusammen dann ggf. Datenzusammenführung und gemeinsame Auswertung hinterher • Serologische Tests sind nicht einfach standardisierbar und ein einheitliches System wäre sinnvoll, wird auf Arbeitsebene weiter besprochen • Prioritäten liegen auf Maßnahmen, die zeitnah starbereit sind • Muss auch auf RKI-Seite kommuniziert werden, Abt. 2 soll Text vorbereiten *ToDo: [redacted] soll Text zu diesen Studien für RKI-Webseite vorbereiten*	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Kriterien Entlassungsmanagement** • Entlassungsmanagement in Deutschland bezieht sich auf Zeit • Chinesen halten PCR-Negativität für wichtig, wie machen es andere europäische Staaten? • [redacted] hat deutsches Vorgehen mit mehreren anderen Staaten verglichen, wir waren im Vergleich zu anderen am sichersten (Details nicht besprochen) • Unterscheidung zwischen Hospitalisierungs- und ambulantem Setting ist wichtig • [redacted] • [redacted] • Dieserart Daten für Fälle im ambulanten Bereich sollten zum Erreger-Verständnis untersucht werden (Virus Anzüchtung) • [redacted] leitet Information an IBBS weiter, ZBS1 oder KL werden für fachlich-inhaltliche Bewertung hinzugezogen	IBBS/FG32/ alle
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	
10	**Surveillance** •	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[redacted]	

104 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-01.pdf

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:	[redacted]

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
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- INIG

- [redacted]

- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier) ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag ▪ 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 ▪ 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> ▪ Anstieg in Gesamtskandinavien, Hauptanteil an Fällen in Schweden, Norwegen und Dänemark. 1. Peak durch importierte Fälle; 2.Welle sind autochthone Fälle. ○ <u>Norwegen</u> ▪ 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 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.	ZIG1

- 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 von 12%.
  - 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.
- 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. *ToDo: Eine Abbildung auf BL-Ebene und für ganz Deutschland soll bis morgen vorbereitet werden, mit Positivraten und Umstellung des Testschemas* ○ TK der Modellierer: [redacted] modelliert mit anderen Methoden als das Nowcasting von [redacted] eine Kurzzeitprognose für wenige Tage. Beide gehen von R0 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 der ARE-Aktivität sensitiv ablesbar ist *ToDo: FG36 schreibt einen Text zu den Ergebnissen der syndromischen Surveillance, [redacted] und [redacted] schreiben zu Modellierungen*	FG32
	○ [redacted] ○ Flüge aus Iran wurden verboten. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 67.366 (+5.453, 8%), davon 732 Todesfälle (+149), betroffene Landkreise 412 ○ Entwicklung der Fallzunahme, % Zunahme zum Vortag ▪ 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.	

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Am Sonntag, den 5. April, 0 Uhr wird von Risikogebieten Abstand genommen. *ToDo: Montag, 8 Uhr sollen die Risikogebiete von der Website genommen werden, Presse.* • DIVI Intensivregister, Datenstand von gestern ○ 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. • AGI-Syndromische Surveillance: in letzter Woche deutlicher Rückgang der ILI-Raten, betrifft alle Altersgruppen und ist ein direkter Beleg für den Einfluss der Maßnahmen. • Virologische Surveillance: die Positivenrate der Influenzaviren geht stark zurück, die Influenzasaison geht dem Ende entgegen.	FG37

Die Geschwindigkeit des Rückgangs ist größer als in den Vorjahren.

- GrippeWeb: fieberhafte und akute respiratorische Erkrankungen gehen zurück.
- COVID-Fälle müssten irgendwann sichtbar werden. Bei Grippeweb+ mit ca. 100 Selbsttests, wurde bisher kein Fall gefunden.
- Auch beim AGI Sentinel wurden nur einzelne Fälle positiv getestet; noch kein Anstieg der Raten.
- [redacted] 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.
- <u>Schwere Fälle</u> (Informationen aus Angaben zur Schwere der Meldefälle):
    - Tabelle 2:
        - Anteil mit ILI-Falldefinition (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):
        - 3 verstorbene Fälle < 59, noch keine Angaben zu Risikofaktoren verfügbar, bei über 60jährigen spielen Risikofaktoren eine Rolle. Datenvollständigkeit ist nicht sehr gut - verbesserungswürdig
    - 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?

ToDo: Soll so schnell wie möglich verfügbar gemacht und regelmäßig aktualisiert werden. Angaben fließen auch in Steckbrief ein.

2	**Erkenntnisse über Erreger** • Nicht besprochen	Alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf	Alle
4	**Kommunikation** **Kampagnen** • [redacted] • 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. • [redacted] • [redacted] **RKI-Pressestelle** • Besonders betroffene Gebiete wurden von der Webseite genommen. • Infopostfach: es gibt viele Helfer aus Abt. 2; [redacted] wird wegen einer Beteiligung angesprochen. Masken sind zurzeit ein großes Thema: Nutzung in Pflegeheimen, im ambulanten Setting, die Wiederverwertung. • Alle werden von Anfragen überflutet, nicht alle Anfragen können individuell beantwortet werden, auch nich diejenigen aus der Fachöffentlichkeit, das hält zu sehr auf. Eine Sprachregelung mit Dank und Standardantworten ist sinnvoll und wird schon gemacht. • Zur Wiederverwendung von Masken gibt es ein Dokument, ein Dokument zur Dekontamination ist noch in Abstimmung.	BZgA FG14 Presse FG14
5	**RKI-Strategie Fragen** **Deeskalationsstrategie** • 4 Szenarien: ○ „Hammer and Dance“: Epidemie ist durch massive Maßnahmen über einen relativ kurzen Zeitraum	ZIG Alle

	soweit gedrückt, dass Epidemie durch gezielte Fall- und Kontaktsuche in den Griff zu bekommen ist. ○ Schaukel: Epidemie ist durch massive Maßnahmen über einen kurzen Zeitraum unterdrückt; Maßnahmen werden aufgehoben und bei weiterer Welle an Erkrankungen wieder eingeführt. ○ Shield: Maßnahmen werden für allgemeine Bevölkerung aufgehoben, Risikogruppen werden geschützt, während eine weitere Durchseuchung der Bevölkerung stattfindet. ○ Hammer – Dance – Stepwise + Shield: Bestehende Maßnahmen werden schrittweise, nach klinisch-epidemiologischen Parametern und bezogen auf wirtschaftliche und soziale Folgen zurückgenommen. Risikogruppen werden durch gezielte Maßnahmen geschützt. • 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? • 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. • KoNa steht im Vordergrund um die Ausbreitungs-geschwindigkeit 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. • Da Elimination vermutlich unrealistisch ist, muss entschieden werden, welche Steigerungsraten tolerabel sind. Eine täglich sich minimierende Zahl hinzukommender Fälle wäre erstrebenswert. • 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.	

	[redacted] • 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. • [redacted] auch beim RKI starten demnächst einige Studien. • [redacted] hat [redacted] noch nicht telefonisch erreicht, wird es aber weiterhin versuchen. [redacted] 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. • [redacted] *ToDo: Kernpunkte in der schriftlichen Kommunikation mit [redacted] schriftlich niederlegen, alles soll gut nachvollziehbar sein.*	
6	**Dokumente** **Stand Dokument – Umgang mit Leichen** [redacted] **Optionen getrennte Patientenversorgung ambulant** • Nicht besprochen **Stand Flussdiagramm für Bürger** • Nicht besprochen	IBBS
7	**Labordiagnostik** **AG Labordiagnostik**	FG17/ZBS1 AL1

	• Die AG besteht aus 3 Gruppe: Intern, mit BMG und Schwesterinstituten und mit interessierten aus der Gruppe der Seuchenreferenten.	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Entlasskriterien – ambulanter Bereich** • Nicht besprochen	IBBS/FG32/ alle
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • **Maskenpflicht**: bei Kommunikation besprochen	
10	**Surveillance** • **Update verschiedene Surveillanceinstrumente zur Schwere** bei aktueller Lage besprochen	FG36
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Anordnungen gemäß Gesetz zum Schutz der Bevölkerung von nationaler Tragweite** • [redacted] [redacted] • [redacted] • Ins Pressebriefing soll außerdem ein Text von [redacted] zur getrennten Versorgung von COVID-19 positiven und negativen in Krankenhäusern. • Erntehelfer: wie soll mit diesen umgegangen werden? [redacted] 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? [redacted] • [redacted]	FG32
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[redacted]	

106 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-02.pdf

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, [redacted]

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
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG35
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier) ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag ▪ 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 ▪ Keine wesentlichen Änderungen ○ Methodik der Darstellung der Kurve: ▪ 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. ○ [redacted] Zuletzt GB, Nordirland und USA in Anordnung/NOTAM aufgenommen ○ <u>Schweden:</u> ▪ 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, Fährenverkehr: PAX beschränkt auf 299, vornehmlich Frachtverkehr, Grenzen für Autoverkehr offen, Flugverkehr eingeschränkt. ▪ Schließung nur einiger Skigebiet (3 von 6) ○ <u>Österreich:</u> ▪ 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: gestern 6,4 Tage und heute 7,4 Tage ▪ Stichprobentests werden durchgeführt: repräsentatives Kollektiv wird abgestrichen, um Rückschlüsse auf Untererfassung zu erhalten	ZIG1

	▪ 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 o <u>Kanada:</u> ▪ 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. o Vergleichbarkeit der Positivquoten: Indikator für Teststrategie – eine hohe Positivquote bedeutet, dass v.a. schwere Fälle getestet werden o Studien mit PCR-Stichprobentests: ▪ In Presse z.T. Fragen, warum in D nicht auch PCR Stichprobenuntersuchungen gemacht, auch [redacted] 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. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 73.522 (+ 6.156, 8%), davon Todesfälle 872(+140) o Genesene: 21.400, es wird aber derzeit der Algorithmus verändert o Epidemiologische Kurve in Deutschland: Bei relativ vielen Fällen werden die Erkrankungsdaten erst später nachgetragen o Expositionsorte International: v.a. durch repatriierte	Alle FG32

	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: ▪ 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: ▪ 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: ▪ 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 ○ [redacted] ○ EuroMOMO (Folien hier) • Analyse der Altersentwicklung der Ausbrüche und spezielle Materialien für Altenpflegeheime ○ Aufgabe ist an FG14 und FG37 vergeben worden – FG37 hat FF ○ In Arbeit sind Dokumente zum Hygienemanagement, zum Personalmangement (IBBS bringt das in geeignete graphische Form), zum Surveillancesystem und zu Ausbrüchen (von [redacted]), die alle zusammengestellt werden sollen ○ Anfrage vom BMG [redacted] an FG37 zu Austausch dazu ○ [redacted]	FG37, BZgA, alle FG35

- 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

- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - 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
  - [redacted]
  - 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.
  - [redacted]
  - [redacted]
  - 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 niedrigschwellig bei respirator. Symptomen testen • ARS (Folien hier): ○ Aufgetragen 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 ○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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 *ToDo: ARS-Daten zusammen mit den anderen Labordaten einmal in der Woche in den Lagebericht, FG37, LZ*	FG37
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Relevanz asymptomat. Personen im Ausbruchsgeschehen** • Frage, ob das relevante Gruppe für Übertragungen darstellt, neue Publikation aus China • Es ging um Entlasskriterien von Pat., die asymptomatisch sind, aber per Zufall pos. getestet wurden, ggf. Empfehlung zum permanenten Tragen von MNS. • Laut WHO Bericht aus China keine große Rolle, aber aktuelle	IBBS, alle

	Einschätzung ggf. anders • Rolle von Personen komplett ohne Symptome kann man schlecht abschätzen, Größe des Anteils unklar • [redacted] • Man könnte Ausbruch in Erstaufnahmeeinrichtung nutzen, um die Frage zu untersuchen (21 pos. getestet, zu dem Zeitpunkt asymptomat.) • Ggf. kann die Frage auch bei den bevölkerungsbasierten Studien in Skandinavien geklärt werden - wenn das Umfeld von pos. Getesteten auch getestet wird • KH screenen derzeit z.T. jeden Patienten der neu aufgenommen wird – führt zu 3 Teilung in allen Einrichtungen • Bei Empfehlungen für vulnerable Gruppen wird davon ausgegangen: Daher die Empfehlung, dass die ganze Zeit mit MNS gearbeitet werden soll. • 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 • Antwort wird sich aus Ergebnissen der Studien der Ausbruchsteams und den internat. Untersuchungen ergeben. • Für den Steckbrief sollten FG36 die entsprechenden Daten zur Verfügung gestellt werden • 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 [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Änderungsbedarf	
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]

	• [redacted] **Presse** • COVID-19 Seite wurde umstrukturiert: Punkte Meldung und Kontaktpersonenmanagement wurden aufgenommen	Presse
5	**RKI-Strategie Fragen** [redacted]	Präs/FG32
6	**Dokumente** **Änderung des Titels des Dokuments „Umgang mit Leichen“** • Titelvorschlag von [redacted] (Umgang mit SARS-CoV-2 infizierten Leichen) kann so verwendet werden.	
7	**Labordiagnostik** **Grippesaison** • 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 **RKI interne Laborgruppe** • Frage von [redacted] für AGI zu Labortesten • AGI TK interferiert zeitlich mit TK mit Laborgruppe in der diese	FG17 AL1

	Fragen fachlich diskutiert werden sollen • [redacted] • 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 *ToDo:* [redacted] *informiert in AGI TK* **Umstellung der Diagnostikstrategie:** • Vorschlag von [redacted], 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 • [redacted] • [redacted] • Bis dato wurde angewendete Teststrategie auch von virologischer Seite als gut bewertet und Voraussetzung für derzeitige Maßnahmen-Strategie ist, dass viel getestet wird. • Derzeit lineare Entwicklung und ggf. fallende Fallzahlen und damit weniger Testung, sollte aber ggf. im weiteren Verlauf beachtet werden	VPräs/alle
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Entlasskriterien - ambulanter Bereich /Neue Version** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Entlasskriterien für asymptomat. Personen: 14 Tage ab vorliegender PCR Testung, aber keine Freitestung weitere Diskussionen dazu oben unter Erkenntnisse über Erreger **Erfassung klinischer Verläufe durch Register LEOSS des DZIF** • BMG hat IBBS gebeten um Haltung zu Programmen gebeten, die Daten zum klinischen Verlauf sammeln • LEOSS wird empfohlen, wenn nicht schon andere Systeme verwendet werden, Vielfalt der Systeme stellt kein Problem dar • Frage nach Unterstützung durch Medizinstudenten (angestellt über RKI-Werkverträge) die Kliniken unterstützen und Daten in Nähe der KH Daten erfassen • RKI hätte dann auch Zugang zu Daten und könnten sie mit	VPräs/IBBS/ alle IBBS/alle

	erfassen und hätte zusätzlich den Vorteil der Möglichkeit der syndrombasierten Surveillance *ToDo: IBBS organisiert Unterstützung der Eingabe durch Medizinstudenten* **Projekt ITCU: Telemedizin zur Stärkung v. Intensivstationen** (Folien hier) • [redacted] 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 • [redacted] **Telemedizin** • Projekt Hub an der Charité durch das überbelastete ITS in Deutschland Fachexpertise per Telemedizin bekommen können	FG37/alle IBBS
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Umgang mit SARS-CoV-2-pos. med. Personal, dass nach Ende der 14-tägigen Isolation und mind. 48 stündiger Symptomfreiheit weiterhin positive Befunde hat** • Nicht besprochen. **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?** • Nicht besprochen.	
9	**Surveillance** • Nicht besprochen	
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	
11	**Internationales** • Nicht besprochen	
12	**Termine**	FG36

	• Heute Nachmittag TK zu serolog. Symptomen • Heute Nachmittag: TK zu Non-Pharmaceutical Methods: [redacted] nimmt teil	

13	**Andere Themen** **Studienprojektseite** • 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 • Projekttitel und Bearbeiter der Projekte sinnvolle Information damit sich andere orientieren können *ToDo: FO sollte Projekte publikationsgeeignet zusammenfassen und mit Presse abstimmen* **Nächste Sitzung** • 03.04.2020, 13:00 Uhr [redacted]	FG37/alle

108 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-03.pdf

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, [redacted]

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
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- ZBS 1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA:
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier) ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag Keine wesentlichen Änderungen [redacted]	ZIG1 VPräs
	○ [redacted] ▪ [redacted]	ZIG1
	○ [redacted] ▪ [redacted]	

	[redacted]	
	○ Durchführbarkeit von häuslicher Isolation in Deutschland ▪ 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 ▪ [redacted]	Alle

	National	FG32

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - 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 nach Erkrankungsbeginn in Deutschland konnte auf Grund von technischen Problemen noch nicht ins Dashboard integriert werden.
  - -Eine Projektion von [redacted] 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
  - [redacted]
  - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
    - [redacted]
      - [redacted]
  - Alters- und Geschlechtsverteilung: Zunahme bei älteren Männern sichtbar.
  - DIVI-Intensivregister:
    - Derzeit 1.052 Kliniken/Abteilungen; viel Unsicherheit und Zielwert liegt viel höher
    - Unterschiedliche regionale Verteilung der Belegung, viele Regionen ohne COVID-Patienten auf Intensiv
  - [redacted]
  - [redacted] berichtet/berechnet Kapazitäten auf europäischer Ebene
  - Labortestungen: gleichbleibend
  - Euro-MOMO: unverändert

Kommentiert [MD1]: Noch nicht

	○ [redacted] ○ [redacted] FG37 • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ Testkapazitäten Labor am RKI ZBS1~~AL1~~ • [redacted] • 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) ○ Herausforderungen im Umgang mit Ausbruchgeschehen FG 37/alle • Nur adäquate räumliche Trennung und Screening von Personal/Testung von Gesunden ermöglichen Kontrolle über die Ausbruchsituation • International gibt es Beispiele für Leihmöglichkeiten/ Umverteilung für Equipment	

	• Mobile Labore/Testhubs für nosokomiale Ausbrüche wären eine Möglichkeit schnelle zusätzliche Testung durchzuführen [redacted]	BZgA
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Empfänglichkeit Haustiere** • 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. **Neue Erkenntnisse zu asymptomatischen Infektionsgeschehen** • Literatur wird aktuell zusammengetragen (15 Publikationen); Auswertung erfolgt über das Wochenende • Unterstützung kann von der Bibliothek erfolgen **Untersuchungen zu genesenen COVID-19 Patienten** • 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, dies wurde bereits im Krisenstab angeregt und als Aufgabe vergeben *TODO:* *FG 35 und Presse prüfen und passen die FAQ in Bezug auf Transmission durch Katzen an*	Präs ZIG 1/VPräs VPräs/ alle

	Lagezentrum soll in alten Krisenstabsprotokollen die Aufgabe zur Planung einer Kohorte und die zuständige Abteilung identifizieren *FG36/IBBS klärt die Möglichkeit des Aufbaus eines klinischen Registers mit dem Ziel eine Kohorte aufzubauen*	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Änderungsbedarf	
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Zwei Publikationen im EpiBull zu Erfassung von Testung und Laborbasierter Surveillance erschienen • Klärungsbedarf/Definitionen der folgenden Begriffen: Risikogruppe, vulnerable Gruppe, Risiko für schweren Verlauf notwendig. Im RKI Glossar gibt es bereits einige Definitionen dazu. • Vermehrt Anfragen zur Ausrüstung und IPC in Behinderteneinrichtungen, eindeutige Einteilung abhängig von Grundsituation, Betreuungsart etc. • 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 [redacted] [redacted] *Presse: Kontakt wird mit dem Verband für Behinderteneinrichtungen aufnehmen und die Frage der eigenen Einordnung abklären um die Anfragen besser zu beantworten*	[redacted] Presse

5	**Strategie** **Große Strategiefragen** ○ [redacted] [redacted] ○ **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 ergebenen Konsequenzen/Handlungsmöglichkeiten sollten kritisch beurteilt werden. *ToDo:* [redacted] *mit Unterstützung von AL3 beantworten die Anfrage.* **RKI-interne strategische Fragen** ○ [redacted] Es kommen zahlreiche Anfragen bzgl. Datenabfragen und	LZIG/alle AL3, alle

	Auswertungen, die nicht über das Dashboard und SurvNet bedient werden. Das ist einerseits datenschutzrechtlich schwierig sowie aufwändig. Ein Standartdatensatz, der etwas detaillierter ist als bereits verfügbar, könnte eine Lösung bieten. Eine pauschale Lösung ist schwierig und die Anfragen sollen weiterhin einzeln geprüft werden. ○ [redacted] ○ **Anfrage IHME Covid-19 projections on healthcare capacity and utilization for the EEA/EU member countries and the UK** [redacted] *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. ○ [redacted] 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	**Dokumente**	FG37

	Optionen zur getrennten Versorgung von COVID-19 Verdachtsfällen / Fällen und anderen Patienten im ambulanten und prästationären Bereich (Dokument hier) 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. *TODO: FG37 teilt den Entwurf mit IBBS.*	
7	**Labordiagnostik** **RKI interne Laborgruppe** • Ca. 3000 Proben analysiert, davon waren ca. 500 Proben positiv • Unterstützung ist grundsätzlich gut, nicht von allen FGs im Haus gleichermaßen; bei Zunahme der Proben muss zusätzliche Unterstützung rekrutiert und Schichten angepasst werden • [redacted] • PEI arbeitet an Evaluierung von serologischen Testen. Dopplungen sollten vermieden werden. *TODO: ZBS1 Kontakt mit PEI aufnehmen um Kollaboration zu serologischen Testung zu besprechen.* • Selbstabnahmestudie: [redacted] *TODO:* [redacted] *teilt einen Entwurf für eine Anfrage (E-Mail) mit Herr Wieler und Herr Schaade* **Grippesaison/Sentinell** • Sporadische Nachweise bei zurückgehender Probenzahl • 14. KW: 57 Proben und keinem Nachweis • Möglicher Grund ist die Abnahme von ARE insgesamt	ZBS1~~AL1~~ FG17
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Forecasting für den Bettenbedarf auf Intensivstationen** • Die Projektionen wurden im Rahmen der AGI geteilt. Nach Abklärung mit FG 37 sollen die Auswertungen mit DIVI geteilt werden.	VPräs/Präs/ alle

	• E-Mail zu Korrektur der Zahlen von [redacted] (Deutschen Krankenhausgesellschaft) soll erneut mit allen geteilt werden.	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
10	**Surveillance** • Nicht besprochen	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Umgang mit Reiserückkehrern/Umgang mit repatriierten (Kreuzfahrtschiffe)** • 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. [redacted] • BMI wird ein Einreiseregime erarbeiten. • Reisende/Reiserückkehrer sind in der Deeskalierungsstrategie aufgenommen. **Großveranstaltungen** • Dokumente zu Großveranstaltungen sollen angepasst werden.	VPräs/FG32/ alle FG 32
12	**Internationales (nur Freitags)** [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] • Zunehmendes Interesse an der dt. Strategie und Maßnahmen im Ausland.	LZIG

	Hilfeersuchen aus dem Ausland • [redacted]	
13	**Update Digitale Projekte (nur Montags)**	
14	**Wichtige Termine** Bitte eigenständig in die Agenda eintragen	FG 32
15	**Information aus dem Lagezentrum**	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 06.04.2020, 13:00-14:30	

110 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-06.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*06.04.2020, 13-15:30 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** [redacted]

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
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1

- [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZgA : [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage International** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZIG1

	• [redacted] *ToDo:* [redacted] **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trends (Folien hier) ○ Surv*N*et übermittelt: 95.391 (+3.677, +4%), davon 1.434 Todesfälle (+92, +7%). Die Fallzahlen fallen nach dem Wochenende durch Meldeverzug geringer aus. ○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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. ○ [redacted] ○ Bei der 7-Tages-Inzidenz weisen 30 LK 101 bis 500 Fälle/100.000 Einwohner auf, 85 LK mit 51 bis 100 Fälle/100.000 Einwohner. Bei der 5-Tages-Inzidenz	FG32

	gibt es 11 LK mit 101 bis 500 Fällen/100.000 Einwohner, während 58 LK mit 51 bis 100 Fällen/100.000 Einwohner ausgewiesen werden. Bezüglich der 3-Tages-Inzidenz fallen LK südlich von München sowie Tirschenreuth auf. Im Vergleich zur Vorwoche zeichnen sich in der geographische Verteilung keine großen Unterschiede ab. ○ DIVI Intensivregister: Es gab technische Probleme bei der Umstellung auf eine neue Seite. Pro BL werden die Anzahl an COVID-19-Patienten sowie die Intensivbettenverfügbarkeit abgebildet. • Amtshilfeersuchen ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo:* [redacted] *(Feldtaem)*	FG37 FG32
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Erkenntnisse zu asymptomatischen Infektionsgeschehen: s. o. unter TOP1 ZIG	ZIG
3	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted]	Alle

	[redacted] *ToDo:* [redacted] */ 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.* • Hinsichtlich der Risikobewertung gibt es aktuell keinen Diskussionsbedarf.	
4	**Kommunikation** • [redacted] • 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. *ToDo:* [redacted] */FG32 In der nächsten EpiLag ist zu klären, ob die BL eine Differenzierung der Zahl der Genesenen auf LK-Ebene wünschen.* • 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.	[redacted] Alle Presse
5	**Große Strategie Fragen** • Deeskalationsstrategie / Kriterien ○ 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. [redacted] Ziel ist, dass Neuinfektionen in Clustern verbleiben und keine Community Transmission auftritt. In Kürze sollen mit [redacted]	ZIG

[redacted] Kriterien festgelegt werden, um erste Berechnungen durchzuführen.

ToDo: [redacted] */* [redacted] *sollen die bereits vorhandene Kurzpräsentation bis Donnerstag mit Begründung und ersten Berechnungen ausarbeiten.*

- [redacted]

ToDo: [redacted]

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

- NowCasting/R0 (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. Bislang 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 [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]

- 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 [redacted] 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.

ToDo: [redacted] *bereitet das Nowcasting mit den morgigen Zahlen vor und bezieht ggf. andere Methoden in Bericht ein.*

RKI-interne strategische Fragen

- [redacted]
  - [redacted]

	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. • Strategiepapier [redacted] ○ 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. ○ [redacted] ○ [redacted]	
6	**Dokumente** • Obduktion (siehe E-Mail Hr. Wieler, Fr 03.04.2020 18:36) -> Anpassung Dokument? ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Aktuell ist keine Änderung der Teststrategie vonnöten, das Flussdiagramm soll die aktuelle Strategie abbilden. *ToDo: IBBS soll das Papier mit AG Diagnostik eng abstimmen.*	IBBS
7	**Labordiagnostik** • 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.	ZBS1

	ToDo: Bitte nachhaken, ob die Antwort hinsichtlich der Selbsttests an [redacted] *erfolgt ist. Bewertung von serologischen Tests sollen in der AG für eine allgemeine Stellungnahme gebündelt werden, PEI ist dabei einbezogen . (ZBS1)* • 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.	FG17
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen ○ Das Papier wird aktuell zur Kommentierung zirkuliert und soll morgen finalisiert werden. ○ Es erfolgt der Hinweis, dass auch Präventionsaspekte aufgenommen werden sollen. ○ [redacted] *ToDo: FG36 wird Papier an FG14 weiterleiten.*	FG37
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • WHO Empfehlung /Bewertung FG14 ○ 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	**Surveillance** • Nicht besprochen.	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen.	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. • [redacted]	FG21

	• [redacted] • Die Karte von [redacted] 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. • [redacted] • 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. *ToDo: Erneute Vorlage eines Vorschlags für eine Meldepflicht negativer Testergebnisse genüber BMG (FG 32)*	FG21/AL3 FG32
14	**Wichtige Termine** • Am Donnerstag, den 09.04.2020 übernimmt [redacted] 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 [redacted] für den Fall von Home Office vorbereitet ist. *ToDo: Lagezentrum versendet Einladungsemail für Krisenstabssitzung.*	VPräs
15	**Information aus dem Lagezentrum** • Am Ostersamstag soll um 11.00 Uhr eine Krisenstabssitzung stattfinden	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Dienstag, 07.04.2020, 11 Uhr [redacted]	

112 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-07.pdf

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:	[redacted]

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
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse (Folien hier) ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted]	ZIG1

	[redacted] • Risikogebiete ○ [redacted] ○ [redacted] [redacted] **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 99.225 (+3.834), davon 1.607 (1,6%) Todesfälle (+173), Inzidenz 119/100.000, ca. 33.300 Genesene ○ [redacted] ○ Keine großen Änderungen in den Entwicklungen (Epikurve, Alters-/Geschlechtsverteilung) ○ Genesene: morgen Umsetzung des neuen Algorithmus	VPräs/alle FG32 Alle

- 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
  - [redacted]
  - Inzidenz nach dem Wochenende nicht gut interpretierbar
- Trendanalyse
  - 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
  - Nicht mehr so viele bzw. so relevant, sollte als Anteil autochthone vs. importierte Fälle dargestellt werden
  - [redacted] 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

- Amtshilfeersuchen [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]

	[redacted]	

2	**Erkenntnisse über Erreger**
	DÄB Artikel
	• [redacted]
	
	Sequenzierungen
	• Wie wird entschieden, was im RKI sequenziert wird? Bestehende Sequenzierkapazität sollte sinnvoll genutzt werden, stichprobenartige Sequenzierungen sind erwünscht
	• Aus AGI Sentinel gibt es nur wenige positive Proben, diese könnten ergänzt werden durch
	  ○ Grippeweb Plus Proben
	  ○ Proben aus dem Krankenhaus-Netzwerk virologische Surveillance, die durch FG17 getestet werden
	• Bestehende Kooperationen und Ansätze im RKI
	  ○ Konzept molekulare Surveillance, [redacted] (FG36) kümmert sich hierum, ZBS1 ist soweit nicht beteiligt, sollte es erweitert werden?
	  ○ Bestehende Kooperation zwischen FG17 und MF2 [redacted], ZBS1 und Epidemiologe[redacted] sollten bei SARS-CoV-2 Sequenzierung ebenfalls involviert werden
	  ○ [redacted]
	• Strukturierung des Sequenzierungs-Vorgehens ist notwendig
	
	ToDo: [redacted] *bittet* [redacted] *sich des Themas anzunehmen*
	
	Virusausscheidung vor Symptombeginn
	• Ist bereits im Erregersteckbrief berücksichtigt, Anpassungs-bedarf sollte erneut in allen RKI-Dokumenten überprüft werden
	
	ToDo: alle federführenden OEs sollen dies für ihre Dokumente/ Empfehlungen untersuchen und bei Bedarf anpassen
		VPräs
		
		FG37/alle
		
		VPräs

3	**Aktuelle Risikobewertung**	

	• Kein Anpassungsbedarf	alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **Presse** • 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 **Übersetzung von RKI Dokumenten** • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted]	[redacted] Presse [redacted] [redacted]

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] **Risikogebiete** • 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 *ToDo: LZ/Presse müssen daran denken, das Papier dann von der Webseite zu nehmen*	VPräs
5	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Extra Papier zu Erstaufnahmeeinrichtungen? ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG32 FG36

	[redacted]	
6	**Dokumente** **Sachstand Flussschema Bevölkerung „COVID-19: Bin ich betroffen und was ist zu tun? Orientierungshilfe für Bürgerinnen und Bürger“** • 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 *ToDo: IBBS integriert Verweis auf Isolierungspapier in das Schema und dann wird es nach AGI-Abstimmung auf der Webseite veröffentlicht*	IBBS

	Entlasskriterien
	• 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
	  ○ III genesenem medizinischen Personal
	  ○ IV Bewohnern von Altenpflegeheimen
	  ○ V durchgehend asymptomatischen SARS-CoV-2 Infizierten
	• Krankenhaus bzw. Pflegeheim-Personal
	  ○ 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
	  ○ 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
		IBBS

	○ 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 • Entlassung von Altenheim-Bewohnern (sensible Einrichtungen) ○ 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 • Aktualisierung Entlassungskriterien gehen auch an AGI und werden dann veröffentlicht *ToDo: Fertigstellung und Veröffentlichung der aktualisierten Entlassungskriterien durch IBBS* **Papier Pflegeeinrichtungen** • 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	FG37

	• 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, [redacted] • [redacted]	
7	**Labordiagnostik** **Antikörperteste** • [redacted] (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 [redacted], 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 *ToDo: Erstellung eines Textes für RKI-Webseite um Meldung(sbedarf) serologisch getesteter Fälle zu klären (wer?)*	AL1/FG32/alle
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Unterstützungsangebot** [redacted] • [redacted] • Übergeordnetes Ressourcenmanagement solcher Angebote wäre sinnvoll, Frage des Vorgehens soll an BMG gerichtet werden *ToDo: LZ/[redacted] kontrollieren, woher Angebot kam (ausschließen, dass es vom BMG selbst kam) und Weiterleitung an BMG* **Genesene/Entlasskriterien**	FG32 IBBS

	• 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 angezüchtet, 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 Anzüchtung veranlasst werden • FG37 glaub dies kann veranlasst werden, Krankenhäuser mit denen Kontakt besteht werden gefragt ob sie mitmachen • ZBS1 würde Laboranalysen machen	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
10	**Surveillance** **Umgang mit Klinisch-Epidemiologisch bestätigten Fällen** • Verschoben oder aufgehoben?	FG32
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Quarantänepflicht für Einreisende** • [redacted] [redacted] • [redacted]	FG32
12	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
13	**Studien (nur montags)** • 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 [redacted]	

114 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-08.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted]	ZIG1

[redacted]

- Risikogebiete
  - 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?
  - [redacted]

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) FG32
  - 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 (1,0-1,6)
  - [redacted]
  - 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 [redacted] abgesprochen), allerdings können diese Zahlen nicht nach BL aufgesplittet werden • Amtshilfeersuchen: nicht besprochen • Modellierungen ○ s. Folien zu Nowcasting und Trendanalyse [redacted] ○ Nowcasting wird morgen veröffentlicht, heute noch Anpassungen und Integration der neuesten Daten, muss verständlich kommuniziert werden ○ IHME (Institute for Health Metrics & Evaluation, Link) • Sentinelsurveillance ○ GrippeWeb und AGInfluenza ARE ▪ 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) ○ ICOSARI ▪ 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

	○ FG36 erhält auch Daten von Helios, [redacted] 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 ○ 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	FG21/FG36 FG32
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Studie zu Masken s.o.	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • 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	Alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	[redacted]

	○ [redacted] • [redacted] **Presse** • 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 Aufmerksamkeit, Sprachregelung wichtig *ToDo: Vorbereitung der Abschaffung von Risikogebieten und verbundenen Empfehlungen (Presse)* *ToDo: Vorbereitung der Webseite auf Quarantäne-Verordnung für Einreisende aus dem Ausland (Presse)* *ToDo: Sprachregelung zur Umstellung der Errechnung der Genesenen für PK und Webseite an Presse (FG36, FG32, Abt.3?)*	Presse
5	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Deeskalation: Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Kommunikation Deeskalationskriterien ○ RKI hat mögliche Kriterien vorgegeben, und wird Zahlen zu deren Quantifizierung liefern müssen ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG32/Alle

	○ [redacted] • Kommunikation Modellierungen ○ Nowcasting geht diese Woche online ○ [redacted] 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 *ToDo:* [redacted] *sollte die klar formulierten Annahmen für sein Modell auf seine Webseite stellen, damit RKI-Webseite darauf verweisen kann*	VPräs/FG36/ alle
6	**Dokumente** • Nicht besprochen	
7	**Labordiagnostik** **AGI Sentinel** • 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 *ToDo: Aufmunterung zu Abstrichen durch FG17 und FG36 in Vorbereitung*	FG17/FG36
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Studien** • 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	IBBS/FG36

	• 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) • [redacted] • [redacted] RKI-L hat Auftrag, aus der aktuellen Krisenzeiterfahrung mögliche Prozessoptimierungen zu identifizieren/etablieren → alle MA sind eingeladen Verbesserungsmöglichkeiten festzuhalten die ggf. dauerhaft umgesetzt werden können **Erfahrungen aus der klinischen Praxis** • O.g. Bedarf an praktischen und aktualisierten Therapiehinweisen für HCW soll niederschwellig und in kurzen Zeitabständen zur Widerspiegelung der aktuellen Erfahrung umgesetzt werden • 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 • Überarbeitung von Dokumenten durch Fachgesellschaften oft langwierig (10 Tage) • Regelmäßiger „Bericht aus der Praxis“ mit Schwerpunkt intensiv-medizinische Versorgung ist geplant, soll keinen Leitlinien-Anspruch haben und nicht evidenz- sondern erfahrungsbasiert sein • Kleiner ausgewählter Kreis von namentlich genannten Infektiologen und Intensivmedizinen (aus STAKOB, DGI, DIVI) soll fortlaufendes, wöchentlich aktualisiertes Dokument erstellen, das für breite Fachöffentlichkeit zur Verfügung und bei Wunsch Kommentierung gestellt wird • Vorgehen birgt Konfliktpotential aber Bedarf soll abgedeckt werden, klare Kommunikation, dass RKI keine Therapie-Empfehlungen gibt sondern lediglich eine Plattform bietet • Format ist aktuell noch in Überlegung und wird noch mit diversen Akteuren (z.B. DÄB) besprochen	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**
	• Mittwoch 08.04.
	  ○ HSC-TK: ZIG-L
	  ○ PHE – Teststrategien
	  ○ ÖGD-Webinar: FG32, FG36
	• Donnerstag 09.04.
	  ○ EpiLag: FG32
	  ○ AGI-TK: FG32 (u.a.?)
	  ○ AG Flughafen-TK: FG32
	• Generell zahlreiche Diskussionen zu Kreuzfahrtschiffen
		FG32/ alle

16	**Andere Themen** • 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 AL1 – Dienstag 14.04. • Nächste Sitzung: Donnerstag, 09.04.2020, 11:00 Uhr[redacted]	Alle

116 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-09.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted]	ZIG1

	[redacted] **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 108.202 (+4.974), davon 2.107 (1,9%) Todesfälle (+246), Inzidenz 130/100.000 Einw., ca. 49.900 Genesene ○ [redacted] ○ 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 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	FG32

	zu Beatmungszeiten kann Einschätzung der Lage unterstützen. ○ 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. ○ [redacted]	FG37
2	**Erkenntnisse über Erreger** • demnächst Bericht von FG33 zum Stand der Impfung geplant	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Heute um 0 Uhr werden Risikogebiete von der Webseite genommen. • 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.	Alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • 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. *ToDo: Dokumente sollen auf Arbeitsebene ausgetauscht werden.* **Presse** • 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.	FG37 Presse

5	**RKI-Strategie Fragen**
	• Konzept für die verbesserte technische Ausstattung der Gesundheitsämter
	  ○ 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.
	ToDo: Wer Ideen hat, soll diese gerne einbringen.
	
	• 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.
	• [redacted]
		FG32/Alle
		
		FG36/FG14

6	**Dokumente** • Nicht besprochen	

7	**Labordiagnostik** • 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. • Die Berliner medizinische Gesellschaft wird am 15.04., von 12-14 Uhr ein virtuelles Symposium zur Diagnostik und Therapie in Wuhan veranstalten. • Mehr als 220 Labore werden sich am Ringversuch beteiligen, das ist eine gute Basis für die Laborkapazität in Deutschland. • Nicht alle diese Labore sind in die Erfassungssysteme integriert. *ToDo: Abgleich der akkreditierten Labor mit den an INSTAND teilnehmenden und den ans RKI meldenden Laboren* • 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. • 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. *ToDo: Dokumente aus demis zur Kenntnis an [redacted] für AG Labordiagnostik schicken*. • 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, Antikörpernachweise 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. *ToDo: [redacted] formuliert Text zu serologischen Befunden für Webseite*	FG17/ZBS1 FG37/Abt.1 FG32/Abt.1

8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	• Neue Hinweise zur Therapie abgestimmt
	  ○ 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
	  ○ Mehrere Medikamente aus unterschiedlichen Substanzklassen wurden betrachtet: Datenlage ist sehr dünn, aktuell laufen auch klinische Studie hierzu. [redacted]
		IBBS
		
		IBBS

	[redacted]	

9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	• Stellungnahme Externe zu Distanz 1-2 m
	  ○ 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 [redacted] hierfür nicht erforderlich, sondern kann vom RKI selbst begründet werden.
	  ○ [redacted]
	  ○ Das Lagezentrum soll [redacted] von der Krinko nicht direkt kontaktieren.
	ToDo: Bitte um kurze Stellungnahme von [redacted] zur Distanz soll über die Krinko-Geschäftsstelle erfolgen.
	
	• UpDate Containment Scouts:
	  ○ Trainingsmaterial wurde an Gesundheits- und Landesämter bereits verschickt. (Link)
		FG36/FG14
		
		FG37

10	**Surveillance** • TK zur Mortalitätssurveillance geplant	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • 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 [redacted] 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 [redacted]	FG32/ alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Samstag, 11.04.2020, 11:00 Uhr [redacted]	Alle

118 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-11.pdf

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:	[redacted]

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lother Wieler
  - Lars Schaade (Moderation)
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
		ZIG

[redacted]

- [redacted]

National FG32

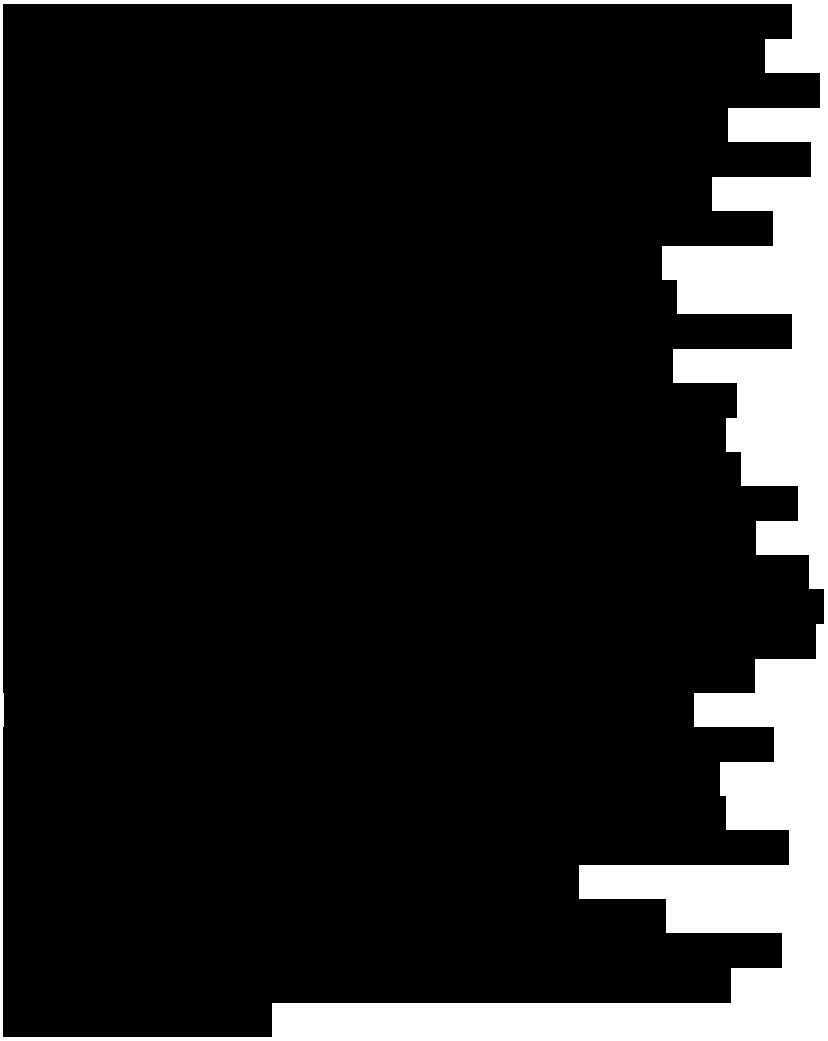
- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
- Genesen sind knapp 60.000
- [redacted]
- [redacted]
- Die Meldeaktivität ist in der aktuellen Woche geringer als in der letzten Woche.

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.

- 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.
- In ICOSARI sind ca. 470 Kliniken beteiligt; es sind 166 Patienten beatmet; 101 Patienten verstorben.

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.

- [redacted] FG33

	 • Herkunft Übertragung: In SurvNet gibt es die Information, wo die Übertragung stattfand (nosokomial, familiär) nur für einen kleinen Teil der Fälle. *ToDo: FG32 [redacted] präsentiert in der nächsten Krisenstabssitzung, was es in SurvNet zur Herkunft der Übertragung bereits gibt.* • 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.	FG37 FG37
2	**Erkenntnisse über Erreger**	

	• Es gibt eine Studie zur Aerosolübertragung beim Singen. FG36 [redacted] wird sich das anschauen. Im neuen Erregersteckbrief, der Donnerstagabend publiziert wurde, gibt es bereits einen Satz, dass eine Aerosolübertragung außerhalb von medizinischen Berufen nicht auszuschließen ist. • 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. *ToDo:* [redacted]	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • *Keine Änderung*	Alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] **RKI** • **Pressstelle:** 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. [redacted] 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	Presse FG21 Vpräs

	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. FG36 [redacted] 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) 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. *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.* • [redacted]	Präs
5	**RKI-Strategie Fragen** • [redacted]	Alle
6	**Dokumente** • **Flussschema für die Bevölkerung** ist veröffentlicht. • 3 Dokumente zum **Management von COVID-19-Ausbrüchen im Gesundheitswesen** :	FG37

	○ Schutz von Pflege-/ Alten- und Menschen mit Beeinträchtigungen: Das Dokument ist vom BMG freigeben und kann veröffentlicht werden. ○ Leitfaden zum Management von Ausbrücken 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. • **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. • [redacted] • [redacted] • IBBS hat Neue Therapiehinweise zusammen mit 3 Fachgesellschaften (Pneumologie, Infektiologie, Pädiatrie) neue Therapiehinweise veröffentlicht. *ToDo: Bitte alle Dokumente vor Veröffentlichung mit dem Krisenstab teilen.*	IBBS Präs IBBS
7	**Labordiagnostik** • **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. • **ZBS1:** 4.500 Proben, 15% positiv	FG17 ZBS1
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • **RKI Beteiligung an Auswertung LEOSS-Daten:** In der Datenbank werden die einzelnen klinischen Verlaufsfälle erfasst. FG34 [redacted] unterstützt IBBS hinsichtlich der epidemiologischen Auswertung. Gemeinsam werden Kriterien festgelegt, welche für die Auswertung relevant sind.	IBBS
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • **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. [redacted]	FG36

10	**Digitale Projekte** • [redacted]	Präs
11	**Surveillance** • Meldepflicht für serologische Nachweise *(nicht besprochen)*	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 [redacted]	Alle

120 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-14.pdf

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
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	Aktuelle Lage International • 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. • [redacted] • [redacted] **Taiwan:** Betrachtung unter dem Aspekt „lessons learned“ • 24 mi Einwohner, 393 Fälle davon 333 importiert; 66 Todesfälle • Tests gesamt: 46.547; Positivrate: 0,8% • Response plan besteht aus 6 Strategien: 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

	öffentlichen Raum, Tragen von Masken freiwillig)/keine gesetzlichen Auflagen • Aktueller Wandel der Strategie: 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) [redacted] • 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 Krankenhausaufenthalte; Aufnahme aller	

	Fallkontakte in die NHI-Datenbank somit hat jeder medizinischen Dienstleister hat Einblick in die Reisegeschichte der Patienten. • 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 Quarantänebetreuungszentren, 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. • Falldefinition entspricht weitestgehend der des RKI. Als ein weiteres alleinstehendes Symptom wird „Abnormaler Geruchs- (Anosmie) und Geschmackssinn (Dysgeusie) oder Durchfall unbekannter Ätiologie“ gelistet • 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; • Alle Fälle werden in Krankenhäusern oder speziellen Quarantäneeinrichtungen isoliert. Alle Kontakte und Reiserückkehrer gehen in häusliche Isolation • 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 enthält; Anpassung innerhalb von wenigen Tagen möglich; Strikte Anforderungen und Protokolle für persönliche Schutzausrüstung (PSA) sowie zahlreiche Kontrollpunkte zur Überwachung der Maßnahmen • Aufbau der Gesundheitsversorgung plus trafic control bundeling sind als strukturelle Änderungen nach SARS und ausschlaggebend, vermehrte Testung und verstärkte Surveillance eher als unterstützend zu sehen.	
	[redacted]	FG32/alle
	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.	FG36/alle
	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 eigeständige 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.	
	National	FG32
	• Fallzahlen, Todesfälle, Inzidenz, Trend (Folien hier)	

	• Durch das verlängertes Wochenende sind die übermittelten Zahlen niedriger. Mögliche Ursachen sind Meldeverzug (eher gering), Health seeking behaviour, weniger Testung in den Laboren (sichtbar in ARS) Nutzung von Meldedatum als proxy für Erkrankungsbeginn kreiert eine „Lücke“ am Wochenende in der Kurve. • [redacted] • Nowcasting ist relativ stabil auf hohem Niveau; R0=1,1-1,2 • [redacted]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 • [redacted] • 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 • [redacted] Nach Rücksprache mit [redacted] ist das am	FG32/alle

	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 repräsentative Stichprobe. Auswertung erfolgt im FG 32 und der Kontakt zu AL2 wird aufgenommen. • 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.	FG32/AL2 FG37
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Vorstellung des aktuellen Stands zu Impfung Kommt am 15.04.2020	FG33
3	**Aktuelle Risikobewertung** •	
4	**Kommunikation** • [redacted]	[redacted]

	• [redacted] • [redacted] • 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. • [redacted]	Presse
5	**Strategie Fragen** • **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	FG36/alle VPräs/Alle

	Realität. Die Empfehlung 1-2m für Management /KoNa belassen, ansonsten „mind. 1, 5 m“ als Empfehlung für Prävention. Wird in Dokumenten anglichen. • **RKI-intern** Zwischenstand der geplanten serologischen Studien Es sind drei Studien geplant. [redacted]	AL2
6	**Dokumente** • Finalisierung „Mund-Nasen-Bedeckung“ [redacted] • Harmonisierung „Hintergründe zur Abstandregel (1-2 m) und Kontaktzeit (15 min) bei Tröpfchen-übertragbaren Infektionen“ (FG36, FG14), (siehe auch Anhang/Übersicht 1,5 bzw. 2 m).	FG36 FG36, FG14

	• [redacted] • Recherchen zu Informationen zu Kindern und Jugendlichen wird gerade durch FG36 gemacht und ein EpiBull-Artikel erstellt • Stellungnahme der Leopoldina Nicht besprochen • 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. • [redacted] hat um 13/13:30 Uhr eine TK mit BMG zu DEMIS, [redacted] nimmt teil.	FG37 FG36 FG32/alle VPräs
7	**Labordiagnostik** • 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. Neue Auswertung zu Laborabfrage (Anzahl der Gesamttestung und Positivraten) wird am Mittwoch im Lagebericht berichtet.	AL1 AL3
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	FG36/IBBS/FG32
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	FG32

10	**Surveillance** • Sprachregelung zu Meldepflicht für serologische Nachweise Es besteht der Bedarf, auf Grund von zahlreichen Anfragen, für eine Sprachregung 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 nach sich führen. TODO: FG32/[redacted] erarbeitet einen Vorschlag und teilt es	FG32
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	

122 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-15.pdf

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
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International Fälle, Schwere, Risikofaktoren** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Länder über 70.000 Fällen: [redacted]	ZIG1

	[redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **National** • **Fallzahlen, Todesfälle, Inzidenz, Trend** (Folien hier) • Inzidenz 153, + 2486 neue Fälle, verhältnismäßig wenig trotz des langen Wochenendes • +285 Todesfälle, bis jetzt die höchste Anzahl an einem Tag, Anteil Verstorbener steigt auf 2,6 • [redacted] • Fälle unter Personal in med. Einrichtungen: ▪ 6.058 COVID-19-Fälle gemäß § 23 Abs. 3 IfSG tätig, von 5.639 waren weitere Angaben vorhanden, davon 239 hospitalisiert und 7 verstorben (0,12%) ▪ [redacted] • 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 Wohngegenden nimmt sie etwas zu. • **Syndromische Surveillance**	FG32 FG36

	○ Grundsätzlich sieht man Effekt der Ostertage, ggf. Nachmeldungen und damit Veränderung möglich. ○ Grippeweb: ▪ ILI-Raten auf sehr niedrigem Niveau, „Allzeittief“ ○ AGI: ▪ 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 Proben). ○ Syndromische Krankenhaus-Surveillance (ICOSARI) (Folien hier) ▪ 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	FG36

	(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 Zunahme v.a. von Pat. im Alter von 70-90 Jahren ▪ 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) ▪ [redacted] ▪ 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. • **Durchgeführte Tests und Testkapazitäten** o 191 Labore insgesamt beteiligt, 149 Labore haben in KW15 über ihre Tests berichtet o Die Testzahl hat etwas abgenommen, aber insges. über 360.000 Tests. Positivenanteil ist etwas zurückgegangen. o Insgesamt 1,7 Mio Tests durchgeführt, entspricht grob den Meldedaten (da einige Doppeltestungen) o Testkapazitäten: 112 übermittelnde Labore: 123.000 pro Tag, d.h. 730.000 Tests pro Woche o Es gibt regionale Unterschiede, aber derzeit Kapazitäten nicht ganz ausgenutzt, Rückstau wurde abgebaut o Große Anzahl von Laboren berichtet über Lieferschwierigkeiten. o 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. o Grundsätzlich sollten, gerade bei sinkenden Fallzahlen ggf. alle ARE getestet werden. Thema soll am 16.04. im Krisenstab diskutiert werden. o 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. o 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	AL3 FG32/ AL3/

	Krankenkassen, daher der Wunsch weniger zu testen (z.B. bei klinisch-epidemiolog. Fällen). ○ Gerade in der Phase der Lockerung sollten keine Teste vermieden werden. ○ [redacted] *ToDo:* [redacted] • **Schätzung der Reproduktionszahl/Nowcasting:** ○ Nowcasting-Methode überarbeitet, Stabilisierung der Anzahl der Neuerkrankungen auf Nivea von 3000/3500 ○ Derzeit arbeitet [redacted] 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 ○ [redacted] ○ EpiBul Artikel soll im Laufe des Tages veröffentlicht werden. *ToDo: Die Schätzung von R und auch die Abb. zum Nowcasting soll vom LZ in den Lagebericht aufgenommen werden.*	VPräs/ Präs
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Vorstellung des aktuellen Stands zu Impfung (Folien hier)** • 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. • [redacted]	FG33/alle

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • Viele Impfstoffkandiaten in Biotec Firmen und akademischen Gruppen entwickelt, dort keine keine Produktionskapazität, daher ist Tech Transfer nötig, [redacted] • 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 • [redacted], 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 Impfkomplikationen 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 • [redacted] • [redacted] • BCG-Impfstoffe: ○ 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 [redacted] • Es gibt keine Erfahrung wie gut und wie dauerhaft die Immunität durch die Impfung sein wird. • Firmen sind zuversichtlich, dass ein Impfstoff entwickelt werden kann. Bei MERS und SARS wurde die Impfstoffentwicklung in Phase II wg fehlender Finanzierung angehalten • 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. • [redacted] • 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	
3	**Aktuelle Risikobewertung** -	
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]/FG36

	• [redacted] **Presse**: • Viele Anfragen zum Flussdiagramm der Kriterien zum Kontaktpersonenmanagement, ggf. sollte und oder oder zugefügt werden • Sollte zunächst von inhaltlich Verantwortlichen geklärt werden, dann setzt IBBS das in Flussdiagramm um. *ToDo: FG36 und FG37 prüfen die vorhandenen Flussdiagramm inhaltlich und informieren IBBS*	Presse
5	**Strategie Fragen** **Allgemein** [redacted] • [redacted] • WHO hat "Strategic Preparedness and Response Plan" veröffentlicht • Weitere Diskussion auf 16.04. verschoben	alle
6	**Dokumente** • Dok zum Entlassmanagement ist überarbeitet und am 14.4. veröffentlicht worden • EpiBul Artikel zu Mund-Nase-Bedeckung	IBBS/FG36
7	**Labordiagnostik** • Kaum Proben eingegangen, keine Änderung zum Vortag.	FG12
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** -	

9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] • [redacted] • [redacted]	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	

124 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-16.pdf

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
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International Fälle, Schwere, Risikofaktoren** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Länder über 70.000 Fällen: [redacted]	ZIG1

	• [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: Publikation wird an Lage geschickt.* **National** • **Fallzahlen, Todesfälle, Inzidenz, Trend** (Folien hier) ○ 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. ○ R0 heute 0,9 ○ Alters- & Geschlechtsverteilung: keine großen Änderungen ○ Fälle unter Personal in med. Einrichtungen: 6.395 ○ [redacted] ○ Übermittelte Fälle nach Expositionsort: Ausland nimmt stark ab, häufig keine Angabe verfügbar. *ToDo: Aufstellung, wie viele Fälle auf „community transmission" und wie viele auf Gemeinschaftsunterkünfte zurückzuführen sind.* ○ 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. • <u>Antibiotika-Resistenz Surveillance: SARS-Cov2</u> ○ Anzahl Testungen steigt an; Knick in der Kurve am 26.03 mit Einführung einer neuen Teststrategie, gleichzeitig Abnahme der Positivenrate.	FG32 FG37

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Anteil der positiven Testungen nach Altersgruppe (</> 65 Jahre) und Organisationseinheit (Praxen, KH): bei über 65 jährigen hat sich mehr getan. ○ 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. ○ [redacted] ○ 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. *ToDo: Überarbeitung Flussschema IBBS* ○ 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.	IBBS
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Nicht besprochen	FG33

3	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted] • [redacted] • RKI-Seiten zu Corona sollen mit Hilfe externer Experten zu überarbeitet werden. Presse steht hierzu im 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.	Presse/Alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse**: • FAQ wurde neu strukturiert mit Unterüberschriften und durch einige Fragen ergänzt. • Neue Publikationsliste unter Forschung eingestellt; Projektliste ist in Arbeit. • [redacted] soll Annahmen zum Forecast genauer darstellen. Alternativ kann auf Publikation verwiesen werden. [redacted] • [redacted]	[redacted] Presse IBBS
5	**Strategie Fragen** **Allgemein** **d) Bericht aus der BMG-Telefonkonferenz**	

	• Erlassbericht zu Schulen wurde vom BMG gelobt. Bericht kann intern aber nicht extern geteilt werden („work in progress“). • Für Erweiterung von Containment Scouts wird Zuarbeit von RKI notwendig werden. • Abbildung von [redacted], bei der R0 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. • [redacted]	FG32
6	**Dokumente** • Flussschema Orientierungshilfe für Ärzte /Testkriterien ○ Testkriterien sollen sensitiver gestaltet werden; nur die Hälfte der Testkapazitäten wird in Anspruch genommen. ○ Akute respiratorische Symptome könnten bei genügender Testkapazität prominenter platziert werden. [redacted] Symptomatischer sensitiver zu gestalten. [redacted] 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.	IBBS/Abt.1/ FG36

	○ Heute findet eine TK mit der Unterarbeitsgruppe der AGI statt, hier sollen Testangebote angesprochen werden. Diese Gruppe soll zur Labordiagnostik Best Practice Beispiele für die AGI darstellen. ○ Selbsttestung wäre hilfreich und würde Akzeptanz und Zugang erleichtern. ○ [redacted] hat noch keine Rückmeldung von [redacted] 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. ○ [redacted] ○ 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. *ToDo: Überarbeitung Orientierungshilfe für Ärzte und Orientierungshilfe für Bürgerinnen und Bürger, IBBS* • Infomaterialien zur Nutzung von PSA für medizinisches Personal ○ [redacted]	
7	**Labordiagnostik** • **ZBS1**: Insgesamt ca. 4.800 Proben getestet, davon ca. 730 positiv; Eingang 100-200 Proben pro Tag. Erneut Kontaminationsproblem bei einer Firma; neues	ZBS1

	Extraktionsgerät ist in Sensitivität etwas weniger genau, wird versucht zu beheben. • **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 Ringversuchs-ergebnisse 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. • **FG14**: viele geschlossene Arztpraxen, deshalb nur 30 Proben diese Woche, 3* respiratorische Viren gefunden, 1 davon COVID-19 positiv.	AL1 FG14
8	**Klinisches Management/ Entlassungsmanagement** • Entlasskriterien ○ 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.	FG36/IBBS/ FG32
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted]	IBBS
10	**Surveillance** • Meldepflicht für serologische Nachweise ○ [redacted] hat Vorschlag zirkuliert. Dieser wurde mit einem Ergänzungsvorschlag angenommen und kann ins Internet gestellt werden.	FG32
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • 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
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ 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	

126 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-17.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

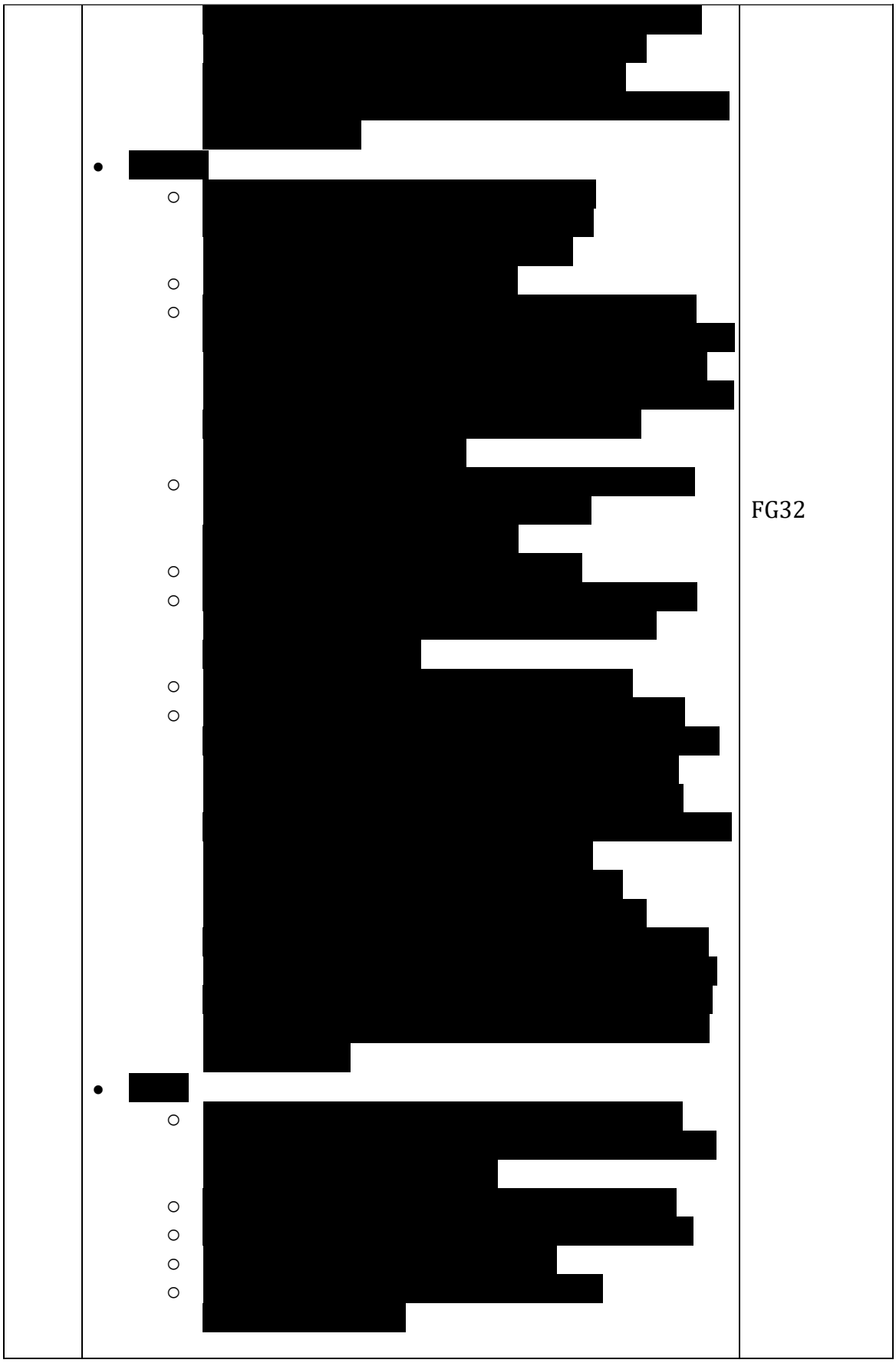
(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  -
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International Fälle, Schwere, Risikofaktoren** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Länder über 70.000 Fällen: [redacted]	ZIG1


FG32

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **National** • **Fallzahlen, Todesfälle, Inzidenz, Trend** (Folien hier) ○ Inzidenz 161, + 3.380 neue Fälle ○ +299 Todesfälle, Anteil Verstorbener steigt auf 2,9 ○ Nowcasting [redacted] Anzahl der Fälle geht zurück ○ [redacted] ○ 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 [redacted] (FG32) und [redacted] (FG36) erstellen ein Papier zu Ausbruchsmanagement (Auftrag [redacted] an [redacted])	IBBS

	○ 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	**Erkenntnisse über Erreger** • Beteiligung von Herzmuskel (Refraktäre Arrhythmien) im Rahmen der COVID-19-Erkranung 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.	Präs/alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse**: Entlasskriterien fordern zwei negative PCR. Es gibt Anfragen zum Poolen von Proben. IBBS hat das Papier entsprechend angepasst.	[redacted]/alle Presse

	[redacted] Weiteres Dokument zu Schulschließungen wird am Montag veröffentlicht Es gibt viele Anfragen von Schulen und Abi-jahrgängen über das Presspostfach. Publikation zu unterschiedlichen Surveillance/Monitoringsystemen, durch FG32 und FG36 erstellt, sollte Anfang nächster Woche fertig sein. [redacted] • [redacted]	VPräs/FG32 /FG36 [redacted]
5	**Strategie Fragen** **Allgemein** • [redacted] **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.	FG36/alle AL2/FG37

	• Modellierung (Graphik) von [redacted] 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	FG37/alle
6	**Dokumente** ○	
7	**Labordiagnostik** • **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	**Klinisches Management/ Entlassungsmanagement** ○	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] • 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. • [redacted]	FG14 VPräs/alle IBBS/alle FG32

	[redacted] • IfSG-Anpassung 3.Gesetzgebungsverfahren 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. [redacted]	FG32/alle
10	**Surveillance** ○	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** •	
12	**Internationales (nur freitags)** • Zunahme von Anfragen zu Kooperation und Assistenz im Rahmen von COVID-19-Response **Diagnostik** In Zusammenarbeit mit WHO AFRO, WHO EMRO und African CDC werden remote/online training angeboten, Bilaterale Unterstützung von mehr als 20 Ländern **Bereich Kooperation** [redacted]	ZIGL

	[redacted]	
13	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** ○	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 20.04.2020, 13:00	

128 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-20.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

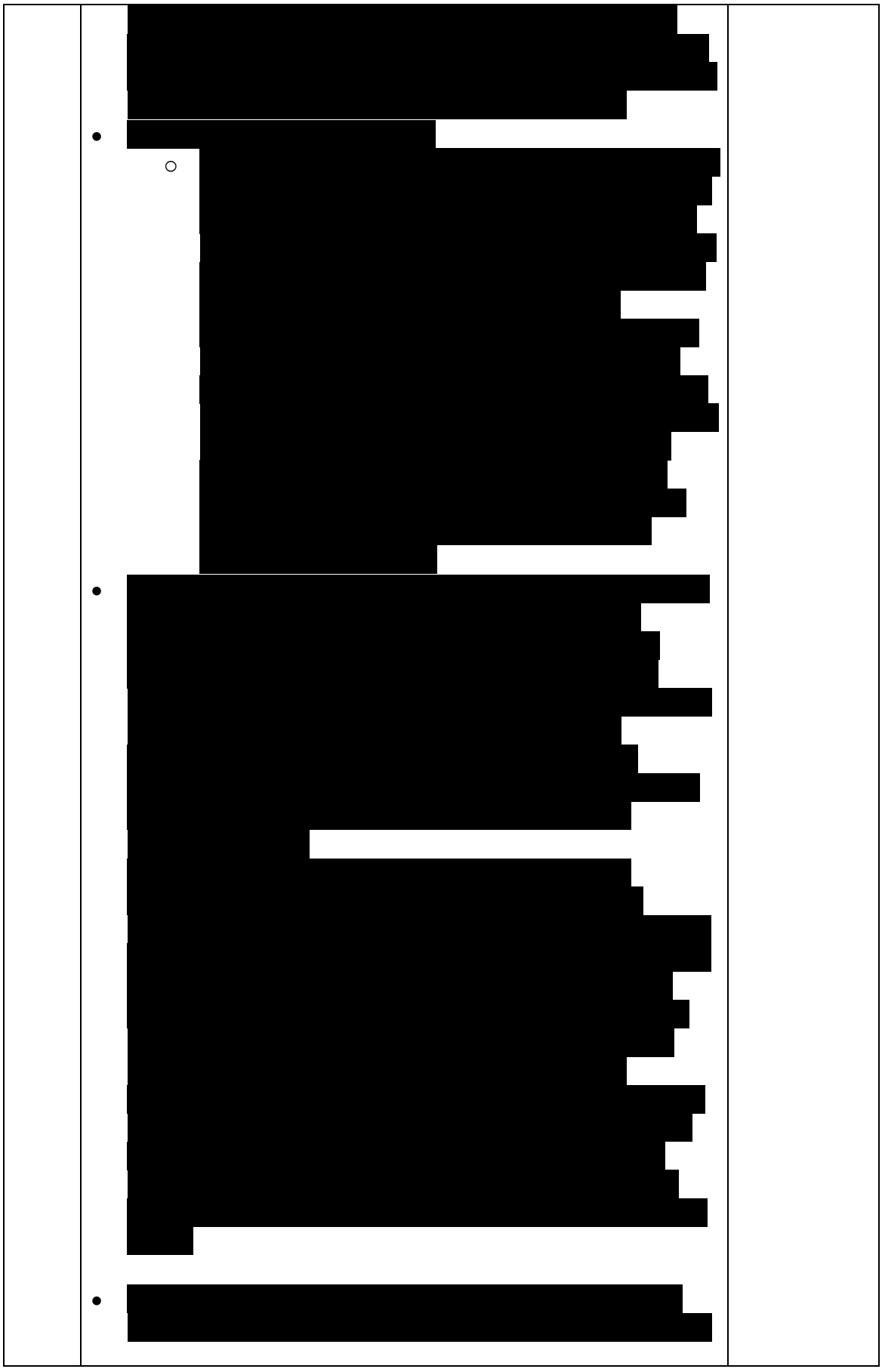
Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*20.04.2020, 13 Uhr*

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda (Moderation)
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr

- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International Fälle, Schwere, Risikofaktoren** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Länder über 70.000 Fällen: [redacted]	ZIG1



	[redacted] **National** • **Fallzahlen, Todesfälle, Inzidenz, Trend** (Folien hier) • Die Inzidenz liegt bei 170/100.000 Einwohner, der Anteil Verstorbener bei über 3% • [redacted] • [redacted] • [redacted] • 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 wiederspiegelt. 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. *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)*	FG32

	• [redacted] • Es sollte eine klare Sprachregelung herrschen, welche Faktoren das RKI als relevant ansieht, um Ausbruch zu betrachten: Meldezahlen, R0 etc. Neben R0 ist auch Schwere (nicht nur die Anzahl von Todesfällen) wichtig, d.h. behandelte, klinische Beatmungsfälle. Auch die AGI fragt nach solchen Kriterien.	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • 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. • 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.	Alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • *Nicht besprochen*	
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted]	[redacted]

	[redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] [redacted] • Momentan ist die Risikokommunikation auf die Transmission/Progression des Ausbruchs fokussiert. Es könnten aber auch chronische Leiden mit angesprochen werden. *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.).* **RKI Pressestelle**: • Geplante Epibull Aritkel:	[redacted] Presse

	1) [redacted] (FG35) hat einen Artikel [redacted] 2) [redacted] (FG36) bereitet einen Artikel zu Schulschließungen vor. *(siehe auch TOP „6 Dokumente“)* 3) Es gibt eine 3. Version zum Nowcast mit veränderter Grafik und Erklärung zu R0 • Allgemein gibt es einen großen Informationsbedarf zu R0. • Morgen am Pressebriefing um 10 Uhr nimmt Herr Schaade teil. • 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)	
5	**Strategie Fragen** **Allgemein** • Sicherheitsbetrachtung Datenspende-App, Chaos Computer Club (*vertagt*) • <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. • [redacted] • [redacted]	Präs/FG32/ alle

	[redacted] • [redacted]	
6	**Dokumente** • Entwurf Artikel Epi. Bull., Stand 17.04.2020, „Wiedereröffnung von Bildungseinrichtungen – Überlegungen, Entscheidungsgrundlagen und Voraussetzungen“: Der Artikel sollte nicht ins Detail gehen bzgl. Entscheidungen von Maßnahmen, die vor Ort von den zuständigen Personen getroffen werden müssen. [redacted] Zeitgleich soll das Dokument an zur Kenntnis an die AGI gehen. • Übersicht über Surveillance Systeme: Es gibt neben der von [redacted] angefangenen Übersicht, bereits eine Übersicht zu Surveillancesystemen im Internet. [redacted] 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. *Es soll in einer der nächsten Krisenstabssitzungen besprochen werden, wie mit den beiden Übersichten umgegangen werden soll.* • [redacted] • Gemeinsames Papier zwischen FLI und RKI zu Haustieren: Das Dokument beschäftigt sich mit Haustieren (insbesondre 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, (insbesondre Katzen).	FG36/FG32
7	**Labordiagnostik** • [redacted] • ZBS1: Letzte Woche war von der Anzahl eingehender Proben die schwächste Woche (660 Proben). Wenn die	Abt 1 ZBS1

	serologische Studie beginnt, wird mit einem Arbeitsanstieg gerechnet. Proben treffen aus der ganzen Bundesrepublik ein und betreffen immer mehr die Entlasskriterien. • Virologische Surveillance AGI: Die Sentinel Praxen 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. [redacted] • Sero-Epi Studien: [redacted] (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. • Blutspendeeinrichtungen: Die Vorbereitungen sind schon weit fortgeschritten, eine letzte Abstimmung mit dem Datenschutz ist noch offen.	FG36 FG34
8	**Klinisches Management/ Entlassungsmanagement** • [redacted] soll zukünftig den Anteil der freien High Care Bettenkapazität in der Verlaufskurve (DIVI) mitzunehmen.	FG32
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • 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.	FG32
10	**Surveillance** • [redacted] Ziel ist u.a. die Kapazitätserweiterung sowie die Identifizierung von Gruppen/Regionen, in denen Test nötig sind. Es werden dabei auch Daten zu	FG36

	Vorerkrankungen erhoben. Grippeweb kann eine Kombination aus Befragung, aber auch Kommunikation (push)/Rückmeldung sein.	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	
12	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
13	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Global Alert/Alert Germany *(vertagt)*	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • [redacted]	
15	**Wichtige Termine** ○	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Dienstag 21.04.2020, 11:00 Uhr	

130 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-21.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

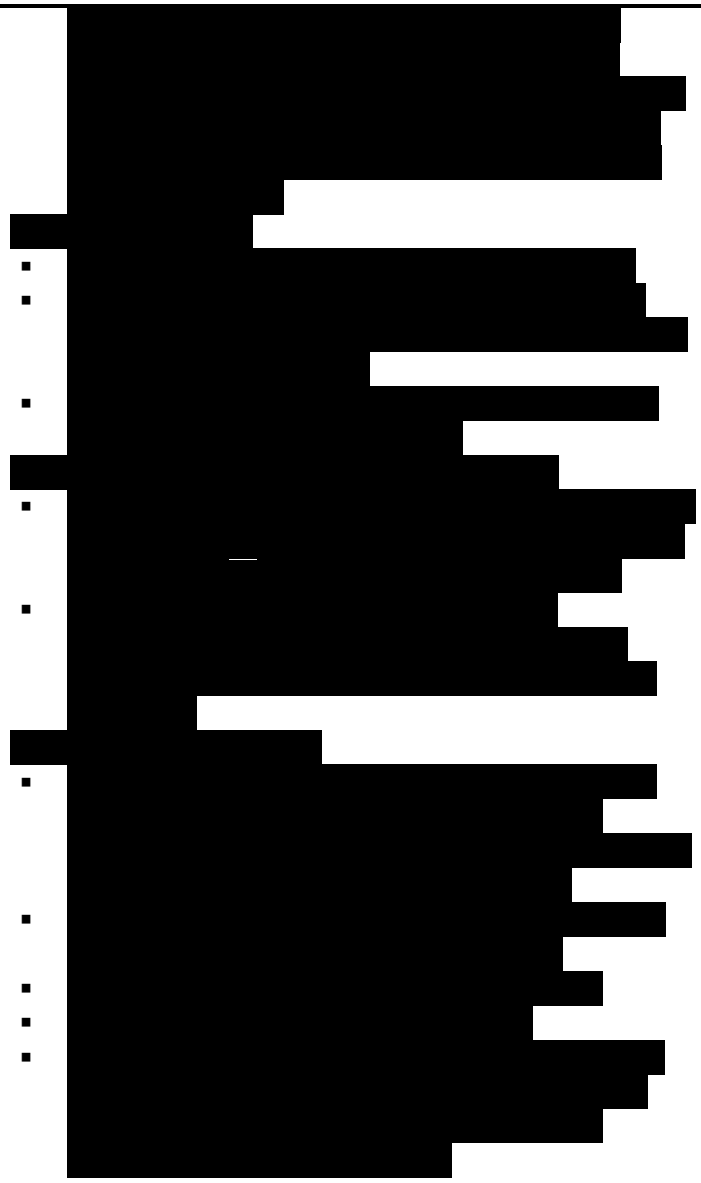
Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*21.04.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	



National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelte Fälle: 143.457 (+1.785), davon 4.598 (3,2%) Todesfälle (+194), Inzidenz 173/100.000 Einw., ca. 95.200 Genesene, R=0,7 (95% KI 0,5-0,8)
  - Inzidenz national 173/100.000 Einw.
  - Nowcast, auch nach Alters- und Geschlechtsgruppen, aufgrund großer 95%KI in den einzelnen Gruppen schwer zu interpretieren
  - Dashboard-Daten können auch abgerufen werden, allerdings ist ggf. Erklärung hierfür notwendig
  - IHME Forecast zu Krankenhausressourcen und Todesfällen: s. Folien oder hier
  - Brandherde erscheinen in den letzten Tagen geringer, möglicherweise ist Wochenendeffekt noch beinhaltet

- DESTATIS Mortalitätssurveillance wird verfügbar
- Einrichtungen
  - Gemeinschaftseinrichtungen: Fälle hier sollten beobachtet werden, da hier häufig Kinder und Jugendliche betreut werden
  - Fälle in Einrichtungen wurden gestern in Lagebericht integriert: dies stieß auf große Medienresonanz, solcherart Informationen können nur aus Meldedaten erhalten werden
  - Fälle aus medizinischem Personal sollten wenn möglich mehr untersucht werden

- DIVI IntensivRegister (Folien hier)
  - >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
  - [redacted]
  - DIVI beinhaltet Kategorisierung nach Schwere
    - Low-care: nicht-invasive Beatmung
    - High-care: mit invasiver Beatmung, ~8.000 frei
  - Steuerungs-Prognose von intensivmedizinischen COVID-19-Kapazitäten (SPoCK)
    - Modell für dieses neue Projekt ist in Arbeit, es basiert u.a. auf aktueller Kapazität
    - Kick-off Treffen am Donnerstag
    - Einzelfalldaten werden als Modellgrundlagen genutzt
    - Projekt soll über die nächsten 2 Jahre laufen
    - [redacted]
  - Intensivmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen
    - [redacted]
    - Daten (neonatologische bzw. Kinderabteilung) sind im Register enthalten aber noch nicht ausgewiesen
    - Eine Erfassung der Altersstrukturen wird möglich sein, aktuell sind es jedoch nur aggregierte Daten, in den nächsten Wochen soll eine Strategie entwickelt werden
    - Die Kapazität hierfür kann aus den vorhandenen Informationen erfasst werden

	○ Prä-intensivmedizinischer Bereich ▪ Werden klinische Verläufe vor Intensivmedizin auch beobachtet, bzw. wird es Parameter/ prädiktive Werte hierzu geben? ▪ Aktuell erhobene Daten beziehen sich ausschließlich auf intensivmedizinischen Bereich ▪ Noch nicht aber in Zukunft: Eine Medizin-Informatik Initiative arbeitet an gemeinsamem Datenübertragungs-system, so dass auch andere Daten und Parameter abgeleitet werden können ▪ Dies soll auch den stationären Verlauf davor beinhalten mit Anteilen/Charakteristika ○ [redacted]	
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Molekulare Surveillance** • Wie wird diese jetzt aufgebaut: wird sequenziert und wie wird Sequenzierung entschieden? • FG17 leitet Initiative an der verschiedene Bereiche beteiligt sind, Kollaboration mit KL ist auch geplant • Technisches Problem: Vollgenomsequenzierungen aus Proben waren erst nicht möglich, heute TK um diesbezügliche Kapazitäten zu klären • [redacted] • Noch keine Sequenzierungs-Ergebnisse von positiven Proben aus AG Influenza oder Krankenhaus-Kooperation • FG36 [redacted] versucht die verschiedenen Bereiche, wo Sequenzierungen in ZBS und Kollaboration mit KL laufen in den Workflow zu integrieren, auch hinsichtlich epidemiologischer Fragestellungen • Nächste Woche wird ausführlicher hierzu berichtet **ACE-2-Rezeptor: wo kommt er vor?** • Wurde in der Vergangenheit in Enterozyten in der Niere und in der Lunge gefunden • Auch dokumentiert in der Mundschleimhaut, in Blutgefäßen (Lancet Paper beschreibt ihn im Endotel), dies suggeriert eine Beteiligung der Blutgefäße und ubiquitärere Verteilung als ursprünglich vermutet • Ggf. gibt es einen Unterschied zwischen Basis- und Erkrankungszustand, möglicherweise Interferon-vermittelt • Es bestehen Hinweise auf neurologische Störungen und Beteiligung von Nervenzellen	FG17/FG36 FG17/Präs

	Bericht aus der Klinik • [redacted] • Es werden massiv zentralnervöse Störungen bei COVID-19-Patienten beobachtet • Manche Arbeiten beschreiben, dass Rezeptoren auch in Nervenzellen gefunden werden • KKH-Liegezeiten teilweise sehr lang (5 Wochen) • [redacted] → sehr wichtig um die einzelnen Erkrankungsstadien und kritischen Phasen besser zu verstehen	Präs
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Nichts neues	alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Nichts zu berichten [redacted] • [redacted]	[redacted] Presse [redacted]
5	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Strategie-Papier „Stärkung ÖGD“ ○ Sollte als Arbeitsauftrag verstanden werden ○ [redacted] ○ Frist 22.04.: Meldepflicht zu Überlastungsanzeigen, Selbsteinschätzung der (regionalen? und) lokalen Behörden, damit ggf. auch RKI reagieren kann → einfaches Ampelsystem ohne Indikatoren erwünscht • [redacted]	FG32/Präs/ VPräs

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] [redacted] **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	

6	**Dokumente**
	Sprachregelung R (Basis vs. Effektive Reproduktionszahl)/ aktuelle Entwicklung
	• [redacted]
	• [redacted] kommentiert, Bewegungsdaten sollen eingefügt werden [redacted], bevor es zurück ans BMG geht
	• Es sind jedoch noch andere Komponenten zu berücksichtigen, Papier sollte nicht nur R-bezogen sein/diese nicht überbewerten
	• Multikomponentenansatz
	  ○ Absage von Massenveranstaltungen
	  ○ Unterbrechen von Übertragungsketten zwischen verschiedenen Bereichen (Kontaktsperre)
	• Kommunikationsherausforderung, da R nur einer der Parameter ist, gerade die COVID-19-Kurven bei >80-jährigen, Todesfällen, DIVI-Prognosen zeigen diverse andere Entscheidungskriterien, die mit berücksichtigt werden müssen
	  ○ Transmission (vielleicht auch R)
	  ○ Individuelle klinische schwere (Klinikberichte)
	  ○ Impact (DIVI System und Todesfälle
	  → Alle drei müssen berücksichtigt werden und darauf basierend kann über Maßnahmen Abbau oder Zusatz entschieden werden
	• [redacted] macht noch einen Zusatz im Papier
	
	ToDo: [redacted] *soll die erwünschten Bewegungsdaten einfügen*
	
	ToDo: [redacted] *ergänzt im o.g. Sinne, dann soll es zurück ans* [redacted] *gehen*
	
	Empfehlungen für Erstaufnahmeeinrichtungen
	• [redacted]
		FG32/FG36
		
		FG32

	• [redacted] • [redacted] **Wiedereröffnung von Schulen** • Dokument ging an BMG, noch keine Rückmeldung, wurde an AGI geschickt und wird dort heute besprochen, [redacted] nimmt deswegen an AGI teil	FG36/FG32

7	**Labordiagnostik**
	• Letzte Woche hat FG36 ein Motivationsschreiben an AG Influenza Praxen geschickt, heute werden 27 Proben getestet, (zu) niedriges Probenaufkommen
	• Kostenübernahme für Testungen
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ In AG Diagnostik wird Kostenübernahme aktuell und insbesondere für serologische Testungen diskutiert, noch kein finales Ergebnis hierzu
	• Rückmeldung von AGI Ärzten: sie würden gerne Patienten beproben, aber Patienten werden umgeleitet und nicht mehr in den primärversorgenden Praxen gesehen
		FG17/alle

8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Präsentation/Update zum DIVI-Register, s. oben Lage National	FG32

9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	Hygieneempfehlungen
	• RKI Empfehlung ist im Umgang mit COVID-Patienten wenn möglich FFP2-Masken zu nutzen, zusätzlich: bei Masken-Knappheit und wenn keine aerosolgenerierenden Maßnahmen stattfinden kann auch MNS verwendet werden
	• Wurde als rechtswidrige Empfehlung gesehen
	• [redacted]
	• [redacted]
	
	[redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted]
		VPräs/FG14
		
		Alle

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] *ToDo: VPräs bespricht dies mit den entsprechende Stellen im Haus*	
10	**Surveillance** **Rechtsänderungen IfSG** • Kommentierungsfrist bis morgen, auch Meldung von Negativtestungen soll ermöglicht werden, wurde bereits bei der EpiLag diskutiert, besser die Diskussion morgen zu führen • Vertagt auf morgen (bitte wenig auf die Agenda)	FG32
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	
12	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	

13	**Update Digitale Projekte (sonst nur montags)**
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• 2. Datenspende-App:
	  ○ Aktiv, Nutzerzahlen sind hoch (~1 Mio. haben sich registriert, 300-400.000 Nutzer haben sich verbunden)
	  ○ Aktuell wird daran gearbeitet, Ergebnisse zu produzieren, 14 Tage sind notwendig, um Veränderungen zu sehen, Ergebnisdarstellung mit interaktivem Design soll ab Sonntag/Montag erfolgen
	  ○ [redacted]
		FG21

	○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Zielkomponenten müssen in Einklang gebracht, Datenkonzept und Dokumente strukturiert werden ○ Angedachte Zielfunktionalität ist, dass GA nicht die Leute anrufen müssen, GA bis jetzt nicht aktiv involviert, Erklärung, wie GA-Entlastung praktisch laufen soll steht noch aus ○ Es wurde eine Karte erstellt, auf der die digitalen Projekte veranschaulicht werden	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Wenn RKI mitmacht, sollte es in Studien involviert sein ○ Abt. 3 soll entscheiden, ob sie ggf. in Kooperation mit externen Studien aufsetzen könnten *ToDo: überprüfen ob Anfrage über BMG kam, ansonsten zunächst Weiterleitung an BMG mit Frage ob RKI beteiligt werden soll*	FG32
15	**Wichtige Termine** • 12:00 Wöchentliche Pressekonferenz von ALM (PreAkkreditierte Labore in der Medizin) • 13:00 AGI Telefonkonferenz • [redacted]	

16	**Andere Themen** • [redacted] • **Bitte wenig auf die Agenda morgen um Diskussion zu IfSG-Änderungen zu ermöglichen (VPräs)** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 22.04.2020, 11:00 Uhr[redacted]	

132 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-22.pdf

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:	[redacted]

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- L1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • [redacted] ○ [redacted]	ZIG1
	○ [redacted]	FG32/FG36

	○ [redacted] **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • Obduktionen ○ 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 ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • 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 ○ AG Influenza ▪ 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	FG32/FG36/ Alle

- 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
  - 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
- [redacted]
- Validation mit KV-Daten ist wichtig, aber ansonsten keine Daten über liegende Patienten, dies ist nahe dran am System

- Thema Schwangere
  - 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 Tosdesfälle
  - 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
- Testkapazität und Testungen
  - >2 Mio. Testungen insgesamt, in KW 16 >323.000, Positivanteil 6,7%, Rückstau wird geringer
  - Weiterhin Lieferschwierigkeiten gewisser Reagenzien
  - Testkapazität ist vorhanden aber Verteilung nicht optimal, teils lange Wartezeiten bis ein Ergebnis verfügbar ist (13 Tage) → wir haben mehr Testkapazität aber längere Wartezeit
  - [redacted]

	[redacted]	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Nicht besprochen	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf	
4	**Kommunikation** [redacted] **Presse** • [redacted]	[redacted] Presse

	• [redacted] • 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	
5	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
6	**Dokumente** **Prüfung von Konzepten von Institutionen/ Organisationen/ Verbänden** • RKI wird vermehrt von externen Akteuren gebeten, deren Konzepte zu beraten, prüfen, bewerten usw. • In den wenigsten Fällen handelt es sich um fachliche, eher um organisatorische, ingenieur-technische oder logistische Anfragen • Dies ist nicht leistbar und geht an den RKI-Aufgaben und Zuständigkeiten vorbei • [redacted] • [redacted] • Es muss zwischen primärer Zielgruppe und dritten unterschieden werden (Sportverbände ≠ primäre Zielgruppe) • Anfragen von Bundesebene sollte das RKI versuchen, zu bearbeiten oder weiterzuleiten, bei anderen Anfragen Verweis auf Gesundheitsbehörden der entsprechenden Ebene • Zielstellung RKI: Zusammenfassung und Aktualisierung der fachlich relevanten Empfehlungen, die dann von den jeweiligen Verbänden angepasst werden können • RKI-Empfehlungen werden ständig aktualisiert, deswegen punktuelle Prüfung auch nicht sinnvoll • Sollte so klar von allen/LZ aus dem RKI kommuniziert werden	FG36
7	**Labordiagnostik** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	AL1/alle

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • AG Diagnostik arbeitet fruchtbar und hat viel Sachverstand, der RKI-interne Teil sollte in Vorbesprechungen gut abgestimmt werden, auch mit den BL	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	

10	**Surveillance**
	Rechtsänderung IfSG: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (Folien hier)
	• RKI-Kommentierung des BMG-Papier muss heute erfolgen
	• Sehr umfangreiches Gesetz, 66 Seiten
	• Für RKI relevante Änderungsvorschläge:
	  ○ 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 werden
	  ○ 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
	• Andere, weniger für das RKI relevante Punkte: Entlastung KKH, Finanzierung ausländischer Patienten, mehr Flexibilität für
		L1/FG32

Ausbildungsberufe, ersetzen der Terminologie Quarantäne durch Absonderung, usw.

- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Einzelne betroffene IfSG-Paragraphen (s. Folien, hier sind nur zusätzliche Informationen vermerkt)
  - §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, Kommunikations-weg 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 besteht) hinzuzufügen
  - [redacted]
  - §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 Vergan-genheit 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 Gemeindekennziffer, um kleinräumige Auflösung zu ermöglich, 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
        - [redacted]
    - §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
- [redacted]
    - 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 pseudonymisierter Daten, z.B. für ECDC-Tessy
    - Verstetigung Syndromische Surveillance: auch die Länder wollen dies
- [redacted]

ToDo: L1 und FG32 finalisieren RKI-Kommentierung und geben Rückmeldung an BMG

11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	
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: Donnerstag, 23.04.2020, 11:00 Uhr [redacted]	

134 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-23.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- L1
  - Joachim Mehlitz
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ [redacted] [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted]	ZIG1/BZgA

	[redacted] **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 [redacted]	FG32

	○ 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: [redacted] 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: ▪ 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 Bewertung des Geschehens sich nicht nur auf Transmissionsparameter zu beziehen, sondern auch die klinische Schwere und dem Impact von COVID zu kommunizieren. ▪ Es gibt Sprachregelung vom BMG in die [redacted] 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. ○ Testungen • DIVI Intensivkapazitäten: derzeit 35.000 freie Betten • Syndromische Surveillance ○ Nachfrage zur begleitenden Surveillance während der schrittweisen Lockerung der Maßnahmen: ▪ [redacted] ▪ 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.	Alle

	▪ Beide Systeme (syndromische Surveillance und Testungen) sollten parallel weiter ausgebaut werden, um eine höhere Sensitivität zu erreichen. ▪ Nach dem abgestimmten Flussschema 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. [redacted] sendet Diskussionsvorschlag der AG Diagnostik an Krisenstab und wird [redacted] informieren. o Diskussion zu aktuellem Stand der Teststrategie, je nach Verfügbarkeit von [redacted] am 24.04. oder in der folgenden Woche.AG Influenza • Testkapazität und Testungen o ARE (Folien hier): ▪ Tage zwischen Entnahme und Testung pro BL: [redacted] ▪ 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 Teste 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 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 asymptomat. Bei der Teststrategie sollte klar definieren sein welche Ziele erreicht werden sollen, und dass es einheitlich deutschlandweit umgesetzt wird. • Nachfrage Kommunikation mit Bevölkerung bei Bedarf an Testung: o Derzeit auf BZgA Materialien PLZ-Suche zum Kontakt mit ÖGD zur Testung o Testungen ohne Symptome höchstens in Ausbruchsuntersuchungen (KP), Aufnahmescreenings etc. o Bevölkerung sollte bei Symptomen, die sie abklären lassen wollen ärztliche Bereitschaft (116117) anrufen. Es sollte nicht ohne Symptome getestet werden. o In BL z.T. zusätzlich auch andere Hotlines geschaltet	FG37 BZgA/alle

	○ Ärztliche Bereitschaftshotline ist inzwischen gut aufgestellt, keine großen Wartezeiten mehr, aber nicht überall gut bekannt, sollte ggf. weiter kommuniziert werden	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Zur Beantwortung einer ARD-Anfrage wurden dermatologische Erscheinungen näher betrachtet [redacted], wird auch in Steckbrief einfließen. Es finden sich bei einigen Patienten Exantheme, Einblutungen etc., Rezeptor auch in Endothelien	FG36
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf	
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Sehr viele Anfragen zu Risikogruppen, Interesse an BZgA Dokument • Webseite zu Risikogebieten wird offline genommen. Irgendwas auf Webseite zu Fallzahlen • Im Aufbau eine Webseite zu Testkapazitäten mit dem Tabelle aus Lagebericht, wird jeweils Do früh aktualisiert	[redacted] Presse
5	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • ÖGD-Stärkung: Die CdS-Beschlussvorlage hat nur die Punkte umfasst, die schon beschlossen waren, die anderen (u.a. finanzielle und personelle Stärkung des RKI) werden jedoch noch weiter diskutiert. *ToDo:* [redacted] *sendet erstes Konzept für Kontaktstelle an BMG* **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	FG32
6	**Dokumente** • Sprachregelung zu Konzepten von Institutionen/Organisationen/Verbänden ○ Wurde am 22.04. besprochen. Es werden nach Möglichkeit nur fachliche Anfragen beantwortet. ○ BMG unterstützt Entscheidung. BMG hat nach Rücksprach des LZ mit [redacted] das RKI aufgefordert eine Sprachregelung zu erstellen. Presse erstellt diese bis morgen DS. • [redacted]	FG36

	○ [redacted] ○ 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. *ToDo: Hr Wieler kontaktiert [redacted], der in Kontakt mit der KV steht.*	
7	**Labordiagnostik** • [redacted] • Täglich normalerweise 10-20 Proben zur Testung	FG12
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Dokument zur Pneumologie/Beatmungsmedizin (auch verlinkt): COVID-19 wird als 3-phasige Erkrankung dargestellt: frühe Phase, pulmonale Manifestation, hyperinflammator. Phase • [redacted] ○ [redacted] ○ IBBS vermittelt Einzelfälle an ZBS1, ansonsten wird auf die Studie von FG37 gewartet • Eine Fachgruppe Intensivmedizin/Infektiologie wird auf Anregung von BMI/BMG eingerichtet, setzt sich aus DIVI, STAKOB und DVI zusammen, IBBS nimmt teil, Aufgaben: Strateg. Patientenverlegung, Praktische Erfahrungen für Mediziner, Visitenroboter bei Mangel an Fachexpertise	IBBS/FG36
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • 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. *ToDo:* [redacted] *klärt die Frage mit* [redacted]	FG32
10	**Surveillance** **Rechtsänderung IfSG** • Vorschläge des RKI sind am 22.04. im BMG eingegangen und wurden vom BMG eingearbeitet. **Serologische Untersuchungen** • Zunächst wird die Studie mit Blutspendern begonnen, Hotspot-Untersuchungen folgen danach	FG32 AL2

	• Steuerungsgruppe zu serolog. Untersuchungen tagt am 23.04. nachmittags. Es gibt mehrere offene Punkte/Fragen: Kohortenbildung, Kinder, Landkreise • [redacted] • Es ist wichtig sichtbar mit den Serostudien zu beginnen • Kinder sollten unbedingt einbezogen werden, da gerade dazu Studien fehlen	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Heute TKs mit AkKÜ und der AG IGV-benannte Flughäfen	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: Freitag, 24.04.2020, 13:00 Uhr[redacted]	

136 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-24.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) [redacted]	ZIG1

	[redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ○ 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? ○ [redacted] ○ Wer Partner sein könnte, hängt vom Setting der Studie ab. [redacted] setzt sich hierzu mit [redacted] in Verbindung. ○ In FG36 wurden intern bereits verschiedene Ansätze diskutiert.	FG 36 FG32

ToDo: FG36 verschafft sich Überblick über Studien und überlegt, inwiefern das RKI beitragen kann. Vorstellung der Überlegungen Di oder Mi nächste Woche von [redacted].

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - 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.
  - [redacted]

ToDo: Statt R0 soll der Begriff „Reproduktionszahl" verwendet werden.

  - 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, 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 Gemeinschafts-unterkünfte nach §36 IfSG kann schlecht differenziert werden, um was für eine Unterkunft es sich handelt.
  - 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?
    - 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.

	ToDo: FG32 führt eine Beispielrechnung durch und begründet anhand der Limitationen, warum eine Berechnung der genesenen HCW nicht sinnvoll ist. o ICOSARI: verschoben auf Montag o Einfluss von COVID-19 und Maßnahmen auf Meldezahlen anderer Kategorien: siehe Folien	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • 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.	IBBS
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf	Alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • 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. *ToDo:* [redacted] • 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	[redacted] Presse FG36 FG32/ FG36

	ITS Betten zum großen Teil frei, zum Teil jedoch auch, weil elektive Eingriffe verschoben wurden.	
5	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • 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. ○ 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 könnten Stichpunkte, was erfragt werden soll, an die Hand geben	Abt.3/ FG32

	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. ○ FG33 plant eine Studie zur Kontaktmatrix. *ToDo: Überlegen, wie Indikatoren in SurvNet gesetzt werden könnten, FF FG32* • Konzept COVID-19 Impfen: wird am Montag besprochen **b) RKI-intern** • Vorbereitung des Zwischenberichts zu den ersten 3-4 Monaten der Coronaepidemie in Deutschland: Zwischenbilanz, sollte ähnlich wie Tätigkeitsbericht EHEC aufgebaut sein.	
6	**Dokumente** • BMG-Papier für die Durchführung von Gottesdiensten und religiösen Handlungen ○ 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	**Labordiagnostik** • Mit dem Testen Asymptomatischer beschäftigt sich die AG Labordiagnostik, wöchentlich finden 3 TK mit den Unterarbeitsgruppen statt. ○ [redacted] Es gab einen Vorstoß im Rahmen der IfSG-Novelle auch dies von Kassen übernehmen zu lassen, dies wurde jedoch abgelehnt. 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	Abt.1

	AGI kommuniziert nur wenig an die AGI. Nächste Woche sollen best practice Beispiele zur Verfügung gestellt werden. ○ 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. *ToDo: Treffen [redacted] mit Leitung findet hierzu statt.*	ZBS1
	• 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. • [redacted]	Abt.1 FG14
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • [redacted] ○ [redacted] • [redacted]	IBBS/FG36 Abt.1

	• [redacted]	

9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	• 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.
	• [redacted]
	ToDo: [redacted] *erstellt bis Montag ein Dokument dazu.*
	• Wiederzulassung med. Personal nach langfristiger pos. Testung
	  ○ 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?
	  ○ [redacted] 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.
		FG14
		
		IBBS/ ZBS1

10	**Surveillance** • 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 [redacted]	

138 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-27.pdf

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:	[redacted]

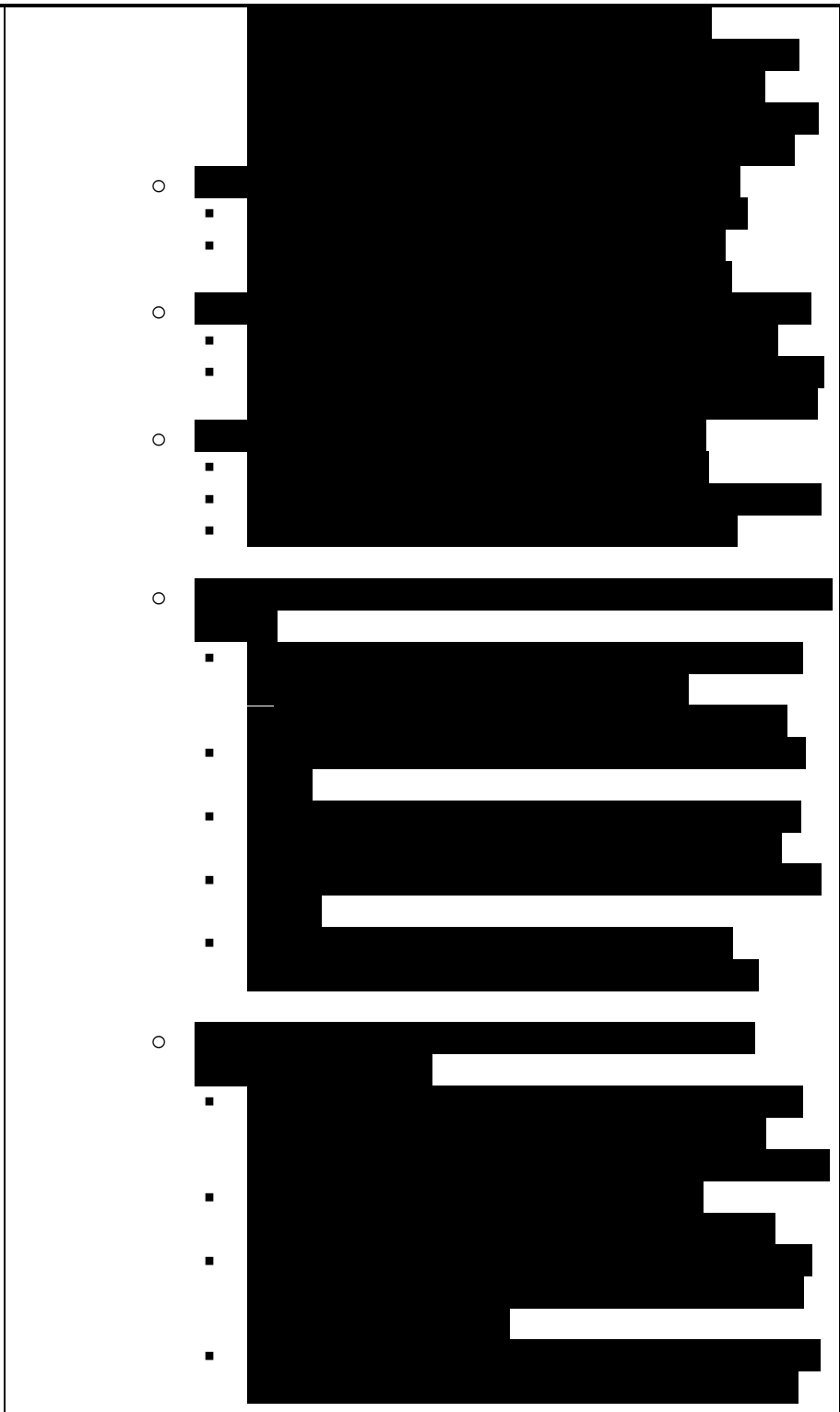
Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1

- [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) [redacted]	ZIG1



National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 155.193 (+1.018) Fälle, davon 5.750 (3,7%) Todesfälle (+110), Inzidenz 187/ 100.000 Einw., ca. 114.500 Genesene

FG32

	○ Heute geringerer Anstieg nach dem Wochenende, Nachmeldungen sind möglich bzw. wahrscheinlich ○ [redacted] ○ 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 ▪ >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 Fällen der Expositionsort nicht bekannt • ICOSARI Datenstand 22.04.2020 ○ ~2.200 Fälle aus den Sentinel-Krankenhäusern (KKH)	FG36

	○ 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-assoziierter Pneumonie und COVID-19 ▪ 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 Altersgruppe 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
	• Notaufnahmen Konsultationen ○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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 ▪ [redacted] ▪ ▪ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ▪ ▪ ▪ • [redacted]	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • 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-	FG17

	19 Fälle hatten aktivierbare T-Zellen, ebenso 36% der Blutspender (PCR-negativ auf SARS-CoV-2) 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; die Methodik der Studie wird zur möglichen Wiederholung zur Verfügung gestellt • T-Helferzellen humorale Antwort • Wurde in Seren von Personen mit „normalen“ Corona-Erkältungsviren nach Antikörper Kreuzreaktionen gesucht? • 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	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	alle
4	**Kommunikation** [redacted]	[redacted]

	• In der AGI TK wurde über Quarantäneeinrichtung für quarantäneunwillige Kontaktpersonen gesprochen • 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 **Presse** • STIKO: diese Woche ist eine Veröffentlichung zur Durchführung von empfohlenen Schutzimpfungen während der Lage geplant, soll auch am Donnerstag im RKI-PB erwähnt werden • 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	Presse

5	**RKI-Strategie Fragen**
	a) Allgemein Konzept COVID-19 Impfen
	• Das RKI hat den Auftrag erhalten ein Impfkonzept zu entwickeln, [redacted] hat dies mit [redacted] besprochen, es ist zweiteilig
	• 1. Entwicklung einer Impfempfehlung, 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
	• 2. Vorbereitung der Einführung einer Impfung
	  ○ Es werden mehrere Impfstoffe kommen, die im Schnelldurchgang entwickelt und geprüft wurden
	  ○ 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,
		FG33

	läuft es durch den ÖGD oder Arztpraxen wie bei Routineimpfungen? ○ Es gibt noch Zeit, aber die Systeme sollten bis Ende des Jahres klar sein • Vorstellen hiervon bei AGI TK diese Woche **b) RKI-intern** [redacted] • [redacted] • [redacted] • Deeskalationspapier soll ggf. auf RKI-Webseite publiziert werden • Anfrage ging ans BMG, Antwort steht noch aus	FG32/ZIG
6	**Dokumente** • Empfehlungen für Gemeinschaftsunterkünfte Geflüchtete: nicht besprochen	FG32
7	**Labordiagnostik** **Thema** • Selbsttests: in bestimmten Fällen befürwortbar, akuter Kontext? Wurde heute nicht besprochen • „Kölner Papier" COVID Exit: wurde am Sonntag an Präs geschickt mit einer Gesamtexitstrategie, mehr Informationen zum Laborteil werden noch eingefordert da aktuell eine breite Testung asymptomatischer vorgeschlagen ist *ToDo: morgen gibt AL1 ein Update zur Arbeit der AG Diagnostik* • 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 • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • Infektiosität mit CT-werten Korrelierung läuft, am Freitag gibt es voraussichtlich mehr Information hierzu • Serologie	AL1 ZBS1

	○ 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)	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Krisenstab Stellungnahme MNS in KKH** • VPräs wünscht Stellungnahme zum Tragen von MNS durch medizinisches Personal im KKH-/Klinik-Setting • [redacted] • FG14 hat dies schon lange in die RKI-Hygieneempfehlungen aufgenommen (MNS auch außerhalb der direkten Versorgung von erkrankten empfohlen) • Soll dies noch stärker formuliert werden? Es muss mit VPräs geklärt werden, ob dies noch deutlicher in den FAQ oder anderswo dargestellt werden soll **Überlastungsanzeige GA, CdS-Beschluss** • 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 [redacted] mitgeteilt werden, kein formales Prozedere, ähnlich Amtshilfeersuchen, Informationsübermittlung	VPräs FG32
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, [redacted] bereitet dies vor	FG32
12	**Internationales (ausnahmsweise, nur freitags)**	

	[redacted] • 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 *ToDo: ZIG finalisiert Textpunkte zur Handhabung des Dokumentes zu internationalen Unterstützungsanfragen* **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, auch hinsichtlich möglicher Langfristigkeit • Die SEEG wird aktiv(er) • [redacted] • Letzte Woche fand ein erstes Webinar der ZIG 4 mit Africa CDC, WHO AFRO, [redacted] 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	ZIG
13	**Update digitale Projekte (nur montags)** **Corona-App/PEPP-PT** • Bundesregierung hat am Wochenende einen Richtungswechsel signalisiert, eine große Frage war die zentrale vs. dezentrale Datenspeicherung, dezentraler Ansatz wird generell favorisiert	FG21

	• 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 **Charité intelligenter Fragebogen/ Symptomchecker** • [redacted] • In Verbund mit den anderen Tools wird und wurde viel gelernt • Weiterhin ist das Ziel, die GA zu entlasten **Datenspende-App** • 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	
14	**Information aus dem Lagezentrum** **Thema** • Viele Anfragen aus dem politischen Raum: keine große Einigkeit mehr, teilweise auch unangenehme Fragen • Strategie zu längerfristigem Betrieb, muss angedacht werden • Zwischenbericht Erstellung, Zuarbeit wird notwendig werden	FG32
15	**Wichtige Termine** • HSC TK heute • Corona-Kabinett • Morgen BMI BMG Gespräch	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Dienstag, 28.04.2020, 11:00 Uhr[redacted]	

102 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-03-31.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o Länder mit >70.000 Fällen/letzte 7 Tage ▪ USA: hauptbetroffenes Land, noch knapp unter 1 Mio. Fälle, >56.000 Todesfälle, in der Fallkurve ist kein Abfall sichtbar, R~1, Mobilität hat in der letzten Woche erneut zugenommen (v.a. driving) o 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 o 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 o R eff für Länder mit >7.000 Fällen/ letzte 7 Tage: Trendfortsetzung, Maßnahmen in Russland wirken o R eff für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/ letzte 7 Tage: keine Auffälligkeiten im Vergleich zu Vortagen o Länder mit >100 Fällen und R eff >1 ▪ R-Entwicklung der letzten Tage wird nun mit dargestellt (in grau) um Dynamik darzustellen ▪ R in Brasilien steigt an o Mobilität Apple für Länder mit >7.000 Fällen/ letzte 7 Tage ▪ Apple-Werte sind aktueller (als Google) ▪ Brasilien zeigt auch hier ansteigenden Trend ▪ Italiens sehr restriktive Maßnahmen sind gut sichtbar, Lockerungen werden jetzt diskutiert o Mobilität Apple für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/ letzte 7 Tage ▪ Singapurs zusätzliche Maßnahmen in Gast-arbeiterheimen schlagen sich in der Mobilität (auch in der allgemeinen Bevölkerung) nieder o Griechenland: wurde noch nicht besprochen ▪ >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 werden auch Städte oder Dörfer unter Quarantäne gesetzt (bisher zweimal geschehen); eine schrittweise Lockerung ist geplant	ZIG1

- <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

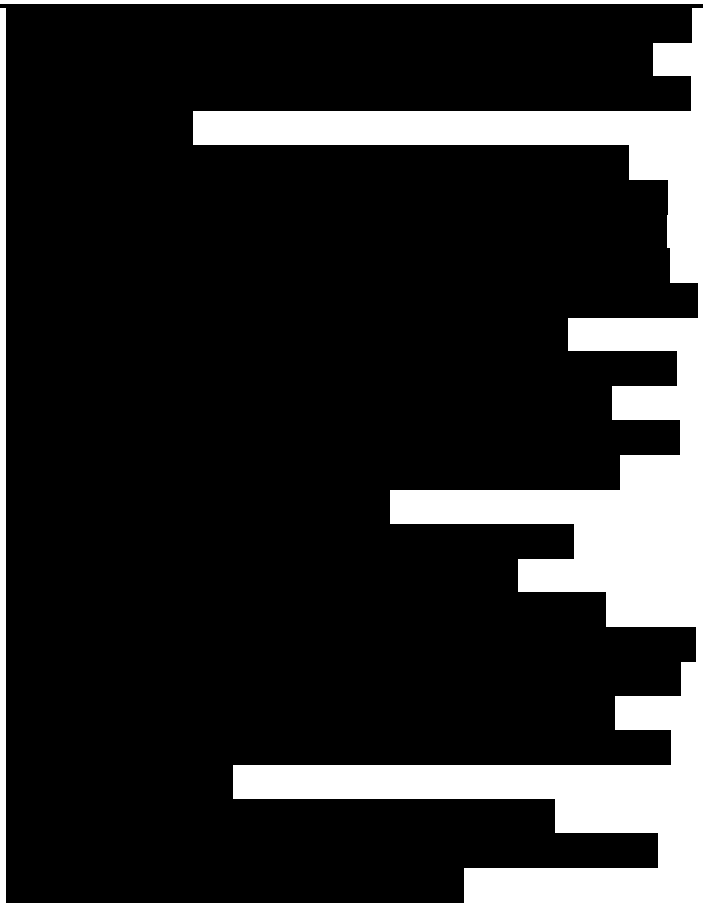
- Häufung nicht-diagnostizierter inflammatorischer Syndrome bei Kindern aller Altersgruppen in England in den letzten 3 Wochen
  - insgesamt 10 Fälle eines möglicherweise SARS-CoV-2-assoziierten Kawasaki-Syndroms
  - ca. 50% der Kinder waren SARS-CoV-2 PCR-positiv
  - Kinder hatten keine Vorerkrankungen, aber bei 50% gab es eine COVID-19 Erkrankung in der Familie
  - Kawasaki Zusammenhang mit Coronavirus bereits 2005 angenommen
  - [redacted]
  - [redacted]
    - Wurde von [redacted] 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 eine andere als COVID-19, 25% hatten eine Grund-erkrankung
    - [redacted]

	○ [redacted] ○ [redacted] 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 **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 ○ Insgesamt ~11.000 COVID-19 Fälle auf der Intensivstation, 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 Intensivstation 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) ○ 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 Datenqualität ist nicht gut da es einige Fehlangaben gibt ○ Es werden relative Anteile dargestellt und der Nenner an den unterschiedlichen Tagen ist sehr verschieden	FG32

	○ 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 • Frage: Sind Zahlen zu Schulen schon nutzbar? • 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	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Nicht besprochen	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **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-Webseite, es ist mittlerweile wieder behoben, bei Bedarf ist von der Pressestelle eine Sprachregelung hierzu verfügbar • 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	[redacted] Presse
5	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein**	

	• Kriterien für Grenzöffnungen (s.u. Transport)	FG32
	b) RKI-intern **Empfehlung zu MNS in medizinischem Setting** • 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 *ToDo: FG14 erarbeitet Vorschlag einer Erweiterung der Basis Hygieneempfehlungen für COVID-19 im medizinischen Bereich*	VPräs/FG14/ alle
6	**Dokumente** **Empfehlungen für Gemeinschaftsunterkünfte Geflüchtete** • [redacted] • [redacted] • Dokument wurde mit Bitte um Kommentierung bis morgen Abend an Krisenstab geschickt • Anschließend wird der Entwurf mit der AGI geteilt *ToDo: Fertigstellung des Papiers, dann Vorstellen bei der AGI TK*	FG32
	„Kochbuch“ • 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 *ToDo: Fertigstellung des Kochbuches zur finalen Abstimmung mit Präs und anschließender Publikation auf der Webseite*	FG32

7	**Labordiagnostik**
	Update AG Diagnostik
	• 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
	  ○ 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 symptombasiert bei ARE
	  ○ Flussschema für die Bevölkerung wird aktuell durch IBBS überarbeitet, integrieren der niederschwelligen Testungsstrategie könnte zu gesteigertem Druck auf Arztpraxen, Telefonhotline, usw. führen
	  ○ [redacted]
	  ○ Krisenstab Konsens zur Anpassung: Testung aller ARE wird nun auch in abgestimmter Form im Flussschema für Patienten untergebracht und gleichzeitig in Empfehlungen der BZgA aufgenommen
	• Testung asymptomatischer Personen
	  ○ [redacted]
		AL1



- Testungen in KKH sind morgen Diskussionsthema in der AG: [redacted] stellt die durch FG37 begleiteten Studien vor, Information zu KKH-Patienten sind von großem Interesse, z.B. Testfrequenz, sowie differenzierte Nutzung von Antikörper vs. PCR-Testung
- Länder wurden ebenfalls gebeten, ihre best practice Erfahrungen mit einzubringen
- Bestehender Lobbyismus: Interesse weniger von Seiten der Labore als von Testherstellern
- [redacted] 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)

Selbsttests

- Nicht besprochen

„Kölner Papier“ COVID Exit

- Zur Kenntnis genommen, nicht erneut besprochen

Bericht von FG17

	• Nur wenige Proben sind eingegangen, gestern 20, heute 10, diese werden gesammelt bis sich die Extraktion lohnt, Ergebnisse liegen noch nicht vor	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Thema** • MNS in medizinischem Umfeld (s.o. interne Strategie) **GA Überlastungsanzeige** • [redacted]	FG32/VPräs
10	**Surveillance** **GKV-Daten** • 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 **Stand Gesetzgebung** • 3. Coronagesetz geht diese Woche ins Kabinett, letzte dem RKI vorliegende Fassung wurde mit dem Krisenstab geteilt	FG32
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Kriterien für Grenzöffnungen, BMI/BMG Treffen** • Die Frage ist, welche Kriterien herangezogen werden könnten, um eine Öffnung innereuropäischer Grenzen zu entscheiden	FG32

	• Ein RKI-Papier für das heutige Treffen der interministeriellen Koordinierungsgruppe wurde erstellt und wird noch mit dem Krisenstab geteilt, Deeskalationsstrategie wurde auch genutzt
	• [redacted]
	• 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.
	  ○ 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
	[redacted]
		Alle

	ToDo: ZIG-L soll ein Reeskalationskonzept vorbereiten	
12	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
13	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum** **Durchhaltekonzept** • 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	**Wichtige Termine** • Heute: BMI BMG Gespräch zu Grenzöffnungen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 29.04.2020, 11:00 Uhr[redacted]	

142 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-29.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt.1
  - Martin Mielke
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ USA: Etwas über 1 Mio Fälle, 58.355 Tote. Sehr heterogenes Bild der Lockerung der Maßnahmen in den einzelnen Bundesstaaten: 7 Bundesstaaten mit Reff >1 wollen Maßnahmen lockern. ZIG1 versucht die Situation in den einzelnen Bundesstaaten genauer darzustellen. o Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ 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. o Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag ▪ Keine großen Veränderungen o R eff. Trend für Länder mit >7.000 Fällen/letzte 7 Tage ▪ Nichts auffälliges, Brasilien geht langsam nach oben, USA pendelt um die 1, in Bundesstaaten jedoch unterschiedlich, in Russland Stabilisierung o R eff Trend für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/letzte 7 Tage ▪ in den meisten Ländern R=1 erreicht, Weißrussland und Bangladesch verbessert, Maßnahmen greifen o Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1 ▪ Russland zeigt einen anhaltenden Trend nach unten, Brasilien einen Trend nach oben. Rumänien liegt mit R eff. knapp >1. o Mobilitätsdaten: Keine großen Veränderungen, wird nur noch 2x pro Woche gezeigt ▪ USA: weiterhin ansteigende Mobilität (eher Autos und zu Fuß, weniger öffentlicher Verkehr) ▪ Schweden: auch in Schweden hat sich Mobilität reduziert, wenn auch nicht so stark, steigt jetzt wieder an ▪ Rumänien: verzögert, aber dann auch starker Abfall der Mobilität o Rumänien: ▪ 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.	ZIG1/alle

	▪ 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 ○ Lancet-Paper zu Transmissionsdynamik in China ▪ 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 ▪ Überträgung 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 • Dänisches Preprint-Paper: ○ 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	

	○ [redacted] • Interessant wäre ggf. für die verschiedenen Länder die Bevölkerungsdichte/Anzahl der COVID-Fälle übereinanderzulegen **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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.) ○ [redacted] ○ [redacted] *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).	FG32/alle

ToDo: [redacted] *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 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)
  - Testkapazitäten liegen bei fast 900.000
  - weiterhin Lieferschwierigkeiten, aber inzwischen weniger Labore, und geringerer Rückstau

- SARS-Cov-2 Laborsurveillance (ARS) (Folien hier)
  - 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 möglich

	○ FG37 ist im Gespräch mit [redacted] wird bereitgestellt (Daten pro BL, pro Tag pos/neg Teste) • Syndromische Surveillance ○ 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	**Erkenntnisse über Erreger** • Bericht im DLF [redacted] über Gabe von Östrogen in NY an Männer, da Östrogen Schutzfaktor sein soll (aus Journal of Virology?)	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Auslegung des Risikos im Sinne des Burden of Disease – Methode dazu ist etabliert [redacted], aber erst zu berechnen, wenn nach den festgelegten Maßstäben community transmission erreicht (diese entspricht nicht der WHO Def.) • [redacted] • [redacted] • Der neue Vorschlag sollte allerdings mit Bedacht gewählt werden und nicht zu deeskalierend sein. *ToDo: Das LZ entwickelt bis morgen neuen Vorschlag zur Risikobewertung.*	
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	Presse
5	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Strategie Deeskalation – Reeskalation ○ Noch kein Zwischenstand, heute erste TK der AG ○ Bis Ende der Woche soll das RKI max. 6 Kriterien der Reeskalation benennen, die gemeinsam mit dem BMG kommuniziert werden (ansonsten werden sie direkt vom BMG benannt). ○ Die Kriterien sollten aus den 3 Bereichen Impact, Transmission (hier ggf. R und Neuinfektionen) und individuelle Schwere kommen. ○ Sollte mit FG36 abgestimmt werden ○ Inzidenz auf LK-Ebene wäre ebenfalls ein möglicher Parameter – wenn erhöht, muss überprüft werden, ob es sich um einen Ausbruch handelt, oder verstreute Fälle, allerdings wurde nun R und Anzahl Neuinfektionen in der Öffentlichkeit kommuniziert, sollte nicht dauern verändert werden ○ Deeskalations-AG ist reaktiviert worden, aber weitere Interessierte können sich gerne direkt an [redacted] wenden. *ToDo: ZIG erarbeitet bis heute Abend einen ersten Entwurf und gibt ihn spätestens morgen Nachmittag in die Abstimmung* **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	VPräs/ZIG
6	**Dokumente** • Aktueller Stand: Flussschema Bevölkerung ○ 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 *ToDo: Wenn Änderungen eingebaut worden sind soll das Flussschema an die BZgA zum Gedankenaustausch gesendet werden, spätestens am Montag sollte es im Internet verfügbar sein (IBBS)* • Aktueller Stand: Flusschema für Ärzte	IBBS/VPräs/ alle

	○ Sollte nochmal vereinfachen werden, da es zu vielen Missverständnissen kommt ○ Vielleicht zusammen mit Flussschema für Bevölkerung veröffentlichen ○ [redacted] ○ [redacted] hat darauf hingewiesen, dass im Sinne seines Dokuments „Testen, testen, testen“ die Testung ausgeweitet werden soll, v.a. in Pflegeheimen und KH	
7	**Labordiagnostik** • Update AG Labordiagnostik ○ 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 ○ [redacted] sendet Dokument zum gegenwärtigen Stand der Gruppe ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: In der heutigen AG Diagnostik sollen die Behinderteneinrichtungen genauer betrachtet werden* ○ 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. *ToDo: Präs fragt nach, ob das Dokument veröffentlicht werden kann.* • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	Abt. 1 VPräs

	○ [redacted]	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Prognose für Intensivbetten in Deutschland (Folien hier) ○ Die Prognose zeigt, dass selbst im schlimmsten Szenario (5% und 21 Tage Liegedauer) die Kurve unter der kritischen Grenze bleibt	FG37
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
10	**Surveillance** • SARS-Cov-2 Laborsurveillance (ARS): s.o. • Action: Reporting of COVID-19 transmission classification in TESSy: wird an anderer Stelle geklärt	FG36
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Bericht des BMI-BMG-Treffens am 28.4. zu Grenzöffnungen ○ Klargestellt, dass R alleine zur Entscheidung der Lockerung von Maßnahmen nicht genommen werden kann, komplexe Lage benötigt komplexe Parameter ○ Spürbar war Wunsch nach großer Sicherheit ○ bei großen Kapazitäten in DE wird Patientenmigration befürchtet	FG32
12	**Internationales (nur freitags)** • Gestern Sitzung der STAG: World Health Bank stellt Pandemie-Versicherung ein, da Kosten dieser Pandemie zu groß	
13	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • [redacted]	VPräs/FG32/ FG36

	○ [redacted] ○ Besser schneller ein nicht ganz präzises System liefern, das ggf. noch verbessert wird. *ToDo: FG32 entwickelt ein System, bespricht es mit* [redacted] *und ist verantwortlich für die Implementierung* • Dauerbetriebsfähigkeit und schriftliche Fragen ○ 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	FG32/alle
15	**Wichtige Termine** • 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	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 30.04.2020, 11:00 Uhr [redacted]	

144 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-04-30.pdf

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:	[redacted]

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
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o Länder mit >70.000 Fällen/letzte 7 Tage ▪ USA: > 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. o Länder mit 7.000-70.000 Fällen/letzte 7 Tage ▪ Nicht viel Neues: Anstieg in Brasilien setzt sich fort, Abnahme der Fallzahlen im Iran. o Länder mit 1.400-7.000 Fällen/ letzte 7 Tage ▪ Keine großen Veränderungen: in Bangladesch, Weißrussland weiterhin Anstieg. Über Katar soll nächste Woche berichtet werden, hier gibt es eine große Anzahl Arbeitsmigranten. o R eff. Trend für Länder mit >7.000 Fällen/ letzte 7 Tage ▪ Russland: Annäherung an den Wert 1 durch stringentere Nachverfolgung der Strategie. o R eff. Trend für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/ letzte 7 Tage: ▪ nichts Neues • Schwere Fälle bei Kindern - Update o Abfrage in mehreren Ländern: ▪ 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. ▪ 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 o Laut einer Abfrage der DGPI würden 3 Fälle in Deutschland passen. Bei einer EWRS-Abfrage hatten die meisten Länder weniger als 10 Fälle. o 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?	ZIG1

- 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,

ToDo: Bei DGPI nachfragen, ob europäische Auswertungen geplant sind.

- 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.

ToDo: FG32 wendet sich diesbezüglich ans ECDC.

- 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.

- Französische nationale Exit-Strategie: „Protéger–Tester–Isoler“
  - Umsetzung der Strategie nur, wenn es am 07.05. weniger als 3.000 Fälle/Tag gibt.
  - Phasen der Lockerung
    - 1. Phase ab 11.05.: Öffnung Kitas, Grundschulen..
    - 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:
    - 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
    - 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

National

- 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.
  - Reproduktionszahl wird nun mit 2 Nachkommastellen angegeben, die Berechnung wurde vereinfacht.
  - [redacted]
  - Geschätzte Reproduktionszahl nach Bundesland
    - 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?

ToDo: Kriterien für zu kleine Fallzahlen festlegen, FF [redacted]

    - 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.
    - [redacted]
  - 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:
    - 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

FG32

	unbekannt. 13 hatten eine Vorerkrankung, bei 10 wurde die Angabe nicht erhoben/war nicht ermittelbar ▪ 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 ▪ Intensivmedizinische Behandlung eher abnehmend, Kapazitäten bleiben gleich. ○ Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen ▪ Im Lagebericht werden nun auch die Hospitalisierten und Genesenen ausgewiesen. • Mortalitätssurveillance ○ EUROMOMO: fast durchgängig großer Peak, Schweden hat sehr eindrückliche 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. *ToDo: wenn verfügbar von RKI-Homepage aus verlinken, Presse*	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Nicht besprochen	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • 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	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • COVID-Seite wird überarbeitet und soll nächste Woche vorgestellt werden.	[redacted] Presse

	• Mortalitätssurveillance gemeinsame PM von DESTATIS und RKI: siehe aktuelle Lage national	
5	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • 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. *ToDo: Kommentierung bis 17 Uhr* • [redacted] **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	ZIG/ Alle
6	**Dokumente** • Nicht besprochen	
7	**Labordiagnostik** **„Kochbuch“ zur Veröffentlichung bereit?** • 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. *ToDo: Email von [redacted] mit Zustimmung verakten* **Erlass zur Anpassung der Testkriterien zur Verdachtsabklärung** • Frist bis 02.05.; Erlass nimmt Bezug auf die derzeit zur 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. • 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. • 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. • Im „Kochbuch“ Testen in Ausbruchssituationen wird auch empfohlen Asymptomatische zu testen.	FG17/ ZBS1 AL1 FG37

	ToDo: Bericht ans BMG mit Darstellung des gegenwärtigen Standes • Universitäten: [redacted] hat mit Hochschulverband wegen eines Papiers zu Hochschulen gesprochen. Arbeitsmediziner und Hygieniker der Universitäten sollten das Papier schreiben, dieses könnte vom RKI gegengelesen werden. • 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.	FG36
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Bisher ist, vom Einsatz von medizinischem Personal abgesehen, Zeit das relevante Kriterium. Sollte auf negative Tests umgestellt werden? • 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. • Votum: Entlasskriterien bleiben so bis gesicherte Erkenntnisse aus weiteren Studien von FG37 und ZBS1 vorliegen. • 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 Möglichkeit geben, früher wieder arbeiten zu können? Auch hier müssen zunächst Studien abgewartet werden. Für den privaten Bereich gilt auch für HCW das Zeitkriterium.	FG37/ ZBS1/ FG14
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.	ZIG

	• 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. [redacted] 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).	
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. *ToDo: Erläuterung vorab an Presse schicken* • Am Aussehen der Webseite soll im Moment nichts geändert werden.	FG32 Presse

15	**Wichtige Termine**
	• AGI TK
	  ○ Dokument zu Visieren als Mund-Nasenbedeckung wird in der AGI von [redacted] vorgestellt: Es handelt sich nicht um einen adäquaten Ersatz von MNS.
	• TK mit [redacted] und [redacted] (BVÖGD) zu Containment Scouts
	  ○ 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	**Andere Themen** • Dokument zu Hygienemaßnahmen im Gesundheitswesen wird heute veröffentlicht.	

	• Nächste Sitzung: Samstag, 02.05.2020, 11:00 Uhr [redacted]	

146 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-02.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt.1
  - Martin Mielke
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ 1,1 Mio Fälle, keine großen Änderungen, stabiles Level, leicht abfallende Tendenz, in den einzelnen Bundesstaaten weiterhin heterogenes Bild, NY abfallender Trend o Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ Trends haben sich fortgesetzt, Maßnahmen in Braslien erst vor einer Woche eingeführt, Mitte nächster Woche sieht man frühestens Effekt o Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag ▪ Kein auffallendes Signal, Peak in der Kurve Serbiens beruht auf Meldeartefakt (Serbien in den 5 Tagen zuvor nichts gemeldet) o R eff. Trend für Länder mit >7.000 Fällen/letzte 7 Tage ▪ Russland geht auf R eff = 1 zu, Effekte der deutlichen Verstärkung der Maßnahmen o R eff Trend für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/letzte 7 Tage ▪ Anstieg in Serbien zeigt, dass man den R-Wert nicht ohne absolute Zahlen diskutieren kann o Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1 ▪ Guinea-Bissau R eff=15, da Anstieg von 70 auf 250Fälle, aufgrund von Clustern in Regierung, Premier und drei weitere Minister + Entourage infiziert o Studie zu Schulen in New South Wales, Australien: ▪ 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) ▪ Australische Studie ist in Übersicht für BMG vom 29.04.2020 drin, nicht alle Kontaktpersonen wurden abgestrichen, sondern nur 288 symptomatische Personen o Science Studie: Changes in contact patterns shape the dynamics of the COVID-19 outbreak in China ▪ 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 o Schweizer Review im Preprint:	ZIG1/alle

	▪ 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 o Eindeutige Schlussfolgerung zu dem Unterschied der Infektiösität bei unterschiedl. Symptomatik (Husten vs. asymptomat.) ist noch nicht möglich, komplexes Thema da es viele Einflussfaktoren gibt. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o 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) o Geringerer Anstieg wahrscheinlich weniger Diagnostik und Meldung am Feiertag o 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. o 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 Schwankungen sorgen o 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 Schlussforderungen gezogen würden. o 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. *ToDo: [redacted] berechnet die Mittelwerte des R und stellt diese zur internen Diskussion* o DIVI: 1219 Kliniken/Abteilungen beteiligt ▪ 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	FG32/alle

	▪ Derzeit kann der Wert noch nicht ausgewiesen werden, Vorarbeit nötig, dazu ist Unterstützung notwendig *To Do: Präs spricht Hr. Grabenhenrich an, er soll den Unterstützungbedarf formulieren (externe Zuarbeit auf Honorarbasis wenn möglich)* o Überlastungsanzeigen: ▪ Überlastungen der GÄ werden erfasst, wird als Folie mit Karte eingefügt. ▪ Derzeit haben 10-11 BL gemeldet. ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ 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. ▪ 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 [redacted] geklärt.	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • FG36 schlägt vor die Geruchs- und Geschmacksstörung auch in weitere Dokumente aufzunehmen *ToDo: FG36 erarbeitet einen Entwurf und bringt ihn als Vorschlag in Krisenstab ein.*	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
4	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted]	BZgA/VPräs/ FG36

[redacted]

Presse

- Leitfaden für den ÖGD zu Ausbrüchen wurde veröffentlicht
- Montag wird es eine Online-Vorab-Veröffentlichung zum Tag der Händehygiene von [redacted] geben (mit Gewichtung auf COVID-19).

Presse

- Spiegel-Artikel mit RKI-Kritik
  - Auf eine so große Kritik sollte das RKI antworten, geplant ist Pressebriefing von [redacted]
  - [redacted] lässt Artikel zunächst rechtlich prüfen
  - Beratung zudem mit einer Agentur, die zwei Angriffe zuvor schon hat präventiv abwehren können
  - [redacted] 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.
  - [redacted]

Präs/alle

ToDo: Die Leitung wird zusammen mit [redacted] *die Kritik Punkt für Punkt durchgehen und Ursachen benennen*

  - 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 sichbarer 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 [redacted] 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 [redacted], dass wir uns nicht mit anderen Wissenschaftlern abstimmen würden. Die Abstimmungen im Bereich Virologie auf nationaler Ebene haben v.a. mit [redacted] stattgefunden. Aber es gibt viele 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. ○ [redacted] ○ 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	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Beschluss des Verfassungsgerichts Saarland zur verhängten Ausgangsbeschränkung (2 Dokumente) ○ 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 wiederlegen, da es sich immer um ein Multikomponentengeschehen handelt	VPräs/FG37/ FG36

	○ Grundsätzlich wird infrage gestellt, ob COVID-19 überhaupt relevant ist, sollte juristisch überprüft werden, welche fachlichen Fragen sich draus ergeben. *ToDo: Das LZ sendet das Urteil an L1 zur Kenntnis und Bewertung.* • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] [redacted] ○ 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. **b) RKI-intern** • Anfrage ZIG2 [redacted] zu Analyse von Timeliness Hat sich erledigt.	Präs/alle FG32
6	**Dokumente** • Flussdiagramm für Bevölkerung und Orientierungshilfe für Ärzte ○ Das Flussdiagramm für die Bevölkerung wird Anfang der Woche mit BZgA abgestimmt sein und wird spätestens Dienstag publiziert.	VPräs/IBBS/ alle

	○ Die Orientierungshilfe für Ärzte benötigt eine stärkere Überarbeitung, damit es längere Zeit verwendet werden kann. Vorschlag einer Abstimmung am Montag außerhalb des Krisenstabs. ○ Falldefinitionen sollen abgebildet werden. *ToDo: Die Orientierungshilfe für Ärzte sollte prioritär behandelt und abgestimmt werden (IBBS, FG32, FG36, FG37, Abt.1).* ○ [redacted] ist fortlaufend mit der KBV im Gespräch. Das Flussdiagramm sollte gut abgestimmt sein, da auch die KBV davon sehr abhängig ist. Konsequenzen der Änderungen sollten im Vorfeld durchdacht werden. KBV ist ein wichtiger Partner und sollten auch fair behandelt werden und Informationen rechtzeitig erhalten. ○ [redacted] • [redacted] *ToDo: In der nächsten Krisenstabssitzung soll mit der BZgA besprochen werden, dass die Themen der Bürgerkommunikation während der Krisenstabssitzungen stärker im Fokus sein sollte.* • Dokument für Erstaufnahmeeinrichtung/ Gemeinschaftsunterkünfte ○ [redacted] ○ ○ ○ • Dokument „Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen“ ist am Donnerstag veröffentlicht worden. • Reeskalation: ○ Heute Abend muss das Dokument an [redacted] gehen. Dank an alle FGs, die sich eingebracht haben. ○ Es sollten max. 6 Parameter benannt werden – Vorschlag für Minister, anders formuliert als Papier, das veröffentlich werden soll, Versuch relativ klar zu sein und den politischen Entscheidungsträgern „was an die Hand zu geben“ ○ Testdaten auf lokaler Ebene und Informationen zu Fällen (Kontakte, familiärer Umkreis, KH etc.) sind wichtig. ○ Testdaten liegen nicht auf lokaler Ebene vor - es wurde entschieden nur Parameter zu nehmen für die Daten vorhanden sind und übermittelt werden können.	FG36 FG32/VPräs FG37 ZIG

	○ 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 indvidueller Schwere, Impact auf Gesundheissystem (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. • Gemeinsamer Artikel der AG der IGV benannten Flughäfen zu Temperaturmessung als Entry Screening ○ 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 ○ 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.	FG32
7	**Labordiagnostik** • ZBS1: Probenstatistik seit Montag: 493 Proben, 9,13% pos	ZBS1 FG17

	• FG17: Fallzahlen für SARS-CoV-2-Nachweis gehen runter, keine Influenza-Nachweise, Rhinoviren nachgewiesen.	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Remdesivir ○ 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 Paceboarm. 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/VPräs
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
10	**Surveillance** • Nicht besprochen	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • s.o.	FG32
12	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
13	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • [redacted] ○ s.o. • Beratung bei Ausbrüchen in Schulen ○ Angebot, dass FG36 GÄ telefonisch ggf. beraten kann, um sich niederschwellig zur Rolle von Kindern auszutauschen (für Planung und Begleitung von Studien) • Derzeit werden wenige Ausbrüche in EpiLag berichtet. *ToDo: FG32 informiert die BL.*	FG32 FG36

15	**Wichtige Termine** • AGI TK • HSC TK (Montag)	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 04.05.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

148 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-04.pdf

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:	[redacted]

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
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1

- [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage • USA: 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 Bundesstaten eine ansteigende Falltendenz haben. Es haben einige Staaten Lockerungen zugelassen, sodass es hier ggf. auch ein Anstieg geben wird. o Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage • Russland: 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 Stadtgegenden wie Moskau statt. o Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag • Chile: Es gibt einen starken Peak. Dies wird beobachtet und soll die Tage besprochen werden. • Singapur: 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. o R eff. Trend für Länder mit >7.000 Fällen/letzte 7 Tage • Russland: 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. o Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1 • Tadschikistan: 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. o Spanien: 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. Primärversorgung, Auslastung der Kliniken und	ZIG1/alle

	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 festlegt; 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. ○ 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: • 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.	

	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  • Insgesamt gibt es einen langsameren Anstieg sowohl bei den Fallzahlen als auch bei dem Anteil der Verstobenen. 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 intensiv-medizinischen Betreuungen ist zurückgegangen. Di 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.
	• Amtshilfeersuchen
	  • [redacted]
		FG32

2	**Erkenntnisse über Erreger** • [redacted] 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. Virologie) Veröffentlichungen (2-3 pro Sitzung; gerne mit	VPräs

	einer Folie) vorgestellt werden. Hierzu bitte rechtzeitig das Lagezentrum informieren, damit dieses die Organisation übernimmt. • 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.	FG36
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
4	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted]	BZgA/FG14

	• Es hat sich gezeigt, dass 90% der Bürgeranfragen an die BZgA sich auf das richtige auf- und absetzen der Maske, desinfizieren etc. beziehen. **Presse** • 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. • [redacted]	Presse VPräs/Abt. 2
5	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** a) **Allgemein** • [redacted] 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	Alle

	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 Landkreisen 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 betroffen 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 Kommunikationswege zu klären, insbesondere wie die Landesbehörden miteinbezogen werden können. *ToDo: AL3 und FG32[redacted] klären, welche sinnvollen, sensitiven Signale für die lokale Ebene zur Verfügung stehen könnten (mit Anregung die Signale abzuklären)*	

	• [redacted]	FG32
6	**Dokumente** • Nicht besprochen	

7	**Labordiagnostik**
	• ZBS1:
	  • 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 seht aber grundsätzlich.
	• FG17: Seit der Krisenstabssitzung von Samstag gibt es nicht viel zuzufügen. Es gibt viele Aufgaben/Fragen zur Beantwortung.
	• [redacted]
		ZBS1
		
		FG17
		
		AL1

8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**	

	• 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. • Verkürzung der Quarantäne von Kontaktpersonen bei relevantem Personalmangel auf 7 Tage: Dies ist möglich, wenn das Personal jeden 2. Tag oder täglich getestet wird. • [redacted]	FG32/FG37 VPräs/FG14
10	**Surveillance** • Nicht besprochen	

11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	
12	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
13	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Tracing App: 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. • Datenspende App: 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. • [redacted] *ToDo:* [redacted] *will* [redacted] *mitteilen, dass er herzlich willkommen ist, den Krisenstab über seine Projekte zu informieren* *ToDo: Damit genügend Zeit bleibt, die Themen „Internationales“ und „Update digitale Projekte“ zu besprechen, sollen diese bereits am Anfang der Agenda stehen.*	FG21
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** •	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Dienstag, 05.05.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

150 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-05.pdf

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:	[redacted]

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
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- L1
  - Joachim-Martin Mehlitz
  -
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ **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.	ZIG1/alle

- **Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1**: Die Reproduktionszahl für Brasilien nimmt ab, währenddessen sie für Russland 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. ¼ 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 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. • 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. **National** • Fallzahlen/Todesfälle (Folien hier)	Alle FG32

		○ 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. ○ 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. ○ [redacted] ○ 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	Alle

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, 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.
    - Hinsichtlich der von [redacted] bereit gestellten Analysen zur Mobilität ist ein deutlicher Einbruch ab Mitte März 2020, dann ein Anstieg der Mobilität ab Anfang April 2020 zu beobachten.
- [redacted]
- 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.
- [redacted]
- Mortalitätssurveillance wird im Verlauf der Woche vorgestellt werden.

	• Berechnung des Mittelwerts von R: ist aktuell nicht u berichten, ggf. aber ab Mitte/Ende Mai *ToDo:* Lagezentrum soll klären, inwiefern die pädiatrischen Intensivbetten in die Erhebung bzw. den Bericht des DIVI-Intensivregisters aufgenommen werden; [redacted] wird hinsichtlich des Ausbruchs in SH Beratung anbieten.	
2	**Internationales (nur freitags)** Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** Nicht besprochen	
4	**Erkenntnisse über Erreger** • Das Lagezentrum bittet um Zusendung von Beiträgen zu Studienergebnissen (Studie, ppt-Folie) bis 45 Minuten vor Beginn der Krisenstabssitzung. • Für einen protektiven Effekt von MMR-Impfungen gegen COVID-19 gibt es aktuell keine Anhaltspunkte. • Es werden aktuell Studien durchgeführt, die BCG als protektiven Faktor bei COVID-19 untersuchen, aber Ergebnisse stehen dazu noch aus. • 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. *ToDo: Neues aus der Wissenschaft anstelle von Erkenntnisse über Erreger als TOP aufnehmen*	alle
5	**Aktuelle Risikobewertung** Nicht besprochen	alle
6	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] **Presse**	BZgA Presse

	• Anlässlich des Tags der Händehygiene wurde im gestrigen Bulletin eine Übersicht, u.a. von [redacted], veröffentlicht. • Heute findet ein Webex Seminar mit [redacted] bzgl Nowcasting und Reproduktionszahlen statt.	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein: CDs-Schalte Schwellenwert Inzidenz 35/100.000 Einwohner?** • 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. • [redacted] • 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	Alle FG32

	Inzidenzen, z.B. 5/100.000 Einwohner). Solche Prüfwerte sollten nicht automatisch mit einer Maßnahme wie Schulschließungen verknüpft werden, sondern lediglich der Überprüfung der Lage dienen. [redacted] 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. • 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. *ToDo:* [redacted] *erstellt eine Übersicht bis heute 18 Uhr* **b) RKI-intern** Die Diskussion bezüglich der Empfehlung zur Doppeltestung bei geringer Prä-Test Wahrscheinlichkeit wird verschoben.	
8	**Dokumente** • Hinsichtlich der Orientierungshilfe für Bürger ist eine Rückmeldung mit geringfügigen Änderungsvorschlägen seitens BZgA eingegangen. • Hinsichtlich des Flussschemas für Ärzte gibt es folgende Änderungen: Alle Personen mit respiratorischen Symptomen sollen getestet werden, zusätzlich solche mit Geschmacks- und/oder Geruchsverlust. • 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	IBBS/alle

	einem bestätigten Fall bei jeglichen mit COVID-19-vereinbaren Symptomen nicht. • 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 Flussschemas, so dass auch Personen mit Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall und jeglichen mit COVID-19 vereinbaren Symptomen als Verdachtsfall meldepflichtig sein sollen. • Der Hinweis „meldepflichtige Verdachtsfälle“ sollte im Layout so platziert werden, dass der Bezug zum roten Kasten deutlicher wird. • 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. • [redacted] *ToDo:* [redacted] überarbeitet das Flussschema für Ärzte bis morgen. Im Rahmen der heute angesetzten TK Testen in der Pflege wird mit [redacted]/BMG der Bedarf für eine einseitige Synopse aller Empfehlungen eruiert.	
9	**Labordiagnostik** Nicht besprochen	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**	

	• 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. • 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. • Bei Anfragen zu Ausbruchsuntersuchungen sind auch die entsprechenden Fachgesellschaften miteinzubinden, im vorliegenden Fall die Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. *ToDo:* [redacted] wird die Thematik aufbereiten und Rückmeldung geben.	FG36/L1/ alle
12	**Surveillance** • AU-Auswertung: BKKDV Monatlicher Krankenstand: Sonderauswertung SARS-CoV2 wird verschoben	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • mdB um Beitrag / Einschätzung bis 06.05. DS; PCR Tests am Flughafen Wien wird verschoben • [redacted] (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 [redacted] • Sitzung des interministeriellen Krisenstabes [redacted] • Mini-Workshop für interessierte Journalisten zur Reproduktionszahl R / [redacted]	alle
16	**Andere Themen** Nicht besprochen	
	Nächste Sitzung: Mittwoch, 06.05.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

152 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-06.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt.1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ USA sind weiterhin ein Hotspot >1,2 Mio Fälle, >70.000 Todesfälle, seit April neue Fälle leicht zurückgegangen o Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ 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. o Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag ▪ Starke Zunahme u.a. in Bangladesch, Ägypten, Südafrika. o Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1 ▪ Keine Änderung zu gestern. o Studie zu Genesenen, wieder positiv getesteten Patienten aus Südkorea: ▪ 263 Patienten aus Südkorea , die nach Entlassung erneut positiv getestet wurden ▪ RNA Fragmente konnten bis zu 2 Monate nachgewiesen werden, aber mit kulturellen Tests konnten bei diesen Patienten kein lebendes Virus gefunden werden. ▪ PCR zum Verlaufmonitoring nicht geeignet. Bedarf von anderen Parametern zur Verlaufskontrolle. ▪ Auch die Frage wie lange jemand infektiös ist sollte nochmal diskutiert werden. Labordaten von ZBS1 sind dafür wichtig. ▪ 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. o Saisonalität: ▪ Fallzahlen gehen in Europa bis auf Schweden und UK runter, Anstieg in Afrika (bei geringen Testzahlen) – Einfluss von Saisonalität? ▪ 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.	ZIG1/alle

	▪ 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 [redacted] geteilt o 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. o Das Volumen des derzeitigen Pendlerverkehrs und die Einflüsse hiervon könnten vorab betrachtet werden. *ToDo: INIG wird den Prozess zur Bestimmung von Risikogebieten optimieren, vorab Kriterien bestimmen und operationalisiseren.* **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o 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) o [redacted] o 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. o 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. o 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.	FG32/alle

	○ 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. ○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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: ▪ 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. ▪ 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 ▪ [redacted] hat zusätzlich nach den LK mit >50 Fällen gefragt. *ToDo:* [redacted] *bespricht die Thematik mit* [redacted]. ○ Dank an [redacted] 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): ▪ 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	FG37/AL1/ AL3

	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. *ToDo: FG37 führt Berechnung durch und stellt sie nächste Woche im Krisenstab vor.*	
	▪ In der Altersstatifizierung sieht man, dass in der Altersguppe >80j sehr viel getestet wird, mittlere Altersgruppen ähnlich häufig und Kinder weniger. ▪ Positivtestungen gehen herunter, weniger Ausbrüche in Alters- und Pflegeheimen. o Labordaten VOXCO-Umfrage: ▪ 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 o Grippeweb, ARE-Konsultationsinzidenz und Positivenrate und ICOSARI: ▪ 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 Motivationsschreiben 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 o Kapazitäten für Durchführung von Infektionsschutzmaßnahmen: Noch nicht von allen	FG32 FG36 FG32

	Rückmeldungen, morgen in AGI nochmal Erinnerung, wird mit BMG geteilt ○ Amtshilfeersuchen ▪ [redacted] ▪ [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Neues aus der Wissenschaft** • Fragen zu Aerosolen in Alltagssituationen (vertagt auf Donnerstag)	FG14
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Die Aktualisierung der Risikobewertung wird Montag diskutiert.	AL3
6	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted]	BZgA

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Tagesschau hat kurz vor Krisenstab zu fehlerhaften Testzahlen von letzter Woche getwittert. • R-Seminar für Journalisten mit [redacted] und [redacted], 70 Datenjournalisten haben sich eingewählt, sehr positiv aufgenommen. Geplant war kleine Webseite zu Nowcast mit Beispiel-Rechnung für R. [redacted] möchte diese Seite zuvor sehen. *To Do: Presse sendet die Pläne zu der Nowcast-Seite an VPräs.* • 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: [redacted] hat den R-Wert des vorherigen Tages berichtet und [redacted] kurz danach in seinem Pressebriefing den aktuellen Wert des Tages.	Presse VPräs
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Indikatoren für die besonders betroffenen Gebiete in Deutschland ○ Es sollte überlegt werden, wie wir intern darstellen können, wenn Infektketten durch Mobilität zw. den BL in dem anderen BL weitergehen – bzw. wie der Einfluss der Mobilität zw. den BL generell in DE ist. Derzeit nicht erfasst. **b) RKI-intern** • Empfehlung zur Doppeltestung bei geringer Prä-Test Wahrscheinlichkeit? (nicht besprochen)	FG36
8	**Dokumente** • Aktualisierung Papier für Großveranstaltungen (nicht besprochen) • Papier für Gemeinschaftsunterkünfte (nicht besprochen)	

	• Flusschema Bevölkerung (nicht besprochen)
	• Orientierungshilfe für Ärzte:
	  ○ Es gab 4 noch nicht geklärte Stellen im Papier:
	  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 seht. 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.
	ToDo: FG32 gibt Rückmeldung an AGI.
	  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**
	• PCR Tests am Flughafen Wien
	  ○ Stellungnahme von [redacted] schon an BMG gesendet, da nicht ersichtlich, dass Aufgabe von LZ auch an [redacted] vergeben.
	  ○ [redacted] sendet [redacted] versendete Stellungnahme und kann seine Stellungnahme zusätzlich an das BMG senden.
		AL1

8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Neue Strategie für Entlasskriterien notwendig (wird am Donnerstag diskutiert)	IBBS
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Feinere Differenzierung Risikogruppen (nicht besprochen) • Mund-Nasen-Bedeckung in Schulen (nicht besprochen)	FG32
10	**Surveillance**	

	• AU-Auswertung: BKKDV Monatlicher Krankenstand: Sonderauswertung SARS-CoV2 (nicht besprochen)	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • 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	**Information aus dem Lagezentrum** • 1000. Aufgabe des LZ an [redacted] verteilt	
15	**Wichtige Termine** • WHO TK mit IHR NFP • Informal OECD Health Commitee Seminar	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Donnerstag, 07.05.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

154 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-07.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ USA weiterhin am stärksten betroffen, seit April leichter Rückgang o Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ Starke Zunahme in Brasilien und Russland, in Brasilien auch sehr viele Todesfälle o Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag ▪ Die Lage in Asien und Afrika entwickelt sich, auch wenn die berichteten Fallzahlen nicht so hoch sind. o Gesamtzahl der Todesfälle in EU ▪ 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. ▪ Seit 3 Wochen sind die Todesfälle in der EU auf niedrigem Niveau. ▪ Fall-Verstorbenen Anteil in Frankreich am höchsten, Belgien hat höchste Mortalität pro 100.000 (70 Todesfälle/100.000 Einwohner) ▪ 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) ▪ Keine Untersuchung zur Auswirkung der Maßnahmen auf Mortalität bekannt. ▪ Die USA zeigen ebenfalls eine sehr hohe Mortalität und Sterblichkeit bei jüngeren Menschen, Diabetes scheint eine große Rolle zu spielen. o 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. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o 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) o Fälle und Todesfälle: große Unterschiede in den BL (1,2 in MV – 15,7 in BY) , Einfluss des Alters der Bevölkerung wahrscheinlich. o	ZIG1/BZgA FG32/alle

	○ 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, Patientenanzahl 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. *ToDo: LZ fragt schriftlich beim BMG an.* ○ Amtshilfeersuchen: ▪ [redacted] ▪	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Neues aus der Wissenschaft** • 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)	FG12

	○ 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 [redacted] direkt kontaktiert werden. • Aerosole in Alltagssituationen (Folien hier) ○ 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 [redacted] zu senden, damit der Steckbrief aktuell gehalten werden kann. • In Papier, das sich mit Aerosolfreisetzungen bei Zahnärzten befasst sollte ein Satz umformuliert werden, derzeit wird	FG14 FG36

	empfohlen nur bei bestätigten COVID-Patienten FFP2 zu tragen, sollte erweitert werden. *ToDo:* [redacted] *spricht Änderungswunsch mit FG14 ab.*	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Wird Montag besprochen.	
6	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Heute war vorerst das letzte regelmäßige Pressebriefing – ab jetzt nur anlassbezogen • Testzahlen sind in Presse nicht weiter aufgegriffen worden • Auf Internetseite wird Dashboard in Übersicht nehmen Strategiepapiere zusammenfassen unter Strategie- und Krisenpläne • Dank für Unterlagen zur Schulung der Containment-Scouts, ärztliches Personal und Gesundheitsaufseher wurden damit geschult, zudem Schulung der Militär-Musiker	BZgA/VPräs/ FG32 Presse Bundeswehr
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Neuer Grenzwert der Bundesregierung: 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern o In EpiLag besprochen (wo zu finden, wer berechnet), qualitative Ergänzung der Zahlen, Automatismen und Formalisierungen werden nicht befürwortet. o In EpiLag aufgerufen von Ausbrüchen und Amtshilfeersuchen zu berichten, sowie die Informationen für die Fälle in Meldesoftware vollständig auszufüllen. o 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. o 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.	FG32

	ToDo: Abbildung mit zusätzlicher Schwelle von 35/100.000 wird von FG32 und [redacted] erarbeitet .	
	b) RKI-intern • Indikatoren für innerdeutsche Mobilität: o Im Beschluss von gestern steht, dass Mobilität ggf. eingeschränkt wird. o 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. o Wichtig ist dabei, dass die Quellen/Expositionsorte möglichst gut abgebildet und dokumentiert werden. o Cluster sollten gut erfasst und verortet werden, unterhalb der LK-Ebene o 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. o 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 o 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. o Setting als Zusatzinfo (von FG37 schon für KKH betrachtet) wird so operationalisiert, dass es auch in Linelist (für Lagebericht etc.) verfügbar ist.	FG36
	• Strategie-Ergänzung o [redacted] o [redacted] o 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	VPräs/alle

	Abstandsregeln eingehalten werden müssen. Insgesamt ist es eine neue Strategie, die auch kommuniziert werden sollte. o 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“ o Die Veränderung des Flussdiagramms ist ein guter Zeitpunkt auch eine neue Strategie vorzustellen. o 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 o Strategie-Ergänzung muss mit BMG abgestimmt werden. *ToDo: FG36 bereitet bis nächste Woche eine erste Version der Ergänzung zum Strategiepapier vor.*	
8	**Dokumente** • Papier für Gemeinschaftsunterkünfte o 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 o Soll sehr schnell veröffentlicht werden, geht an den gesamten Verteiler Krisenstab zur Kommentierung. • Differenzierung der Risikofaktoren im Steckbrief o 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. o In ICOSARI werden Daten zu Vorerkrankungen ausgewertet, Kollektiv ist aber begrenzt, da derzeit Rückgang der Fälle o Kleinteiliger auch mit sehr großer Multicenterstudie nicht zu beantworten. o 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: o Sollte überarbeitet werden, keine feste Personengröße, Charakteristik der Veranstaltung, Abstandsregeln und Dokumentation der TN sollen aufgenommen werden.	FG32
7	**Labordiagnostik**	ZBS1

	• 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:
	  ○ [redacted]
	  ○ 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:
	  ○ [redacted]
	  ○ Zunächst wird mit GA getestet (vom GA im Rahmen des Ausbruchs angeordnet).
	  ○ Wenn Ethikvotum vorhanden und Datenschutz geklärt, wird in zweiter Phase getestet.
		FG12
		
		AL2
		
		FG37

8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	• Neue Strategie für Entlasskriterien
	  ○ Derzeitige Variante basiert auf zeitlichen und symptombasierten 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 Entisolierung aufgenommen werden
	  ○ Anzucht wird von 200 Proben durchgeführt (mit z.T. geringen Ct-Werten), werden 7 Tage kultiviert. In ca. 2 Wochen endgültige Aussage möglich.
	  ○ 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.
	• Gestrige Diskussion über rasch abfallende IgG-Werte
	  ○ 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 [redacted] am BCRT/Charité.
		IBBS/ZBS1/ FG36/FG37

	• Geplantes Surveillance-System mit Charité über Webcast benötigt noch Datenschutz-Clearing. Apps haben allerdings höhere Priorität. Schwierig den Partnern zu vermitteln.	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
10	**Surveillance** • Nicht besprochen	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • [redacted] (s.o.)	FG32
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Statistik Lagenzentrum (nicht besprochen)	FG32
15	**Wichtige Termine** • AGI TK • TK der AG IGV-benannte Flughäfen	alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Samstag, 09.05.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

156 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-11.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Die Dynamik ist extrem groß. Es gibt weltweit über 4 Millionen Fällen, davon 282.727 Verstorbene • Die Top 3 Ländern in Hinblick auf bestimmte Kriterien (z.B. 7 Tage Inzidenz) sind die USA, die russische Föderation und Brasilien • Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage o 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. o 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. • Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage o Brasilien: Brasilien ist eines der Länder mit dem stärksten Anstieg. Ein großes Problem sind die sozialen Randgruppen wie die indigene Bevölkerung. o 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. • Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag o 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. o Ghana: Hier gibt es einen extrem starken Anstieg der Fallzahlen. Im Laufe der Woche nimmt die INIG Afrika mehr in den Fokus (auch z.B. Südafrika, in dem es nach den Lockerungen der Maßnahmen wieder zu einem Anstieg der Fallzahlen kam) • Studie: Bei einer repräsentativen Untersuchung zur Seropävalenz 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.	ZIG1

	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o Gestern wurden nur wenig Fälle (357 Fälle, 22 Todesfälle) übermittelt, was ggf. der Effekt vom Feiertag/Wochenende sein kann. o Der Anteil Verstorbener liegt bei 4,4%. o 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. o 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. o 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. o Keine wesentlichen Änderungen bei Geschlechts-/Altersverteilung o 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. • Amtshilfeersuchen: o 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. o [redacted] • Überlastungsanzeigen: o FG32 hat Rücksprache mit der Bundeswehr gehalten. Die Bundeswehr möchte nicht, dass alle Überlastungsanzeigen an sie weitergegeben erden, 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. o Das BMG wünscht sich eine tägliche Berichtserstattung. Sollte dies wirklich durchgesetzt werden, wird eine Berichterstattung zusammen mit der Berichtserstattung zu den besonders betroffenen Landkreisen erfolgen. Eine Rückmeldung zum Umgang mit den Überlastungsanzeigen steht noch aus. o Für das Land Berlin sollen ca. 30 Containment Scouts eingestellt werden. 25 sollen die Berliner Gesundheitsämter	FG32/FG37

	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	**Internationales (nur freitags)** • *Nicht besprochen*	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Mobiltätsdaten: Es gibt eine Internetseite (http://rocs.hu-berlin.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 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:* [redacted] *wird das Angebot der Firma an den Krisenstab senden und sich ggf. noch mal mi 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 getestete, 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.	P4/FG21

	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. *ToDo: Um mehr Klarheit bzgl. der Kommunikationsströme zu erhalten soll* [redacted] *das Konzept zur App mit dem Krisenstab teilen.*	
4	**Neues aus der Wissenschaft** • 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. • 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) – *vertagt auf Dienstag*	FG17
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Anstieg R: Der Anstieg von R auf über 1 am Wochenende hat für enorme Aktivitäten auf BMG Seite geführt. Daher gibt e morgen ein	AL3

	anlassbezogenes RKI-Pressebriefing. Darüber hinaus muss bis heute 15 Uhr eine Stellungnahme an das BMG gehen. [redacted] hat hierfür noch weitere Analysen gemacht (z.B. ob Zusammenhang zu Ausbrüchen). Es sieht so aus, als würde der R-Wert wieder zurückgehen. • Ansprechpartner für PEI/Hersteller Impfstoffe für Phase-2-Studien in Gegenden mit hoher Prävalenz ([redacted], E-Mail Mo. 09:06 Uhr) – *vertagt auf Dienstag* • Überlastungsanzeigen – bitte um Klärung der Koordinierung und Priorisierung: Dies wurde in Abt 3 FGL Runde besprochen. • Umgang mit Amtshilfeersuchen bezügl. Containment Scouts/BW, Ärzte ohne Grenzen) – *vertagt auf Dienstag* • [redacted]	
6	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • 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 au 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 i Lagebericht aufgenommen werden. • Lagebericht: vielleicht könnte die Zusammenfassung überarbeitet werden. Es gibt vieles, was in der Zusammenfassung steht, ws 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. • 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	BZgA/Presse /FG32

	„Fallzahlen und Epidemiologie -> Fallzahlen in Deutschland und weltweit“ zu finden.	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** *Nicht besprochen* **b) RKI-intern** *Nicht besprochen*	
8	**Dokumente** • Thesenpapier [redacted]: *Nicht besprochen* • „Optionen zur getrennten Versorgung von COVID-19-Fällen, Verdachtsfällen und anderen Patienten im stationären Bereich“: ○ 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“). [redacted] und [redacted] 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 seien 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.	FG37, Abt. 1, FG14
9	**Labordiagnostik** • Anfrage Baden-Württemberg zum Vorgehen Profifußball/Brief an [redacted]: 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. • 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.	AL1/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • *Nicht besprochen*	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *Nicht besprochen*	

12	**Surveillance** • Karten 7T Inzidenz >50/>35 ([redacted]): *vertagt auf Dienstag*	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • *Nicht besprochen*	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • 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.	FG32
15	**Wichtige Termine** • 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. [redacted] benennt jemanden aus seiner Abteilung. [redacted] schickt die Themenliste an den Krisenstabverteiler.	FG32
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Dienstag, 12.05.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

158 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-12.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt.3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  • Zu den Top 10 Ländern nach täglichen Fallzahlen gehören weiterhin USA, Russland, Brasilien.
	• 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.
	  • 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.
	• Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
	  • 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.
	• Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag:
	  • 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.
	• Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1:
	  • 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.
	• EMRO-Nord-Afrika:
	  • Nord-Afrika wird einer anderen WHO-Region zugeordnet als 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
		ZIG1

	Fälle aufgetreten, darunter ca. 500 Todesfälle (5,4% Fall-Verstorbenen-Anteil). • Maßnahmen umfassten Grenzschließung und Reiserrestriktionen, 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. • [redacted] • [redacted] **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • 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 Surv*N*et	FG32/FG37

Update sowie Validierungsproblemen nach Eingabe in Octoware stehen.

- 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.
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted].
- 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. [redacted] • 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. • [redacted] • Aktuell verfügbare Daten erlauben keine differenzierte Aussage zu Zahnärzten. • [redacted] *ToDo*: FG37 erstellt Detailauswertung mit ARS-Daten für Berlin.	
2	**Internationales (nur freitags)** *Nicht besprochen*	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** *Nicht besprochen*	
4	**Neues aus der Wissenschaft** • Cleary et al, "Efficient prevalence estimation and infected sample identification with group testing for SARS-CoV-2": z.K. • Im Pressebriefing vom 12.05.2020 wurde nach Daten zu protektiver Wirkung von Rauchen bei COVID-19 gefragt. Laut	Alle

	bisheriger Evidenz ist Rauchen ein Risikofaktor für schwere Verläufe einer COVID-19-Infektion.	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Das Wording der Risikobewertung soll morgen diskutiert werden.	AL3
6	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] **Presse** • Nachfragen zu alten Versionen von Dokumenten können an Presse bzw. Webmaster weitergeleitet werden, solange es html-Versionen gibt. Archivierungsmöglichkeiten werden aktuell diskutiert. • Am 11.05.2020 hat zwischen 17 und 18 Uhr eine Einzelperson vor dem Gebäude am Nordufer demonstriert.	BZgA Presse
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** *Nicht besprochen* **b) RKI-intern** • [redacted]	

[redacted]

- Umgang mit Amtshilfeersuchen bezüglich Containment Scouts (Bundeswehr, Ärzte ohne Grenzen):
  - [redacted]
  - [redacted]

ToDo: [redacted] hält Rücksprache mit [redacted], um die Einstellung der 5 Containment Scouts am RKI zu beschleunigen.

- [redacted]

	ToDo: [redacted] bespricht dieses Anliegen mit [redacted] und fragt, ob sie die externen Kritikpunkte sammeln kann.	
8	**Dokumente** • Thesenpapier [redacted]: z.K. • Gemeinsame Stellungnahme der Arbeitsgruppe der nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) benannten Flughäfen zu Temperaturmessung und anderen Methoden an Flughäfen (vorläufiger Titel) • 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. • [redacted]	FG32 FG32
9	**Labordiagnostik** • 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. *ToDo*: [redacted] erarbeitet Beispielkonstellationen von Laborergebnissen, die auf eine akute Infektion hinweisen und einen Vorschlag für FAQ • Eine Darstellung der Testkapazitäten nach Bundesland wird begrüßt. *ToDo*: [redacted] berichtet morgen über Darstellung der ARS-Daten zu Testkapazitäten und stellt Folien für Vortrag zu Teststrategien beim wissenschaftlichen Beirat zur Verfügung.	Abt. 1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • *Nicht besprochen*	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *Nicht besprochen*	

12	**Surveillance** • Karten 7T Inzidenz >50/>35 [redacted]: Zur Optimierung der Signalerkennung sollen zunehmend Trends beurteilt werden, die abbilden, welche Kreise durchgehend bzw. 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 [redacted] ein entsprechendes Benchmarking. *Weitere Diskussion vertagt auf Donnerstag*	FG32 / FG 35
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *Nicht besprochen*	
14	**Information aus dem Lagezentrum** *Nicht besprochen*	
15	**Wichtige Termine** • Teilnahme am Forschungsrat am 13.05.2020 • Teilnahme am Gesundheitsausschuss am 13.05.2020	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 13.05.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

160 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-13.pdf

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:	[redacted]

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  • 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.
	• Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
	  • Im Vergleich zum Vortag gibt es keine großen Änderungen. Der Anstieg in Brasilien und die Plateau-Phase im Vereinigten Königreich dauern an.
	• Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag:
	  • Ein starker Anstieg ist in Nigeria zu verzeichnen. Dabei ist die Skalierung berücksichtigen, die dem Landesverlauf angepasst ist.
	• Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1:
	  • 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.
	• WHO-AFRO:
	  • 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 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
		ZIG1

	PCR-Diagnostik verfügbar. Es werden auffallend niedrige Fallzahlen bzw. Todesfälle projiziert. • 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. • 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. • Erste Studien weisen darauf hin, dass HIV zeigt keinen Einfluss auf die Schwere einer COVID-19-Erkrankung hat. • Nigeria: • 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. • Die Maßnahmen umfassten initial Grenzschließungen 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. • 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 Verlaufs der Epidemie zu berücksichtigen. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • 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.	FG32/FG36

	• Im Vergleich des bundesweiten Nowcastings mit den bundesland-spezifischen Darstellungen, die täglich an die Bundesländer übersandt werden, ähneln einige Bundeslänger 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-gipfeligen 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 Anteils der Hospitalisierten berücksichtigt werden muss. • Laut DIVI-Intensivregister sind aktuell weniger als 1.500 Fälle in intensivmedizinischer Behandlung (rückläufige Tendenz), die Kapazitäten sind weitgehend unverändert. • 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. • 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. • Die Daten aus der RKI-Testlaborabfrage werden aktuell geprüft und zu einem späteren Zeitpunkt berichtet.	
2	**Internationales (nur freitags)** *Nicht besprochen*	

3	**Update digitale Projekte (nur montags)** *Nicht besprochen*	
4	**Neues aus der Wissenschaft** • *Nicht besprochen*	Alle
5	**Aktuelle Risikobewertung** • 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. *Weitere Diskussion auf morgen vertagt.* *ToDo*: Presse erarbeitet Vorschlag zur weiteren Diskussion.	AL3
6	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Der Lagebericht soll heute erstmalig den geglätteten R-Wert verwenden. Diesbezügliche Erläuterungen sollen möglichst frühzeitig an Presse mitgeteilt werden. • [redacted] hat einen Entwurf für eine Lagebewertung erstellt. • Am Freitag und Samstag finden am Nordufer Kundgebungen bezüglich COVID-19 sowie Tierversuchen statt.	BZgA Presse

	• Der Textentwurf zur Lagebewertung in einzelnen Kreisen, der in die Zusammenfassung des Lageberichts aufgenommen werden soll, wird von [redacted] bearbeitet und frühestens morgen umgesetzt. Ggf. müssen die Abläufe hinsichtlich der Freigabe angepasst werden.	
7	**RKI-Strategie Fragen** • **Allgemein** *Nicht besprochen* • **RKI-intern** • Umgang mit Amtshilfeersuchen bezüglich Containment Scouts • Bei Überlastungsanzeigen der Gesundheitsämter müssen zunächst die Länder Ressourcen bereitstellen. Häufig handelt es sich um Unterstützung bei der Kontaktpersonennachverfolgung. [redacted] • [redacted] • Die Sprachkenntnisse der Containment Scouts sind aktuell unbekannt. Dies kann aber per E-Mail erfragt werden. [redacted] [redacted] • Diskussion-Teststrategie Vorschlag von Herrn Schaade Mail 8:16 – Ergänzung Flussdiagramm und Hinweise für KoNa, Ergänzung „Kochbuch“ • [redacted] • 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. • Details zu Kostenübernahme, Zeitpunkt der (wiederholten) Testung, Kombination von PCR und Serologie in bestimmten	FG32/FG37 Alle

	Settings u.Ä. sollen in der AG Diagnostik/Teststrategie geklärt werden. • 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. • *Weitere Diskussion in AG-Diagnostik und morgen im Krisenstab.* *ToDo*: Die Dokumente zum Kontaktmanagement werden angepasst. AG Diagnostik klärt weitere Details. • Ausweisung von Risikogebieten • [redacted] • *Weitere Diskussion vertagt.*	Alle
8	**Dokumente** • 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.	
9	**Labordiagnostik** • 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) • 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	FG37

	den letzten 8 Wochen relativ konstant bei ca. 130.000 pro 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. • 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. • Die Abdeckung wird aus dem Verhältnis aus Meldefällen 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. • 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. • 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. • 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. • Mehrfachtestungen derselben Person können zugeordnet werden, solange sie in demselben Labor ausgewertet wurden. • 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. • Über Blutspende-Studien ist ggf. eine Aussage zur Antikörperentwicklung möglich. *ToDo*: FG37 stellt SARS-CoV-2 in ARS Präsentation im Rahmen der morgigen AGI vor.	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • *Nicht besprochen*	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *Nicht besprochen*	

12	**Surveillance** • *Nicht besprochen*	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • *S.o.*	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • *Nicht besprochen*	
15	**Wichtige Termine** • Teilnahme am Forschungsrat am 13.05.2020 • Teilnahme am Gesundheitsausschuss am 13.05.2020 • ÖGD-Webinar: [redacted] und [redacted] nehmen teil	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Donnerstag, 14.05.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

162 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-14.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o 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 o 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: o Unterschiedlicher Kontext, Stichprobengröße (145-20.000 Personen) und Methoden (Allgemeinbevölkerung, Schulen, Blutspender, Pflegeheime, KKH-Personal, usw.) o Es handelt sich nicht (nur) um wissenschaftliche Publikationen, oft nur Ergebnisse aus den Medien o Seropositivität zwischen 0 und 32%, letztere, höchste Proportionen in Boston (32%), Senioreneinrichtung in Schweden (30%), Gymnasium in Frankreich (26%) o Begrenzte Aussagekraft wegen nicht-zufälliger TN-Rekrutierung (random sampling) o Falsch positive Testergebnisse in Boston und Frankreich, hier wurden POC/Rapid Tests verwendet (nicht von der WHO empfohlen) o Nur eine Studie hat auch die Qualität (neutralisierende) und Quantität der Antikörper untersucht o Die für eine Herdenimmunität anvisierte Seroprävalenz von 60-70% wurde auch in stark betroffenen Gebieten bei weitem nicht erreicht o 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 **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o 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 gestern) o [redacted] o Reproduktionszahl	ZIG1 FG32

- [redacted] 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
  - [redacted]
- 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,

Kommentiert [CF1]: Korrektur: alleine aus Presseberichten kommt man Stand 15.5.2020 morgens auf knapp 900 Betroffene in der Fleischindustrie, viele weitere Screenings laufen noch. In Betrieben mit größeren Ausbrüchen sind 26-53% der Belegschaft infiziert.

- Überlastungsanzeigen
  - KoNa kann nicht (immer) durch das RKI gesichert werden
  - Die Medien haben auch Abfragen bei den GA gemacht
  - [redacted]

	[redacted] ○ Wichtige Unterscheidung: ▪ Überlastungsanzeigen 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 ▪ Amtshilfeersuche sind Bitten um fachliche Unterstützung, diese versucht das RKI je nach Kapazitäten zu bedienen	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Neues aus der Wissenschaft** • Nicht besprochen	
5	**Aktuelle Risikobewertung** **RKI-Risikobewertung** (Vorschlag hier) • 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 • Es erscheint bereits jetzt sinnvoll, zu überlegen wie die nächste Abstufung sein könnte, z.B. „regional hoch", wenn der aktuelle abnehmende Trend sich fortsetzt *ToDo: LZ entwickelt Vorschlag zur Anpassung der Risikobewertung, Darstellung der Kriterien/Systematik zur Bewertung und der Ergebnisse.*	VPräs/alle
6	**Kommunikation** **BZgA**	

	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	
	Wo Lockerungen schwieriger sind
	• 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
	• Es sind keine/wenig Daten zu solcherart Settings verfügbar
	• 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
	• 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
	• Angepasste Maßnahmen sind auch bei Abwesenheit des Erregers wichtig, Beispiel MRSA im KKH, auch wenn Erreger nicht präsent ist, sollten Maßnahmen gut umgesetzt werden
	• In vielen LK gibt es in den letzten Wochen keine Fälle mehr (unerwartet gut!), die Sensitivität muss aufrechterhalten werden, wenn Maßnahmen gelockert werden
	• In DE hat die Bevölkerung bereits gewisse Maßnahmen umgesetzt, bevor offizielle Maßnahmen angekündigt wurden
	• 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
	• Es ist auch wichtig, dass die Erwartungen realistisch gehalten werden, eine Vorstellung, dass regelmäßige Testung der Allgemeinbevölkerung freie Bewegung ermöglicht muss verhindert werden
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
		BZgA
		
		VPräs/alle

	Presse • Risikobewertung wurde oben besprochen • Heutige wird die abgestimmte Stellungnahme zum Entry und Exit-Screening publiziert • Nächste Woche Publikation aus dem LK Paderborn zur Testung Personal in Alten- und Pflegeheimen • Nutzung von tagesaktuellen Daten der Notaufnahmen ist geplant	Presse
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Teststrategie** • Das Thema wurde gestern im Krisenstab angesprochen aber AL1 war nicht dabei, ist noch nicht abgeschlossen • [redacted] o Testung bestimmter Populationen (symptomatische, Kontaktpersonen, Risikogruppen Altenheime und Aufnahmestationen im KKH, seroepidemiologische Studien) o Aussagekraft seroepidemiologischer Studien/Qualität von Antikörper-Tests o Korrelation neutralisierender Antikörper und Immunität • Papiere zum Kontaktpersonenmanagement übernimmt [redacted] aus FG36, zusätzliche Informationen gerne an FG36 schicken um gute Überarbeitung zu ermöglichen, diese soll auch mit AL1 abgestimmt werden • 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. • 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 auch in der Lage-AG vorgestellt werden, aktuell ist [redacted] (?) 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	alle

- [redacted]
- 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 Ergebnisse 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 Probennahme 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

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

- [redacted]
- RKI versucht unbedingt den Ansatz einer regionalen bzw. differenzierten Einschätzung zu unterstützen, um gezielte Maßnahmen/Meidung zu erlauben

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]

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

	• [redacted] • 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 • [redacted] • Genderbalance erscheint wichtig wenn eine Legitimations-funktion 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: o Mitglieder ▪ Es soll noch mehr auf Gender geachtet und mehr Frauen sollen vorgeschlagen werden ▪ Mehr Experten mit klinischem Bezug ▪ STIKO Vorschlag [redacted]ging am Wochenende ans LZ, sollte geprüft werden ▪ [redacted]hat viele Verpflichtungen, [redacted]wurde jetzt von der Gesellschaft für KKH-Hygiene berufen ▪ [redacted]von der Charité wegen Digitalisierung? ▪ STIKO Gast des Expertenrats [redacted]? o 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 *ToDo: LZ/LZ-Leitung nehmen o.g. Veränderungen vor* • Vorgehen Fleischindustrie/ Publikation: nicht besprochen • Fall-Kontroll-Studie zu Risikofaktoren: nicht besprochen	
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • Einschätzung von Antigentesten: verschoben, nicht besprochen • Anhalt für Anteil falsch positiver Ergebnisse? Nicht besprochen • Nichts neues aus FG17	AL1 FG17

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Karten 7T Inzidenz >50/>35 [redacted]: nicht besprochen • [redacted]	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Siehe oben unter Strategie-Fragen: BMI Grenzöffnungen	FG32
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	FG32
15	**Wichtige Termine** • AGI-TK • TK AG Flughäfen • ECDC BMG TK VPräs wird von BMG organisiert	alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 15.05.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

164 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-15.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  ○ 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:
	  ▪ 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:
	  ▪ 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:
	  ▪ Anstieg in Kuweit, Bahrain: vor allem durch Ausbrüche in der Population der Gastarbeiter
	  ○ Länder mit >100 Fällen und einem R eff. > 1, u.a.:
	  ▪ Russland: absteigender Trend
	  ▪ Brasilien: leicht absteigende Tendenz
	  ▪ Kambodscha: R-Wert von 5, bedingt durch kleine Fallzahlen
	
	• China
	  ○ 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
		ZIG1

	geschlossen, Verlassen der Stadt nur möglich mit neg. Nachweis oder Quarantäne. • WHO - AFRO o Modellierung wurde modifiziert und soll morgen im BMJ Global Health veröffentlicht werden: ▪ 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 o Gründe für geringe Anzahl erwarteter Hospitalisierungen und Todesfälle: ▪ 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 o Zahl der Todesfälle durch AIDS-bedingte Krankheiten könnte sich durch Einschränkung der Gesundheits-versorgung verdoppeln. Eine sechsmonatige Unterbrechung der antiretroviralen Therapie könnte zu 500.000 zusätzlichen Todesfällen führen. o Durch Einschränkung der Versorgung könnte die Anzahl Tote durch Malaria deutlich steigen. o Aussetzen von Impfprogrammen hat mittel- und langfristige Konsequenzen. o Wirtschaftliche Auswirkungen sind besonders hart durch Fehlen von sozialen Sicherheitsnetzen und Ersparnissen großer Teile der Bevölkerung. o Durch Transporteinschränkungen könnte Ernährungssicherheit ein noch größeres Problem werden. o Aufgrund der wirtschaftlichen Belastung haben Ghana, Nigeria und Botswana begonnen Sperren zu lockern. o In Afrika ist ein Lock-down nicht sinnvoll, da die Kollateralschäden zu groß sind. o In low und middle income countries werden Testungen vor allem bei HCW durchgeführt. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o 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) o Kurve mit Fällen nach Todesdatum flacht sich nach hinten ab; Todesfälle pro Tag gehen etwas zurück.	FG32

- 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 kleinen Fallzahlen besonders anfällig.
- 7-Tages-Inzidenz liegt nur in 2 LK/SK über Inzidenz-Schwellenwert > 50 Fälle/100.000: LK Coesfeld und LK Coburg
- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - 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:
  - 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?

- ICOSARI
  - 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. ○ 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	**Internationales (nur freitags)** • Austausch mit Usbekistan und China, [redacted] • 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 • [redacted]	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Neues aus der Wissenschaft** • Nicht besprochen	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	

6	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] **Presse** • 2 Demonstrationen vor RKI am Nordufer angekündigt (Tierschutz und Corona).	BZgA Presse
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** **Beraterstab** (Vorschlag hier) 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). • Virologie: [redacted] • Theoretische Epi/Modellierung: [redacted] • ÖGD: [redacted] • Sozialepidemiologie: [redacted] (nach Rücksprache mit [redacted]) • Ethik: [redacted] oder [redacted], muss noch geklärt werden • Krankenhaushygiene: [redacted]; falls sie keine Zeit hat: [redacted] • Innere Medizin: [redacted] • Intensivmedizin: [redacted] • Pädiatrie: [redacted] • Infektiologie: [redacted] • Internationaler Bereich: [redacted] • Internationale Institutionen: [redacted] oder [redacted], je nach zeitlichen Kapazitäten • Veterinärbereich: [redacted] • Impfen: [redacted] • Patienten/Pflege: [redacted] • Kommunikation: [redacted] • Public Health: [redacted] • Medizininformatik: [redacted] • auf Neurologie wird verzichtet *ToDo: Weiterleiten des Vorschlags an* [redacted] **Zeit Artikel über RKI** • nicht besprochen	Alle

	[redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted]	FG32 ZIG / FG32
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • 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. • Testung von Kontaktpersonen Kat. 1 soll anlassbezogen bei einem Ausbruch oder vermuteten Ausbruch stattfinden. Es geht nicht um Freitestung, sondern um Erkennen asymptomatischer Fälle. • Günstigstes Intervall bei Testung ist eine frühe Testung (Tag 0/1) und eine 2. Testung an Tag 7 oder 10. • Eine möglichst frühe Testung ist sinnvoll, um weitere Ansteckungen zu verhindern. ÖGD benötigt einfache Regelung.	AL1 FG17

	ToDo: Verteilung der konsolidierten Version am Wochenende, Finalisierung am Montag • ZBS1: Knapp 500 Proben, davon knapp 5% positiv, nächste Woche mehr Proben durch Beginn HCW-Studie erwartet. • In Marzahn Montag und Dienstag Beginn der Testung von HCW mittels PCR und serologisch.	ZBS1 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** • [redacted] • Nächste Sitzung: Montag, 18.05.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

166 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-18.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Bundeswehr

- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• Ca. 4,5 Mio. Fälle und ca. 315.000 Verstorbene
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: Brasilien und nicht mehr Russland ist an 2. Stelle
	• Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
	  ○ Russland: Plateau, eher mit Tendenz nach unten mit konstant unter 10.000 neuen Fällen pro Tag; Verstärkung der Maßnahmen zeigt erst Erfolge
	  ○ USA: evtl. Wiederanstieg nach Plateau
	  ○ Brasilien: starker Anstieg, bis zu 16.000 neue Fälle pro Tag
	  ▪ 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 privilegiertere 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
	• Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
	  ○ 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:
	  ○ 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:
	  ○ R eff. von Russland und USA ist jetzt unter 1; Tendenz von Russland zeigt eher nach unten, von USA eher nach oben.
		ZIG1

- 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)
  - 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.

National FG32

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 174.697 (+342), davon 7.935 (4,5%) Todesfälle (+21), Inzidenz 210/100.000 Einw., ca. 154.600 Genesene, Reff=0,91
  - 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:
    - [redacted]
    - [redacted]
  - [redacted]

- [redacted] FG32

	○ [redacted] 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. *ToDo: In AGI TK soll das Thema morgen angesprochen werden.* ○ Pressescreening könnte ausgelagert werden. Es gibt diverse Firmen, die nach bestimmten Schlüsselwörtern Pressemitteilungen durchforschen. *ToDo: Pressescreening nach Ausbrüchen wird in Auftrag geben (Kontakt [redacted]), bei Informationsbedarf werden die GA über die Landesstellen kontaktiert.* • [redacted] ○ 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, Verdienstausfall). ○ DIVI Intensivregister: rückläufige Zahlen, deutliche weniger belegte und mehr freue 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. ○ [redacted] ○ [redacted] • Maßnahmen und Testen (hier) ○ 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 konsentierte Sprachregelung zu finden, muss mit Laborkapazitäten abgestimmt werden. ○ Falsch positive Ergebnisse werden zum Problem bei sinkenden Fallzahlen. Dann müssen nicht alle Patienten mit	FG21 FG 32 FG37 / Abt.1

	elektiven Eingriffen getestet werden. In strategische Überlegungen könnte die Antikörpertestung miteinbezogen werden. ○ Heute wird ein überarbeitetes Papier der AG Diagnostik veröffentlich, in dem die angesprochenen Aspekte genannt sind. Die Themen sind für die Fachöffentlichkeit adressiert, weg von Testen-Testen-Testen, hin zur gezielten Testung. ○ [redacted] • [redacted] ○ Serologie sollte in die Falldefinition aufgenommen werden. [redacted] hat in einer Mail passend zu den Aussagen im Diagnostikpapier für [redacted] 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 Falldefinitionen ist bisher nur PCR enthalten. *ToDo: Vorschlag bei europäischen TK einbringen*	Abt. 1 / FG32
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Corona WarnAPP (Folien hier): ○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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 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. ○ 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.	FG21

	○ Bei Presseanfragen ist RKI-Presse nicht mehr involviert, statt dessen eine externe Kommunikationsfirma. ○ [redacted] ○ 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	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse** • Nicht besprochen, am Mittwoch Vortrag zu T-Zellen und COVID-19 geplant	Abt.1
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Soll morgen besprochen werden	Alle
6	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Farbgebung auf der Karte wurde geänderte, wird nochmal geklärt. • Zum Thema Reise innerhalb Europas muss kontrolliert werden, ob alle Links noch aktuell sind. • Problematisch: Tabakkonzerne benutzen Krise für Werbung. **Info über aktuelles Ausbruchsgeschehen** • Verstärktes Screening durch das LZ hinsichtlich Ausbruchsgeschehen ○ unter Aktuelle Lage besprochen • [redacted] ○ Gespräch mit [redacted] morgen **Verbreitung des Dokumentes / der Inhalte der Orientierungshilfe für Bürger** (hier) • 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. • [redacted]	[redacted] Presse Abt.3 Abt.1

	• [redacted]	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** Nicht besprochen **b) RKI-intern** • 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. • [redacted] • 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 Zusammensetzung der AG De-/Reeskalation ([redacted]) unter Leitung von [redacted] ist gut geeignet. [redacted] und [redacted] werden ergänzt. Die Gruppe wird die Kurz- und Mittelfristperspektive updaten, anschließend werden die Szenarien im Krisenstab diskutiert. *ToDo: Arbeitsgruppe um [redacted] definiert die Ziele für die nächsten Wochen.* • Modelliergruppe: mit [redacted] zusammen wird überlegt, was modelliert werden soll, welche Parameter berücksichtigt werden sollen und welche Modellierungen nach außen gegeben werden (als Auftrag oder Kooperationsprojekt). *ToDo: Modelliergruppe überlegt zunächst, was modelliert werden soll, dann wer*. • Ergänzung: RKI ist eine Behörde und erhält mehr Unterstützung und Glaubwürdigkeit, wenn Daten zusammen mit externen Wissenschaftlern publiziert werden, auch mit ausländischen Wissenschaftlern.	Alle
8	**Dokumente** **Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch SARS-CoV-2** (Dokument hier) Vorschlag zur Diskussion und Freigabe, 2 Punkte sollten angepasst werden:	FG36

	• 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. • 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. • Frage: Warum ist Testung an Ausbruch in Altenpflege oder Gemeinschaftseinrichtung gebunden? Wurde anders diskutiert. • 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. • Formulierung: Sollte eine Testung erfolgen oder kann eine Testung erfolgen? Was ist, wenn Kontaktreduktionen gelockert werden? • Bei Öffnung von Schulen und Kitas müssten große Gruppen getestet werden. Auch mit doppelter Testung werden nicht alle Fälle gefunden. Die Testung verkürzt die Quarantäne nicht und ersetzt nicht das Gesundheitsmonitoring. • Anregung: Es sollte versucht werden, den Zusatznutzen durch frühe Erkennung von Fällen epidemiologisch zu beziffern. • Kontakt und Ausbruch wird als Bedingung bei Kontakt Kat.1 gestrichen. Insbesondere in Ausbruchssituationen sollte eine Testung durchgeführt werden. *ToDo: Wird von [redacted] angepasst und anschließend auf der Webseite publiziert.*	
9	**Labordiagnostik** • Nicht besprochen	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2: o unter Dokumente besprochen • Maßnahmen und Testen o unter Aktuelle Lage besprochen • Labormeldungen nach IfSG / GA-Anfrage - Labormeldepflicht indirekter Nachweis o auf morgen verschoben	FG36 / FG32 FG37 FG32
12	**Surveillance** • Meldepflicht von Ak-Nachweisen? o Unter Aktuelle Lage besprochen	FG32

13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** • BMAS • Dienstag, 17 Uhr TK zur Kontaktstelle ÖGD am RKI mit BMG • Krisenstabsitzung am Freitag, den 22.05 findet statt.	Alle
16	**Andere Themen** • [redacted] Die Antwort lautet, es gibt keine Verpflichtung für das RKI solche Empfehlungen zu machen. Die Beschwerde ist somit grundlos. • Nächste Sitzung: Dienstag, 19.05.2020, 11:00 Uhr [redacted]	

168 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-19.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • 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 o Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ 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 o 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 o 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 o 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 • Situation in Schweden o 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 o COVID-19 in Schweden ▪ >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 12-13% ▪ 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	ZIG1

	▪ In fortlaufender Seroprävalenzstudie in Oslo wird eine Seropositivität von <1% verzeichnet ▪ Geografische Ausbreitung: Hotspots mit Inzidenzen >70/100.000 Einw. o Vergleich von SE mit NO, FI, DK: ▪ 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) o Hauptproblem in SE ▪ 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 ▪ [redacted] 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 o Begrenzte Maßnahmen in der breiteren Bevölkerung haben nicht zu einer Katastrophe geführt, daraus könnte man lernen o [redacted] eruiert, ob er das Testprotokoll für die Prävalenzstudie besorgen kann o Geringe Anzahl PCR- positiver Ergebnisse (2,5%) ist überraschend, 15% (Heinsberg) wirkt realistischer o Prävalenzstudie mit PCR misst keine durchgemachten und lediglich akuten Infektionen **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 175.210 (+513), davon 8.007 (4,6%) Todesfälle (+72), Inzidenz 211/100.000 Einw., ca. 155.700 Genesene	AL3/FG32 VPräs/alle

	○ 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 ▪ 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 • DIVI Intensivkapazitäten: Rückgang der Zahl der behandelten, Kapazität bleibt weiter hoch • Erwähnte Ausbruchsgeschehen (s. ab Folie 113) ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ▪ 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 • Überlastungsanzeigen: Handhabung bedarf weiterer Klärung ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Es sind viele Anzeigen eingegangen • Arbeitsschutz in Schlachthöfen: Stellungnahme der verantwortlichen Behörden? ○ [redacted] ○ 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 ○ Wie mit Fleisch umgegangen wird ist nicht bekannt ○ [redacted] ○ 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 *ToDo: FG35 sollen ihre BfR Kontakte hierzu befragen*	FG37

Kommentiert [redacted]

	• IST-Papier: benötigte Kapazitäten gehen weiterhin zurück, Situation sehr undramatisch hinsichtlich der nächsten 7 Tage	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse** **Hongkong Studie: Schutz durch MNS Stoff** • Studie aus Hongkong von Yuen Kwok-Yung die große Medien-aufmerksamkeit erhält (auch wegen der verwendeten Hamster) • 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 • Fazit: er schützt vor Transmission, bietet Fremd- und begrenzten Eigenschutz, aber nicht einzelne Hamster sondern Käfige wurden abgedeckt • Studie ist noch nicht publiziert/ als Paper verfügbar	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Anpassungsvorschläge wurden bereits im Krisenstab besprochen (z.B. 14.05.) und noch stets nicht umgesetzt • LZ soll Entwurf für nächste Krisenstabssitzung vorbereiten *ToDo: WICHTIG - LZ bereitet Entwurf bis zum Krisenstabstreffen am Freitag 22.05.2020 vor, muss vorliegen!!*	VPräs

6	**Kommunikation**
	[redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
		[redacted]

	Presse • Nichts besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Teststrategie Bund** • AGI tagt heute unter Einbindung des BMG • 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 **Empfehlungen zu Treffen nach Lockerungen** • [redacted] • [redacted] • Es ist besser, das RKI macht einen Vorschlag bevor dieser von der Schaltung kommt • FG36 soll dies bis Ende dieser Woche erstellen: o Wie viele Personen und Einheiten (z.B. 1 Haushalt) können sich treffen, welche Gruppengröße ist akzeptabel o Unter welcher Abstandshaltung o Unterscheidung, ob dies drinnen oder draußen ist o Wie viele Quadratmeter pro Person in 1 Raum o Alle Personen sollen im Falle eines Ausbruches hinterher identifizierbar sein (sich kennen bzw. kontaktierbar sein) *ToDo: FG36 (mit AL3?) entwirft einen Vorschlag hierzu, soll bis spätestens Freitag fertig sein* **Reisebeschränkungen/Quarantäneempfehlung** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • 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 *ToDo: ZIG1 [redacted] entwirft Vorschlag mit Kriterien zu Maßnahmen nach den Grenzöffnungen, Frist diesen Freitag 22.05.* **Reisewarnungen** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **b) RKI-intern** **Frequenz – Reduktion - Krisenstabsitzung?** • Es müssen mittlerweile nicht mehr immer arbeitstäglich Strategieentscheidungen getroffen werden, dies bindet sehr viele Ressourcen • Ist die Sitzung wirklich 5-mal die Woche notwendig, oder kann die Frequenz reduziert werden? • Es wird versucht, sie zunächst nur noch 3-mal pro Woche zu halten • Freitag um 11:00 (statt 13:00) findet das nächste Treffen statt, morgen gibt es keine Krisenstabssitzung *ToDo: nur noch 3-mal die Woche Krisenstabssitzung, nächste Sitzung Fr*	
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • Stabiler Probeneingang auf niedrigem Niveau, keine positiven Proben, insgesamt wenig respiratorische Erreger nur etwas RSV	FG17 AL1

	• 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.)	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Labormeldungen nach IfSG / GA-Anfrage - Labormeldepflicht indirekter Nachweis** • Hierzu gibt es stets Anfragen, eben auch wieder in EpiLag: wie soll mit indirektem Nachweis umgegangen werden? • Meldetatbestand ist durch das IfSG definiert, direkter und indirekter Nachweis meldepflichtig, Bewertung durch das Labor unter Berücksichtigung der Anamnese ist auch festgelegt • Aktuell werden im Meldesystem nur PCR-positive Fälle gezählt • Auch auf europäischem Niveau beruht aktuell alles auf PCR, RKI-Daten sollten (relativ) vergleichbar bleiben • Anfragen: wie mit indirekten Befunden umgehen, wann liegt Hinweis auf akute Infektion vor, welche Maßnahmen resultieren daraus? • Bisher wird lediglich PCR-Nachweis genutzt, bei indirektem Nachweis nur Maßnahmen wenn hochsymptomatische Fälle • 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 Diagnostik-papier 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	

	ToDo: LZ soll für Freitag 22.05. das Diagnostik Papier auf die Agenda der Krisenstabssitzung setzen • 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) *ToDo:* [redacted] *bereitet Ergänzung zu FAQ vor (Umgebungstestung nach serologischem Nachweis)*	
12	**Surveillance** • Karten 7T Inzidenz >50/>35 [redacted] nicht besprochen • IfSG Änderung verschoben auf Freitag	FG32/FG35
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	FG32

14	**Information aus dem Lagezentrum**
	[redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	
	Anpassung LZ-Schichtzeiten und Aktivitäten
	• Reduzierung der Aktivitäten und Arbeitszeiten im LZ erwünscht
	• Es wurden bereits gewisse Positionen angepasst und verändert
	• Vorschläge sind z.B.:
	  ○ 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?)
	• [redacted]
	
	ToDo: Konzept zur Reduzierung von Aktivitäten und Arbeitszeiten im LZ
		FG32/AL3

15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: **Freitag , 22.05.2020, 11:00 Uhr** [redacted]	

170 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-22.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): Insgesamt über 5 Millionen Fälle weltweit und fast 333.000 Verstorbene weltweit; führende Länder nach wie vor USA, Brasilien und Russland (ersten beiden aufsteigende Tendenz der Fallzahlen, Russland absteigend)
	• Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
	  ○ Brasilien weiter starker Anstieg, Hotspots u.a. Sao Paulo.
	  ○ USA: Fast alle Bundesstaaten haben Maßnahmen weitgehend gelockert. Mit einem Anstieg der Fallzahlen ist zu rechnen.
	• Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage:
	  ○ Bangladesch: Es gab einen Zyklon hier, der die Lage verschärft hat. Darüber hinaus gibt es nun vermehrt Fälle in den Rohingya Flüchtlingscamps.
	  ○ Iran: Es gibt einen weiteren Fallanstiegt. Ca. 10 Regionen, die eine 2. Welle erleben, was u.a. auch mit dem Ende des Ramadans verbunden ist. Traditionelle Veranstaltungen, die zum Ende des Ramadans stattfinden, werden trotz COVID-19 veranstaltet.
	• Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag:
	  ○ Hierzu zählen Afghanistan sowie Länder auf der arabischen Halbinsel. Letztere verzeichnen nicht nur einen Anstieg der Fallzahlen durch die Gastarbeiter, sondern auch aufgrund Ramadanendes, wodurch z.B. auch die Mobilität zunimmt.
	• Länder mit >100 Fällen und einem Reff>1:
	  ○ Brasilien ist hier das Hauptland; Iran, Saudi-Arabien und Marokko) haben eine R eff. bei ungefähr 1,3
	  ○ USA hat ein R eff. unter 1
	  ○ Russland zeigt Tendenz nach unten bei R eff. Wert
	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  ○ SurvNet übermittelt: 177.212 (+460), davon 8.174 (4,6%) Todesfälle (+27), Inzidenz 213/100.000 Einw., ca. 159.000 Genesene
		ZIG1
		
		FG32, FG36, FG37

- [redacted]
- 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.

- [redacted]
- 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.
- 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 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%. • Notaufnahmen: [redacted] 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. Insbesondre 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. [redacted] 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. Surveillancestratgeie ist ein Teil der Teststrategie. Es wäre besser von dem Begriff Teststrategie wegzukommen und den Begriff „Surveillancestratgeie“ in den Vordergrund zu bringen,	

	um zu zeigen, welche Instrumente bestehen, um Änderungen zu merken. Von ZIG wurden bereits verscheiden Szenarien entwickelt, die genau den Bereich auch berücksichtigen sollen. • [redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] ZIG war stark mit der Frage beschäftigt, wie mit der Aufhebung von Reisebeschränkung umgegangen werden soll. [redacted]	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • *Nicht besprochen*	
4	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse** • Studienergebnisse – *nicht besprochen*	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • 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 Heath 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	Alle

	systemisch bedingt ist, müssen sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisaspekte berücksichtigt werden. Ein Zusammenspiel von beiden bestimmt das Risiko. [redacted] wird eine Formulierung hierfür finden. • Ein Herunterstufen der aktuellen Risikobewertung (Risiko hoch; für Risikogruppen sehr hoch) auf moderat wäre sehr 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. • Wie bisher auch, sollten in der Risikobewertung die 3 Grundprinzipien (Übertragbarkeit, Ressourcen, Schwere) betrachtet werden. Diese sind zunehmend von Bedeutung. • 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. *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.* • Definition „Community transmission" / level of transmission at subnational level (E-Mail [redacted] und Verlauf) – *nicht besprochen*	
6	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse**	[redacted]

	• Die Links unter dem Punkt „Reiseverkehr“ auf der RKI Internetseite wurden überprüft,. Sie sind alle aktuell; ggf. müssen die Handzettel aktualisiert/ausgetauscht werden. [redacted] hatte bereits hierzu schon Kontakt mit dem BMG aufgenommen; eine Klärung steht noch aus. Die Lage ist noch undurchsichtig, da manche Bundesländer schon ihre Quarantäneregelungen geändert haben. • „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. • 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 kommunizieret 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. [redacted] 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, dann die Ergebnisse etc. zu verkünden. • [redacted] • [redacted]	Presse, FG34, FG32
7	**RKI-Strategie Fragen** **a. Allgemein** • Quarantäne- und Einreisebestimmungen der Bundesländer mit Verweis auf Einschätzungen des RKI (EU und außerhalb EU) (Folien hier) ○ Es muss unterschieden werden zwischen EU- und Drittstatten, 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 welchen Umfang. ○ [redacted]	ZIG1, alle

		[redacted] ○ 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 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. ○ 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 Drittstatten. Ziel ist es, den Zustrom von Reisenden in die Europäische Union zu begrenzen und damit die Ausbreitung des Coronavirus einzudämmen. ○ [redacted] 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) ○ [redacted] ○ 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:* [redacted] • Wiederzulassung 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 **b. RKI-intern** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	

8	**Dokumente**
	• Kontaktpersonenmanagement - *nicht besprochen*
	  • Kontaktpersonenmanagement (Kat III)
	  • Kontakpersonenmanagement med. Personal (Anpassung zur Testung)
	• [redacted]	

9	**Labordiagnostik**
	• Stand der Diagnostik - *nicht besprochen*
	• *Nachtrag von ZBS1:*
	  ○ 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.
		ZBS1

	• Anpassung der Testung med. Personal sowie bei Personalmangel in Alten- und Pflegeheimen - *nicht besprochen*	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • IfSG-Änderung: negative Test - *nicht besprochen*	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Einreisebestimmungen (siehe Top 2: Internationales)	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Ab Montag Austausch mit BMG-Liaison - *nicht besprochen*	
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: **Montag , 25.05.2020, 13:00 Uhr**, [redacted]	

172 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-25.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BMG-Liaison

- [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Nicht besprochen **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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. ○ [redacted] ○ 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 ▪ [redacted]	FG32, alle

- [redacted]
  - 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. [redacted]
  - 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.
  - [redacted]
  - Amtshilfeersuchen: FG37 unterstützt im Rahmen der Ausbruchsunterstützung 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 vorschlagen werden eine Karte mit einer Inzidenz von 25/100.000 zu nutzen, sodass das RKI nicht 2 Karten erstellen muss. Die Karten werden 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. Weitre wichtige Daten sind im Dashboard abrufbar.
- 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.

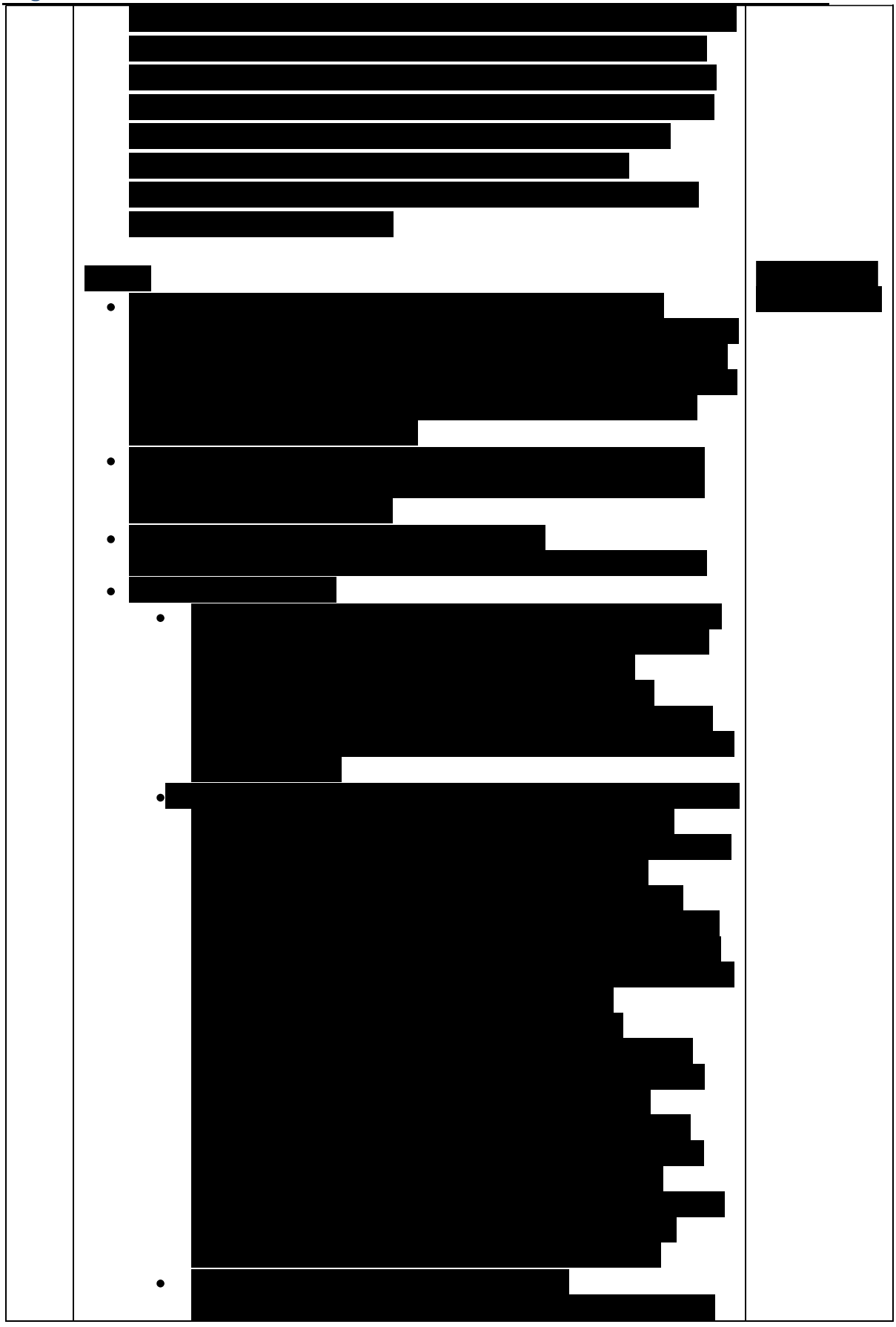
ToDo: [redacted] *schlägt dem BMG vor, statt einer Karte, die die Inzidenz 35/100.000 Ew. ausweist, eine Karte mit einer Inzidenz von 25/100.00 Ew. Zu nutzen und die Informationen in den Lagebericht zu integrieren und dass dadurch ggf. auch auf den zusätzlichen täglichen Bericht an das BMG verzichtet werden kann.*

- [redacted] 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.
- [redacted]

	• [redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • *Nichts besprochen*	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • [redacted] • [redacted] • 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 – *nicht besprochen*	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Risikobewertung: ○ Es gab aus dem Krisenstab viele Rückmeldungen, die [redacted] eingearbeitet hat. Es gab noch Anmerkungen zu den Begriffen der „Übertragbarkeit der Infektion“ als Bewertungsparameter und dem „Schwereprofil“. Klinisch 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. ○ 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. *ToDo: Leitung LZ ([redacted]) passt die Begrifflichkeiten an.* • Öffnung von Kitas/Schulen, Stellungnahme DGKH, DGPI, DVKJ, et al. (siehe E-Mail, [redacted], So 24.05.2020 19:39 bzw. Ordner „Hochladen“) – *wird gelesen und bei Bedarf in einer der nächsten Krisenstabssitzungen diskutiert.* • Definition „Community transmission“ / level of transmission at subnational level: ○ [redacted]	Alle

	[redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ In Deutschland gibt es allerding 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/bekannte 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. *ToDo: FG32 ([redacted]) klärt mit Hilfe des Cubes bis Ende der Woche klären, wie viel % der Fällen auf Ausbrüchen zurückzuführen sind.*	
6	**Kommunikation** [redacted] • [redacted]	[redacted]



	[redacted]	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a. Allgemein** • Wiederzulassung 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 Wiederzulassungsratgeber 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.	AL1, alle

	• [redacted] **b. RKI-intern** • Rekonvaleszentenplasma-Spenden, Zitat/"endorsement" von [redacted] – *nicht besprochen* • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Kommunikationswege RKI-BMG – *nicht besprochen* • Update ÖGD-Kontaktstelle - *nicht besprochen*	

8	**Dokumente**
	• Darstellung der Karte „Quarantäne bei Einreise nach Deutschland" auf der Website auch für vergangene Tage sinnvoll – *nicht besprochen*
	• Kontaktpersonenmanagement:
	  • 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. *Die Diskussion zur Testung von asymptomatischen Kontaktpersonen der Kategorie 1 ist noch nicht abgeschlossen und wird morgen fortgeführt.*
	  • Kontaktpersonenmanagement med. Personal (Anpassung zur Testung) – *nicht besprochen*
	• Entwurf einer Publikation des ECDC zur 30-Tages-Projektion zum Verlauf und zu der Effektivität der Maßnahmen – *nicht besprochen*
		FG36

9	**Labordiagnostik** • Stand der Diagnostik – *nicht besprochen* • WHO plant möglicherweise Änderung der Empfehlung für Entlasskriterien, siehe E-Mail [redacted] an Krisenstab (Fr 22.05.,14:58) – *nicht besprochen*	ZBS1

	• Anpassung der Testung med. Personal sowie bei Personalmangel in Alten- und Pflegeheimen **–** *nicht besprochen*	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *Nicht besprochen*	
12	**Surveillance** • IfSG-Änderung: negative Test **–** *nicht besprochen*	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • *Nicht besprochen*	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • *Nicht besprochen*	
15	**Wichtige Termine** • *Nicht besprochen*	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: **Dienstag, 26.05.2020, 11:00 Uhr,** [redacted]	

174 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-26.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Nicht besprochen **National** • Nicht besprochen	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse** • SARS-CoV-2-reactive T cells in COVID-19 patients and healthy donors → Vortrag von [redacted] steht noch aus, er steht grundsätzlich bereit und es wird ein neuer Termin gefunden	

5	**Aktuelle Risikobewertung**
	Risikobewertung
	• Wurde nach abgestimmten Anpassungen erneut herumgeschickt, es gibt nichts mehr zu erläutern
	
	Öffnung von Kitas/Schulen, RKI Stellungnahme
	• Es gab eine Stellungnahme von DGKH, DGPI, DVKJ, et al. zur Wiedereröffnung von Schulen und Kitas ([redacted] E-Mail, So 24.05., 19:39 bzw. hier)
	• [redacted]
	• Stellungnahme wurde von [redacted] durch Literatursichtung, Aus- und Bewertung bewertet und eine interne Stellungnahme vorbereitet und geteilt
	• 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
	• Zusammengefasste Ergebnisse:
	  ○ 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 mind. drei Studien, die Kinder als Indexfälle bei Haushaltsübertragungen belegen (Nachtrag per Mail an nCoV-Lage durch [redacted] 27.05.20)
		VPräs
		
		FG36
		FG37/alle

	○ 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 • [redacted] • [redacted] **Ausbruch** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG32

6	**Kommunikation**
	[redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	
	AKNZ (Abteilung des BBK) Webinare für Krankenhäuser
	• Es gibt die Möglichkeit mit AKNZ Webinare durchzuführen – gibt es Wünsche/Vorschläge des RKI (Frage IBBS)?
	• [redacted] 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
	• [redacted] ist heute im ÖGD-Webinar von [redacted] dabei, Thema ist Entlassungsmanagement
	• Weitere Themen könnten vorgeschlagen werden
	• [redacted]
	
	Presse
	• 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
	
	Kontaktpersonenmanagement
	• 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)
	  ○ 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
	  ○ 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
		BZgA
		
		IBBS/FG37
		
		Presse
		
		FG36/FG37/ alle

	○ 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 berücksichtig ○ 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 • 2. Zeitpunkt der Testung, Erweiterung der Teststrategie ○ 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 • [redacted] macht einen Vorschlag zur Anpassung des KoNa Managements *ToDo: FG37 stellt Revision fertig bis morgen* **Kenntlichmachen von Anpassungen in RKI-Empfehlungen** • 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 • Problem ist auch aus anderen Lagen/Empfehlungen bekannt, aktueller Ansatz ist, oben zu vermerken was neu ist	Präs/Presse/ alle

	• Außerdem werden im täglichen Lagebericht angepasste Dokumente erwähnt, inklusive der spezifischen Anpassungen • 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 • In manchen Dokumenten werden anfangs erfolgte Änderungen in kursiv erwähnt, dies sollte einheitlich bei allen Empfehlungen Dokumenten gemacht werden **Gesichtsvisiere** • Es gab bereits Stellungsnahmen hierzu, dem RKI zufolge kann ein Visier nicht die Funktion eines MNS erfüllen, durch die Aerosol-Situation wird dies noch verstärkt • Weiß jemand, ob eine systematische Untersuchung oder Studie zur Antikörper-Bestimmung bei Zahnärzten erfolgt, da diese Aerosolen besonders ausgesetzt sind? • Nein, eine solche Studie ist niemandem bekannt	VPräs
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Kontaktbeschränkungen** • Empfehlungen zu Treffen nach Lockerungen (wie viele Personen und Einheiten (z.B. 1 Haushalt) können sich treffen, welche Gruppengröße ist akzeptabel, …) [redacted] • [redacted]ging während der Krisenstabssitzung ein und wurde an RKI-Corona-Verteiler geschickt • 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. • [redacted] • Empfehlungen werden in den jeweiligen Landesverordnungen angepasst **b) RKI-intern** **Rekonvaleszenten Plasma-Spenden** • Zitat/"endorsement" von [redacted][siehe E-Mail, So 24.05.2020 16:28 bzw. Ordner „Hochladen", s. dazu auch Angebot von [redacted] Meinungsbild durch AK Blut einzuholen Mo 25.05.2020 17:30]	Alle Präs/FG34

- 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

- Bericht [redacted]
  - [redacted]
  - 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

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

	• [redacted] • [redacted] **Update ÖGD-Kontaktstelle** • Vorschlag zum stufenweisen Aufbau der ÖGD-Kontaktstelle am RKI wurde ans BMG geschickt und wird heute oder morgen mit [redacted] besprochen • Es wird ein Provisorium mit Personen die für das LZ/in FG32 angestellt sind, Start mit zunächst6 Personen in der Bibliothek in [redacted] • 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 • [redacted] • [redacted]	

8	**Dokumente**
	Ausweisung Risikogebiete für Quarantäneempfehlung
	• 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
	• [redacted]
	
	Kontaktpersonenmanagement
	• Siehe auch oben unter Kommunikation
	• Kontaktpersonenmanagement
	  ○ Kontaktpersonenmanagement med. Personal (Anpassung zur Testung)
	  ○ Testung von asymptomatischen Kontaktpersonen der Kategorie 1
	• Zwei Dokumente wurden von FG37 überarbeitet und letzten Donnerstagabend an den Krisenstab geschickt, sie beinhalten nichts neues oder kritisches
	• AL1 hat Dokument kommentiert, u.a. wurde in einer Überschrift nicht klar, ob die Regelung bei Personalmangel oder Abwesenheit von Personalmangel zur Anwendung kommt
	
	ToDo: Vorschläge von [redacted] werden von FG37 aufgenommen und Dokumente noch heute publiziert
		AL3
		
		FG37

9	**Labordiagnostik** **Teststrategie** • [redacted] **Übermittlung Meldetatbestand negative Testungen** • 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 • Außerdem Etablierung der nichtnamentlichen Meldepflicht negativer Testungen, hierfür wird noch nach einer technischen Lösung gesucht, um eine Fax-Übermittlung zu verhindern • 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 • Durch die Datenschutz Ungewissheit (s.u. unter Surveillance) ist unklar, wann DEMIS startet und ob eine Übergangslösung notwendig ist, eine einheitliche Umsetzung ist erstrebenswert • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Virologische Surveillance** • Manche Proben enthielten respiratorische Erreger, vor allem RSV und Rhinoviren	FG32/AL1 FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • IfSG-Änderung: negative Tests, s. oben unter Labordiagnostik **Update DEMIS** • 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 • Aktuell wird mit Testdaten gearbeitet da die Datenschutzüberprüfung noch aussteht, diese ist langwierig, da die serologischen Studien priorisiert wurden • 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 • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	

15	**Wichtige Termine**
	• 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?
	  ○ Kommt bei Infektionskrankheiten immer wieder
	  ○ BfR Homepage enthält generelle Aussage (Link)
	  ○ Es gibt mehrere Publikationen zu diesem Thema, diese können von FG17 bewertet werden
	  ○ IBBS [redacted] haben sich ebenfalls bereits hiermit befasst
	• Heute Nachmittag 15:00 TK mit BMG zu DEMIS
	• Freitag TK mit Anwaltskanzlei zu Datenschutz DEMIS
		alle

16	**Andere Themen** • Krisenstabssitzung in Zukunft	

	○ 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, [redacted] → danach nächste Sitzung Freitag, 29.05.2020, 13:00 Uhr	

176 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-27.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG

- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• 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:
	  ○ USA, gefolgt von Brasilien und Russland
	  ○ Abwärtstrend in USA und Russland, Aufwärtstrend in Brasilen
	  ○ 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) :
	  ○ 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:
	  ○ 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
	  ○ 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
	  ○ Bangladesch: seit längerer Zeit starker Anstieg, zunehmend auch Fälle im Rohingya-Flüchtlingscamp, dort keine/eingeschränkte Containment-Maßnahmen; Situation noch lange nicht unter Kontrolle
	  ○ Chile: weiterer Anstieg; Maßnahmen wurden schnell wieder zurückgenommen
	  ○ 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.
	• Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag
	  ○ 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.
		ZIG1

	○ Schweden: Plateau mit leichter Tendenz zum Anstieg, ca. 600 Neuinfektionen, über 4.000 Todesfälle • Länder mit >100 Fällen und einem R eff. > 1: ○ Syrien: R-Wert >3, ist eines der vulnerabelsten Länder in der Region, geringe Fallzahl (ca. 120), aber hohe Dynamik • 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. • Es besteht der Wunsch im Rahmen der Überlegungen zur Reisefreiheit mehr über den Testumfang in anderen europäischen Ländern zu erfahren. ○ 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. **Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 in ARS** (Folien hier) • Leichter Rückgang der Anzahl Testungen, Grund ist vermutlich der bundesweite Feiertag letzte Woche. • Anteil positiver Testungen ist über die Zeit leicht gesunken, aktuell Positivenrate < 2% • Anzahl positiver Testungen über die Zeit nach Bundesland: in alle BL Abflachung der Kurve; in Thüringen leichter Anstieg. • [redacted] • 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. • Anzahl positiver Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe: ist bei über 80-Jährige in etwa gleich geblieben. • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG37 FG37

	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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. ○ Geographische Verteilung, 7-Tage-Inzidenz: SK Regensburg fällt auf sowie LK Lichtenfels und LK Hof (Screening in Schulen) ○ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] • [redacted] • [redacted] 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.	FG32
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** [redacted]	[redacted]

	• [redacted]
	• [redacted]
	
	Presse
	• Es gibt weiterhin viele Anfragen zu Reiserückkehrern. Die Leute werden zum Teil auch von BMI und Auswärtigen Amt ans RKI verwiesen.
	
	• [redacted]
	  ○ [redacted] s 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
	  ○ .
		Presse
		
		Alle

	Neues [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZIG4
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Sprachregelung/Definition Risikogruppen: Schreiben von [redacted] an [redacted]. Ergänzungsvorschlag FG36 (Email) ○ [redacted]	Alle

	[redacted] o 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. o 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. **b) RKI-intern** • Es gibt 2 Artikel zur Overdispersion (von [redacted] und aus Hongkong), in denen davon ausgegangen wird, dass sich ca. 80% der Ansteckungen auf nur 20% der Infizierten zurückführen lässt. o Hr. Schaade hat dazu bereits [redacted] mit der Frage angesprochen, ob dies auch für Deutschland berechenbar wäre. o Es sollte überlegt werden, ob dieses Verteilungsmuster bei der Eindämmungsstrategie genutzt werden könnte. Und ob eine Benennung von besonders riskanten Situationen eine Hilfe wäre. o Einwand: die Daten stammen aus einer Situation unter Kontaktsperre, dann ist der Fokus auf bestimmte Superspreader-Events vermutlich durch die Kontaktsperre bedingt.	Alle
	• <u>Containment Scouts</u>: möglichst noch vor der Sommerpause sollte eine Verlängerung bis Sommer 2021 oder eine Verstetigung anstoßen werden. o Eine Evaluation, ob sie aktiv genutzt wurden, wäre sinnvoll. o Problem: Studierende, die dieses Semester zur Verfügung standen, stehen nicht unbedingt im nächsten Semester weiterhin zur Verfügung. o [redacted] o 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. o Die Länder sollten befragt werden, was an langfristigen Maßnahmen geplant wird und wie der ÖGD langfristig gestärkt werden könnte.	FG37

	○ FG37 hat bereits Antrag zur Evaluierung eingereicht. *ToDo: Folgeantrag für Verlängerung Containment Scouts bzw. alternatives Konzept bis Sommer 2021 stellen, FF FG37* • [redacted]	Abt. 1
8	**Dokumente** • <u>Kontaktpersonennachverfolgung</u> (hier): ○ Änderungen: Testung sollte so früh wie möglich erfolgen, zusätzlich 5-7 Tage nach Erstexposition. ○ [redacted] 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. • Vor Veröffentlichung auf der Webseite sollte auch das <u>Flussschema zur Kontaktpersonennachverfolgung</u> angepasst werden: ○ Testung von Kontaktpersonen Kat. 1 muss noch an das oben Besprochene angepasst werden (möglichst frühe Testung am 1.Tag nach der Ermittlung und Testung an Tag 5-7). [redacted] schickt [redacted] die genaue Formulierung. *ToDo: nach Formulierungsanpassung, geht beides an Webmaster* • 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. *ToDo: erneutes Vorstellen des Dokuments im Krisenstab*	FG36/ FG37 / Alle
9	**Labordiagnostik** • AGI-Sentinel ○ 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	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 29.05.2020, 13:00 Uhr, [redacted] → danach nächste Sitzung Dienstag, 02.06.2020, 11:00 Uhr	

178 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-05-29.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1a	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • 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 • 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. • Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage o Brasilien verzeichnet weiterhin ansteigenden Trend, wobei der letzte Zacken der Kurve am ehesten meldebedingt ist. o 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. • Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage o Der Iran stellt das erste Land mit 2. Infektionswelle dar; die Ursachen dafür werden nächste Woche näher beleuchtet o In den übrigen Ländern gibt es keine wesentlichen Veränderungen; der absteigende Trend in Russland bestätigt sich. • Japan: o 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. o 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 unter 1. o 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. o 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	ZIG1 FG32

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.

To Do: Presse erstellt Textentwurf zur Darstellung des Prinzips der Kontaktpersonennachverfolgung und Cluster-Vorgehen zwecks Vorstellung in einer Pressekonferenz

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
    - 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)
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]

	○ 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	**Update zum aktuellen Stand Impfen/ Impfstoffentwicklung** • Die STIKO wurde vom BMG mit der Einrichtung einer AG zu Impfthemen 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 müssen auch unpublizierte Daten der Impfstoffhersteller zur Verfügung gestellt werden. • 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 Phase2/3, 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	FG33

	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. • [redacted]	
2	**Internationales** • Außerplanmäßig für 02.06.2020 vorgesehen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse** J. Braun et al. : Presence of SARS-CoV-2-reactive T cells in COVID-19 patients and healthy (Folien hier) • 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	FG12

	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.	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • 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. • [redacted]	FG32/alle
6	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	BZgA

	Presse • 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 Freien thematisiert. • Voraussichtlich Mitte Juni wird eine umfangreiche Medienkampagne zur Corona-Warn-App starten. • [redacted] *ToDo:* FG32 (wer?) bereitet zeitnah Stellungnahme in Form eines Letter to the Editor vor (Muster für etwaige Presseanfragen) • 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 [redacted] und [redacted] vorgesehen.	Presse Alle
7	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
8	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • [redacted]	FG32

	[redacted] **b) RKI-intern** • Lagezentrum Aktivitäten und Zeiten (z.B. Lagebericht): Angesichts der aktuellen epidemiologischen Lage wird hinterfragt, ob die Erstellung des Lagebericht 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.	FG32
9	**Dokumente** • Neue KoNa Infografik zum Kontaktpersonenmanagement: 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. • Papier für Gemeinschaftsunterkünfte – Update: Aus dem Innenressort wird heute Rückmeldung erwartet, die Flüchtlingsbeauftragte soll direkt eingebunden werden.	FG37 / alle

10	**Labordiagnostik**
	• Referentenentwurf Rechtsverordnung Testung
	  • 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.
	  • Es wird ein Schwellenwert diskutiert, der Hilfestellung hinsichtlich der Aufnahme von Reihentestungen bei asymptomatischen Personen bieten würde. An einer Populationsinzidenz sei dies nicht festzunahmen. 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
		Abt. 1/alle

	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. • Die Verordnung eröffnet die Option der Umlage der Kosten vom ÖGD auf andere Kostenträger. Es könnte 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. *ToDo:* Das Lagezentrum soll Aufgabe zur Analyse der „Number needed to test“ vergeben. • 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. • 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 werde. Dies wird in die Hinweise zur Testung aufgenommen.	ZBS1 Abt. 1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • 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.	VPräs
13	**Surveillance** • Update DEMIS, Rolle von SORMAS: Im Gespräch von [redacted] und [redacted] 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.	Abt. 3

14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Grenzregime: siehe TOP 8a • 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 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.	FG32
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Dienstag, 02.06.2020, 11:00 Uhr	

180 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-06-02.pdf

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, [redacted]

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
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• 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. Armenien hat große Probleme die Maßnahmen v.a. in den ländlichen Gebieten umzusetzen. In Saudi-Arabien/Oman sind Erkrankungen unter den Gastarbeitern weiterhin problematisch.
	• Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
	  ○ 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
	  ○ In Russland ein weiterhin sinkender Trend.
	  ○ Bangladesch: Über 100 Fälle in Cox's Bazar mit sehr eingeschränkten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Positiv zu werten ist das junge durchschnittliche Alter (ca. 20 J), jedoch müssen herrschenden Unterernährung und zahlreiche weitere Erkrankungen berücksichtig werden.
	• Länder mit 700-7.000 neuen COVID-19 Fällen in den letzten 7 Tagen
	  ○ 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.
		ZIG1

- Armenien zeigt eine Zunahme auf Grund von Problemen der Umsetzung von Maßnahmen.
- Länder mit >100 Fällen und einem R eff. > 1
  - Auffällig hier Israel, Malawi, Brasilien und Zimbabwe

Übersicht der durchgeführten Tests international wird aktuell von ZIG1 bearbeitet.

National

FG32

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - 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.
  - [redacted]

	[redacted] ○ [redacted]	FG 36
	○ Ausbrüche/Beteiligung des RKI Daten/detaillierte Informationen zu Ausbrüchen tendieren unvollständig zu sein bzw. es dauert	Präs/alle

		lange bis RKI ausführliche Informationen zu Ausbrüchen bekommt. Diese Daten sind wichtig für die Lageeinschätzung, die das RKI machen muss. Einsätze von RKI-Mitarbeitern (v.a. PAE) werden durch [redacted], [redacted], [redacted] koordiniert. Es gibt eine Liste mit Verfügbarkeit von Mitarbeitern, jedoch sind die personellen Kapazitäten eingeschränkt. [redacted] 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. Selbsteinschätzung WHO/ECDC Analyse des Anteils zum Cluster gehörenden Fälle sowie der Anteil der Fälle, die auf eine community transmission hinweisen ist noch in Arbeit. Dispersion parameter k wird von [redacted] berechnet. Diese Woche findet ein Treffen mit [redacted] (Mitautor der Publikation zu dispersion parameter k/K-Wert) statt, dieser könnte als externer Experte eingebunden werden.	FG37/alle VPräs/alle
2	**Internationales (ausnahmsweise am 2.06., sonst nur freitags)** • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZIG

	• [redacted] • [redacted]	
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** [redacted] aus Zeitgründen nicht anwesend	
4	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse** 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	VPräs
5	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted] hat evt. diese Woche eine Pressekonferenz mit [redacted], daher soll es diese Woche vorbereitet werden. TODO: LZ erstellt bis morgen einen Vorschlag	VPräs/alle
6	**Kommunikation** • [redacted] 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. • 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 • Frage nach bekannter wissenschaftlicher Literatur zu Vergleichen von Häufigkeit und Vorkommen von psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Quarantäne/Isolierung und/vs. neurologischen	FG32/BZgA VPräs/Presse BZgA/alle

	Spätfolgen/Residuen nach COVID-19 Erkrankungen. Aktuell sind keine Studien dazu bekannt.	
7	**Neues aus dem BMG** • [redacted]	AL3
8	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** Gruppe Re/Deeskalation (FG36/ZIG) stellt am Freitag im Krisenstab die Weiterentwicklung der Strategieergänzung vor.	Presse/ZIG/FG36
9	**Dokumente** • 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. • 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.	FG36 FG37/IBBS/AL1
10	**Labordiagnostik** • Corona-Monitoring: 1208 Proben insg.; 2 Proben grenzwertig positiv, neue Proben angefordert. • HCW-Studie: Keine Abstriche mehr zu erwarten, ab morgen nur noch serologische Testung. • Insgesamt: 432 Proben, 60 positiv. Externe Einsender zur Nachtestung bei unklarem Ergebnis. • Primärdiagnostik: 47/359 positive Proben (13%) letzte Woche • Aktualisierung der Hinweise zu Testung soll heut nach Abstimmung mit dem Erregersteckbrief um Widersprüche in den Dokumenten zu vermeiden online gestellt werden. • Konkretes Rechenbeispiel zu „Number needed to test“ um einen weiteren Fall zu verhindern steht noch aus.	ZBS1 AL 1 VPräs/FG32
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	

13	**Surveillance** •	
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	

182 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-06-03.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Vortrag aufgrund von Krankheit entfallen **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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. ○ [redacted]	FG32

- Analyse der Ausbruchssettings:
  - 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:
  - 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:
  - 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.
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - 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) ▪ 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. ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ 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.	AL3 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse** • Nicht besprochen	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG32/alle

	[redacted]	
6	**Kommunikation** [redacted] **Presse** • [redacted] hat einen Brief an die Datenjournalisten vorbereitet, der gerade bei [redacted] zur Abstimmung liegt. • Nächsten Dienstag finden Wartung am Redaktionssystem des Internets statt – 3h lang kann nichts auf der Webseite verändert werden. **Weitere Themen:** • [redacted]	[redacted] Presse Bundeswehr

	[redacted] • 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). • Die geplante Publikation der Bill and Melinda Gates Foundation wird derzeit kommentiert. • 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 [redacted] eine Vorab-Information des BMGs gewünscht. Ist aber nicht für alle RKI-Tätigkeiten machbar.	FG32 FG37/AL3
7	**Neues** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]
8	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • 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	FG36/alle

	für Berichtsartefakte etc. Zu diesen Themen sollte es mit dem ECDC einen Austausch geben. *ToDo: FG32 und AL3 erarbeiten Vorschlag zur Bewertung von Community Transmission.* **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
9	**Dokumente** • Nowcasting/R Bericht für die Bundesländer (R nicht mehr ausweisen bei kleinen Fallzahlen in den letzten 8 Tagen, da dann evtl. irreführend) ○ [redacted] hat vorgeschlagen, dass bei Fallzahlen unter 16 der R-Wert nicht mehr ausgewiesen werden sollte. ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Es wird in der AGI angekündigt, dass die Ausweisung eines R-Wertes unterhalb der genannten Grenzen nicht sinnvoll ist und eingestellt werden soll. *ToDo: FG32 bringt die Thematik in die AGI ein.* • Überarbeitung der Dokumente bezüglich Aerosole ○ 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 Hygienedokument 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. *ToDo: FG14 und FG36 erstellen zusammen mit Presse einen Vorschlag für FAQs zu Aerosolen.* ○ 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 Präzizierung und keine Trendwende bezüglich der Übertragungsart.	AL3 IBBS
10	**Labordiagnostik** • Reihentestung – nicht besprochen	AL3

	• Konkretes Rechenbeispiel zu „Number needed to test“ um einen weiteren Fall zu verhindern: [redacted] hat mit [redacted] gesprochen, es gibt aber noch keine weiteren Informationen dazu.	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Fachgruppe Intensivmedizin, Infektiologie und Notfallmedizin – (COVRIIN) ist öffentlich benannt und aktiv. Ein Link findet sich auf der Internetseite unter dem Punkt Therapie/Versorgung.	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • 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.	FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum** • AGI und EpiLag werden ab dieser Woche nur noch einmal wöchentlich eine TK abhalten. • Am WE soll es im LZ nur noch eine Schicht (10-17 Uhr) geben. Persektivisch sollte das LZ auch unter der Woche nur noch mit einer Schicht arbeiten - Aufträge aus Randzeiten bräuchten längere Bearbeitungsfrist. • Grundsätzlich wäre es hilfreich, wenn die Liaisonpersonen darauf hinarbeiten in alle Aufträge eingebunden zu sein und auf machbare Fristen achten. • 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 • [redacted] • 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 grds. geklärt werden. • Der Lagebericht könnte aber grundsätzlich gestrafft/reduziert werden, mache Teile müssen ggf. nicht jeden Tag berichtet werden.	FG32

	• [redacted]	
16	**Wichtige Termine** • AGI-TK 13:00-15:00 • ALM e.V. Pressekonferenz zu Laborfragen und Testzahlen 12:00-13:00 • [redacted]	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 05.06.2020, 13:00 Uhr[redacted]	

184 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-06-05.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZGA

- [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • 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	ZIG1

	gewesen. Es wird darauf hingewiesen, dass die Massentestung in Zusammenhang mit großer Angst vor einer 2. Welle einzuordnen ist. Eine weitere Diskussion der Massentestung wird vertagt, bis wissenschaftliche Publikationen dazu zur Verfügung stehen. **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • SurvNet übermittelt: 183.271(+507), davon 8.613 (4,7%) Todesfälle (+32), Inzidenz 220/100.000 Einw., ca. 168.500 Genesene, Schätzung der Reproduktionszahl (R) = 0,68 (95% KI 0,56-0,83), Schätzung 7-Tage-R = 0,83 (95% KI 0,76-0,93), (Stand 05.06.2020) • DIVI: 595 Personen aktuell auf ITS, davon beatmet: 339 • Der rückläufige Trend hält an, nur noch NW im 3-stelligen Bereich bezüglich der Differenz zum Vortag. Dabei ist zu beachten, dass freitags regelmäßig die höchsten Werte in der Woche zu beobachten sind. Auch der R-Wert ist rückläufig. • 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum zeigt einen abfallenden Trend. In der geografischen Verteilung sind SK Bremerhaven, LK Coburg und LK Göttingen auffällig mit Inzidenzen über 25/100.000 Einwohner, während 119 Kreise keine Fälle übermittelt haben. • Im Vergleich zur Vorwoche sieht man einen Rückgang in fast allen BL. Der Großteil von Deutschland hat ein geringes Infektionsgeschehen. • Aktuelle Ausbrüche: ○ [redacted] ○ [redacted]	FG32

	○ [redacted]	FG37
	• 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. ○ [redacted]	FG32 / alle

	○ 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. [redacted] ○ 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. • 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. • [redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted]	ZIG

	[redacted]	
3	**Update digitale Projekte** • 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. [redacted] • Die Priorisierungsproblematik ist gut bekannt, vielfach bestehen konkurrierende Arbeitsaufträge (Corona-Warn-App, SORMAS, DEMIS, Impfkonzepterstellung), die von den jeweiligen Referaten als oberste Priorität ans RKI herangetragen werden. Darauf kann seitens des RKI kein Einfluss genommen werden. • 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. • 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 anschließender Evaluation weiterhin denkbar. Weder Pilotphase noch Evaluation sind aktuell vorgesehen. • Es wird angeregt, ein Konzept zum Krisenmanagement hinsichtlich der Corona-Warn-App zu erstellen. *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.*	FG21 alle
4	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse** • 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) Der Review basierend auf einer systematischen Literaturrecherche von Studien im Gesundheitswesen (Zeitraum	FG14

	von 2003 bis Mai 2020) stützt bisherige Erkenntnisse zu Abstandsregeln, Nutzung von Gesichtsmasken und Augenschutz. Mindestens 1 Meter Abstand, besser 2 Meter wären sinnvoll (moderate Evidenz). Ein Augenschutz hatte in health care settings einen leichten zusätzlich protektiven Effekt. • Die WHO gibt heute neue Empfehlung heraus, die sich mit Masken befasst (Patienten und Angestellte sollen MNS im KH tragen).	Präs
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Braucht die aktualisierte Version (Herunterstufung) noch eine eingehendere fachliche Begründung? Der Krisenstab stimmt der neuen Risikobewertung prinzipiell zu. Die geeignete begleitende Kommunikationsform (Tweet oder Pressemitteilung) wird noch diskutiert. [redacted] [redacted] *erstellt Vergleich mit Risikobewertungen des ECDC und anderer Länder (Aufgabe ID 1289).*	alle
6	**Kommunikation** • Aktuell gehen viele Anfragen zu Schulschließungen ein, dabei wird auf vorliegende Dokumente verwiesen. • 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. • [redacted]	Presse
7	**Neues aus dem BMG** • [redacted] • 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. • [redacted]	[redacted]

	• 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. • [redacted] • 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.	FG32
8	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** Strategie COVID-19-Response • In der AG Deeskalation sind Überlegungen zu möglichen Szenarien, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen bis April 2021 in einem Strategiepapier zusammengestellt worden. Ziel ist, die Fallzahlen so niedrig wie möglich zu halten. Eine 2. Welle wird nicht aktuell, sondern eher ab Oktober erwartet. • 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). • 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	ZIG

	Jugendlichen, Saisonalität von COVID-19, Grenzöffnungen und Mobilität, Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. • 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. • Es wird vorgeschlagen, die Stärkung des ÖGD stärker zu betonen. Angesichts der in Ausbruchsgeschehen gewonnenen Erkenntnisse liegen lokal häufig strukturelle Mängel vor (kein Amtsärzt, schlechte Ausstattung), die die Durchführung von Infektionsschutzmaßnahmen erschweren. • 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. • Es wird angeregt die Überschrift „Strategie Covid 19 Response“ zu überdenken, ggf. eher Handlungsfelder für ein Leben mit SARS-CoV-2 beschreiben. • 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.	Alle
	b) RKI-intern [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted] VPräs/alle

	[redacted] *ToDo: [redacted] spricht mit [redacted] bezüglich Umgang mit IFG-Anfragen.*	

9	**Dokumente**
	• Nowcasting/R Bericht für die Bundesländer (R nicht mehr ausweisen bei kleinen Fallzahlen in den letzten 8 Tagen, da dann evtl. irreführend)
	  • 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 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.
	  • 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.
	ToDo: Leitung klärt, ob die Berichterstattung auf einen R-Wert beschränkt werden kann.
	• Hygienedokument angepasst / Aerosole
	Das Dokument wurde mit [redacted] abgestimmt.
	Der Krisenstab stimmt der Veröffentlichung zu.
	• Anpassung des Steckbriefs
	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.
	Es wird vorgeschlagen, den Rhythmus der Aktualisierung auf 14-Tage zu verlängern. Der Krisenstab stimmt diesem verändertem Rhythmus zu.
		FG34
		
		FG14
		
		FG36

10	**Labordiagnostik** • Reihentestung: *nicht besprochen* • 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. • Bei FG17 sind 228 Einsendungen eingegangen, davon 4 RSV positiv, kein Sars-Co-V-2 Nachweis.	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Wiederaufnahme Kontaktpersonennachverfolgung im Flugverkehr ab 16.06.2020 geplant. *Diskussion auf 08.06.2020 vertagt.* • [redacted]	FG32
15	**Information aus dem Lagezentrum** • Die Reduktion des RKI-Outputs wurde bisher nicht mit [redacted] 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. *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.*	FG32/Präs/ alle
16	**Wichtige Termine** •	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 08.06.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	

186 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-06-08.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • 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	ZIG1

	Risiko und Personen mit respiratorischen Symptomen empfohlen. • Nicht-medizinische Masken werden für die allgemeine Bevölkerung in Gebieten mit „community transmission“ und fehlender oder eingeschränkter Möglichkeit der physischen Distanzierung sowie in Settings mit hoher Bevölkerungsdichte empfohlen. • 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 für eine Maske würden für viele Patienten z.B. einen zu	FG14/FG36/ alle

	hohen Atemwiderstand ergeben. Der Krisenstab spricht sich dagegen aus, konkrete Empfehlungen zum Aufbau nicht-medizinischer Masken zu geben. • 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. *ToDo: FG14 stellt die Empfehlung der Bundes-Zahnärztekammer zur Verfügung.*	FG32
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • 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 • [redacted] • 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 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. [redacted]	

- Aktuelle Ausbrüche:
  - [redacted]
  - [redacted]
- 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 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.
  - 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.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** Corona-Warn-App (Stand, Diskussion) • 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. • 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 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. • 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. • 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 [redacted] (FG32) werden an der AGI teilnehmen. • [redacted] wird im Laufe der Woche an einer Telefonkonferenz zwischen [redacted] und GÄ zu diesem Thema teilnehmen.	FG21 FG32 Präs

4	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse** • Nicht besprochen.	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • 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 [redacted] erfolgt. • Es wird angeregt, den allgemeinen Satz zur weltweiten Reisewarnung des AA zu streichen.	VPräs/Präs Presse
6	**Kommunikation** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Am Dienstag, den 09.06.2020 sind im Zeitraum von 16 bis 19:00 Uhr Wartungsarbeiten an der Webseite geplant. • 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“. *ToDo: FG32 erstellt einen Vorschlag zur Einschätzung der Situation im Lagebericht.*	BZgA Presse
7	**Neues aus dem BMG** • Das Grenzregime in Drittstaaten bestimmt weiterhin die Agenda, dabei soll die Teststrategie berücksichtigt werden. [redacted] Daher wird aktuell der Nachweis eines negativen Befundes bei Einreise	[redacted]/

	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. • 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. • 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.	
8	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** Nicht besprochen. **b) RKI-intern** [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted]	FG32/BMG/ alle
9	**Dokumente** • Nicht besprochen.	
10	**Labordiagnostik** • 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	ZBS1

	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. • Bei FG17 sind 221 Einsendungen, davon sind 4 RSV-positiv und 5 Rhinovirus-positiv, es gab keine SARS-CoV-2-Nachweise.	FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	

14	**Transport und Grenzübergangsstellen**
	• 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.
	• [redacted]
	  • [redacted]
	  • Es ist 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.
		FG32

15	**Information aus dem Lagezentrum** • Es ist geplant, mithilfe eines Fragebogens Feedback zur Wahrnehmung aktueller Arbeitsherausforderungen als auch Anregungen zur Verbesserung der Lagebewältigung am RKI	FG32

	während der COVID-19-Lage zu gewinnen. Die Federführung für den Fragebogen liegt bei [redacted] (FG32).	
16	**Wichtige Termine** • AGI-Sitzung, diverse TKs mit BMG, Krisenstabssitzung BMG - BMI,…	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.06.2020, 11:00 Uhr[redacted]	

188 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-06-10.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen bleiben konstant • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner: o Hotspot Lateinamerika mit 30% der Fälle weltweit. o In Afrika erscheint die Lage kontant 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. • Länder mit über 70.000 neuen COVID-19 Fällen in den letzten 7 Tagen: o Brasilien veröffentlicht auf der offiziellen Webseite der MoH keine kumulativen Fallzahlen mehr, es werden nur tägliche Zahlen nach Regionen veröffentlicht. o In den USA ist seit zwei Wochen wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Es gibt einige Bundesstaaten mit stärkerer Tendenz (z.B. Texas) • Länder mit 7.000 – 70.000 neuen COVID-19 Fällen in den letzten 7 Tagen: o Starke Tendenz in Bangladesch, Indien und Pakistan, in Bangladesch gab es im Rohingya-Flüchtlingscamp (>1 Mio Menschen) einen ersten COVID-19-Todesfall. o Im Iran zeigt sich nach den Lockerungen eine zweite Infektionswelle. o In Schweden gab es in der letzten Woche eine starke Zunahme. • 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. **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • 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) • Nur noch ein BL (NW) mit über 100 neu übermittelten Fällen. Bei kleinen Fallzahlen schnell großer prozentualer Anstieg zwischen Meldewochen sichtbar (vgl. MV).	ZIG1 FG32

- 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.
- 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.
- Aktuelle Ausbrüche:
  - [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 in ARS (auf Freitag verschoben)
- Nachfrage zu Höhe der Untererfassung:
  - 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: o Am Montag wird es einen Termin mit [redacted] und [redacted] geben bei dem die GÄ direkt über die Corona-Warn-App informiert werden sollen. Dazu soll ein Infoflyer erarbeitet werden (von BMG und BKAmt) in den die Empfehlungen des heute im Krisenstab diskutierten Papiers eingearbeitet werden. [redacted], gibt das Papier nach Abstimmung an BMG/BKAmt weiter, wo der Infoflyer erstellt wird. o Dienstag Pressekonferenz im BKAmt mit [redacted], [redacted], [redacted], sowie [redacted]. 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. o 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. o Es wird eine große Pressekampagne vom Bundespresseamt und BKAmt 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 Gesundheitsdienst“ wurde diskutiert. • 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	FG37/alle

	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 KPII 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, das kann man aber im weiteren Verlauf überlegen. Zunächst sind aber Studien ggf. der bessere Weg. • 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. *ToDo: FG37 finalisiert das Dokument und sendet es an* [redacted]. • 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	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse** • Nicht besprochen	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • 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. [redacted] • [redacted]	FG32 ZIGL
6	**Kommunikation** **BZgA** • 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. **Presse** • 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.	BZgA Presse
7	**Neues aus dem BMG** • [redacted] • [redacted]	[redacted]

	[redacted] • [redacted] • [redacted] • Angebot von [redacted] an [redacted] für eine Zusammenarbeit in dem Punkt. [redacted]	
8	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • [redacted] hat um ein Update zum Strategiepapier-Entwurf gebeten. Die Kommentare wurden bis zum 09.06. gesammelt und [redacted] 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: ○ [redacted] **RKI-intern**	ZIGL FG32/alle

	• Nicht besprochen	
9	**Dokumente** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • 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). • 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.	AL1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Lagebericht: ○ Formulierungsvorschlag von [redacted] zum allgemeinen Trend der Fallzahlen soll aufgenommen werden. Die Formulierung dazu sollte durch die Schichtleitung bzw. [redacted] überprüft werden. ○ Es gibt zudem Thementage im Lagebericht: am Di wird ein Wochenvergleich durchgeführt. Eine Graphik mit dem Fallzahlen pro Meldewoche zur Darstellung des Trends ist erstellt und kann nach finaler Freigabe aufgenommen werden. ○ Vorschlag, dass eine Anmerkung zu den Schwerpunkten an den Wochentagen eingefügt wird. *ToDo: LZ/Position Lagebericht fügt Anmerkung zu den Schwerpunkten an den verschiedenen Wochentagen in den Lagebericht ein.* • 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.	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Siehe Diskussion unter RKI-Strategie	
15	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine**	

	• Nicht besprochen	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 12.06.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	

190 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-06-12.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*12.06.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • ECDC-Report SARS-CoV-2 (vom 12.06.2020, Folien hier): o Folien zu 14-Tages Inzidenzen in Europa (S.13) und die Veränderung der 14-Tages Inzidenzen von Woche 21/22 zu Woche 22/23 (S.14) o Transmission Status der einzelnen europäischen Länder (S.15): Im Moment ist in Deutschland noch Community Transmission ausgewiesen. Es muss besprochen werden, wann und unter welchen Bedingungen dies geändert werden soll. *ToDo: soll nächste Woche im Krisenstab besprochen werden* o >50/100.000 in 7-Tagesinzidenz (S.16): nur in Qatar, Bahrain, Chile, Armenien, Oman, Kuweit, Peru, Brasilien, Panama, Saudi Arabien, Schweden und Weißrussland liegt die Inzidenz über 50. o Von ZIG gibt es eine Folie, bei der in sehr bevölkerungsreichen Staaten, die Regionen weiter runtergebrochen werden. Hierfür werden ECDC Daten verwendet. Für USA und Russland wurden die Inzidenzen bereits nach Regionen ausgewiesen, geplant ist dies auch für Brasilien und Indien. China wäre evtl. auch sinnvoll, warten auf Kommentar von BMG. *ToDo: ZIG zirkuliert die Folie* **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 185.674 (+258), davon 8.763 (4,7%) Todesfälle (+8), Inzidenz 223/100.000 Einw., ca. 171.600 Genesene, Reff=0,87 , stabileres R = 1,04 o 447 Patienten sind aktuell noch auf ITS. o Fälle und Todesfälle pro Bundesland: ▪ Datenkorrektur aus Brandenburg, keine Übermittlung aus RP, Differenz zum Vortag in keinem BL im 3stelligen Bereich. o Schätzung der Reproduktionszahl: ▪ Insgesamt langsame Annäherung an1. ▪ 7-Tages R-Wert ist höher als 4-Tageswert, dies muss kommentiert werden. ▪ Es könnte sich um ein Echo des mehrfach erhöhten 4-Tages R-Wert handeln.	FG32 ZIG FG32

	▪ Der R-Wert sollte nicht überinterpretiert und der Blick auf die absoluten Zahlen, die sich fast nicht geändert haben, sollte nicht verloren gehen. ▪ Wie sich die relativ großen Massenveranstaltungen an den letzten 2 Wochenenden auswirken werden, kann nicht vorhergesagt werden. ▪ Der R-Wert ist in einzelnen BL unterschiedlich, bei einigen ist R über 1. Die absoluten Fallzahlen sind gering. Der R-Wert wird für BL nicht berechnet, wenn die Fallzahl unter einer bestimmten Grenze liegt. ▪ Generell soll vom 4-Tages R-Wert zum 7-Tages R-Wert gewechselt werden. ▪ Argumentation im Lagebericht: Der 7-Tages R-Wert folg mit gewisser Verzögerung dem 4-Tages R-Wert, der in den letzten Tagen relativ hoch war. Die Fallzahlen sind gering, jedoch nicht weiter zurückgegangen, sondern stabil geblieben. *ToDo: vorabgestimmter Beitrag hierzu für Lagebericht* ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum bundesweit: ▪ leichter Rückgang setzt sich fort ○ Landkreise mit 7-Tage-Inzidenzen > 50 bzw. > 35 Fälle /100.000: ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted]: unklar, ob Unterstützung durch RKI erwünscht ist, zunächst Ablehnung durch GA, dann doch Bitte um Unterstützung bei der Vorbereitung einer Massentestung an einer Schule, zunächst für Freitag, nun sollen am Montag 2 Containment Scouts und 2 WA bei der Auswertung unterstützen ▪ Mehrere kleinere Ausbrüche ○ Ausbruchssettings aus SurvNet ▪ Bitte um vollständigere Angaben aus den GA ○ Sterbefallzahlen in Deutschland: ▪ liegen nicht so zeitnah vor, wie bei EUROMOMO benötigt • Laborbasierte Surveillance in ARS ○ Testverzug, d.h. Verzögerung zwischen Entnahme und Testung, ist stabil unter 1 Tag. ○ Anzahl Testungen ging geringfügig zurück. In Woche mit Feiertagen findet man generell eine Reduktion der Tests. ○ Anteil der pos. Testungen an allen Testungen, nimmt weiter ab und liegt sehr deutlich unter 5%.	FG37

	○ Der Anteil positiver Proben ist in den BL relativ stabil und auch in Thüringen wieder zurückgegangen. ○ Anzahl Testungen ist in der höchsten Altersgruppe > 80 geringfügig zurückgegangen. In dieser Altersgruppe wird immer noch auf hohem Niveau getestet. ○ Anteil positiv getesteter Personen liegt bei allen Altersklassen im Bereich von 2,5%. Die Verteilung der Testungen ist also relativ gut. ○ Die Altersgruppe 5-14 kreuzt die Kurven geringfügig, dies sollte genauer betrachtet werden, da hiervon Schulen betroffen sind. • Frage von Seiten der Presse: wie soll der steigende Anteil von Kindern und Jugendlichen erklärt werden (2 Anfragen von taz und Tagesspiegel von Dienstag als Aufgabe an [redacted] vergeben) ○ Es gibt Ausbruchgeschehen in Kitas und Schulen, dies hat mit der Zunahme von Kontakten zu tun. ○ Eine engere Zusammenarbeit mit den Ländern ist geplant, um Qualität und Vollständigkeit zu verbessen und mehr Informationen zu den Geschehen zu erhalten. [redacted] Im Moment handelt es sich eher um episodische Geschehen, dies muss zunächst über einen gewissen Zeitraum beobachtet werden. ○ Meldungen nach Altersgruppe: der Anteil mag sich erhöhen, die Fallzahlen sind jedoch sehr klein, insgesamt abnehmenden Fallzahlen. ○ Effekt einer verstärkten Testung kann auch dazu beitragen, in verschiedenen Ländern sind Studien hierzu angelaufen. ○ Die Testzahl hat in ARS jedoch nicht deutlich zugenommen (wenn auch keine 100% Erfassung). ○ In der Antwort soll folgendermaßen argumentiert werden: Insgesamt sinken die Fallzahlen auch in dieser Altersgruppe, sowie in allen Altersgruppen. Bei den <20 Jährigen gehen die Fallzahlen jedoch nicht ganz so stark zurück, dadurch steigt ihr Anteil. *ToDo: Längerfristig sieht sich FG36 den Verlauf genauer an und arbeitet an mehr Information.* • Die Altersverteilung soll im Lagebericht nächsten Mittwoch vorsichtig interpretiert werden.	Presse / FG36
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] • In Afrika wird eine neue COVID-Welle befürchtet, dies spiegelt sich in Hilfegesuchen aus Afrika wieder. • In Südafrika wurden die Corona-Einschränkungen gelockert, was zu einem Anstieg der Fälle führte. ZIG steht im Austausch mit	ZIG

	Südafrika hinsichtlich serologischer Studien. Südafrika hat sich auch für Vaccine-Studien angeboten und wurde hierfür ans PEI vermittelt. • Auch aus Äthiopien wird ein rapider Anstieg an Fällen gemeldet, wobei die Fallzahlen im Moment noch nicht so hoch sind. Allerdings findet auch wenig Testung statt. • [redacted] • [redacted]	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ○ Nicht besprochen	FG21
4	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse** • Nicht besprochen • Die Mehrheit ist dafür den Tagesordnungspunkt auf freiwilliger Basis beizubehalten. In der Krisenstabsitzung soll jeweils für den folgenden Termin abgefragt werden, ob eine Publikation vorgestellt werden soll und wenn ja, wer sie vorstellen wird. Nächste Woche sollte die Publikation in Nature zur Wirksamkeit von nicht pharmazeutischen Maßnahmen vorgestellt werden https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7_reference.pdf *ToDo:* [redacted] *soll für Freitag ein paar Folien vorbereiten oder die Aufgabe an einen der anderen Modellierer weiterleiten*. • Am Montag wird [redacted] die Publikation in Eurosurveillance zur Evaluation der Maßnahmen in England vorstellen.	Alle
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Kommunikationsstrategie ○ [redacted] ○ [redacted]	Alle
6	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] **Presse** • Kommunikationsaktivitäten zur CoronaWarnApp	[redacted] Presse / ZIG / Alle

	○ [redacted] hat ein detailliertes Konzept entwickelt, wie mit Anfragen bzgl. der App umgegangen werden soll. ○ Interviewanfragen werden an [redacted] und [redacted] weitergeleitet. Technische Anfragen können an die Hotline der Telekom weitergeleitet werden. ○ Für inhaltliche Fragen der Ärzte und Gesundheitsämter wurden Mitarbeiter abgeordnet. Sie werden räumlich im IT-Schulungsraum am Nordufer sitzen. ○ Es wurde eine SOP erstellt mit Telefonnummern, Email-Adressen und Namen der Organisationsgruppen. Das Lagezentrum ist über die Abläufe informiert. • Flyer zur CoronaWarnApp für GA und Ärzte ○ 1. Version des Flyers wurde erst gestern zur Verfügung gestellt, deshalb waren in dieser Version keine Überarbeitungen mehr möglich. Der Flyer wird in 2 Wochen wieder überarbeitet. ○ Was passiert mit jemandem der ein erhöhtes Risiko hat? In der App wird zunächst an den Hausarzt, dann an das GA verwiesen. Der Hausarzt führt ein Beratungsgespräch, bei Symptomen findet eine Testung im Rahmen der Behandlung statt. ○ Bei asymptomatischen Fällen wäre ein Gespräch mit dem GA über die Kontaktsituation sinnvoll. Evtl. könnte so eine Kategorisierung vorgenommen werden. ○ Nach Möglichkeit sollen die Personen zuhause bleiben. Von Arbeitgeberseite bestand die Sorge, dass sie dafür die Kosten zu tragen haben. Das GA kann Quarantäne anordnen. ○ Dafür dass symptomatische Personen zum Hausarzt gehen sollen und asymptomatische sich ans GA wenden sollen, gab es gestern keine Einigung mit dem BMG. Die Punkte wurden bewusst offen gelassen. ○ Am 17.06.2020, von 14–15:30 Uhr findet ein Webinar zur WarnApp statt: [redacted] kann teilnehmen. *ToDo:* [redacted] *spricht* [redacted] *und* [redacted] *an.* • Am Dienstag, um 10:30 Uhr findet im Bundespresseamt eine Pressekonferenz statt. • [redacted] • Es soll einen Algorithmus zur Bewertung der Reiserückkehrer geben, am Mittwoch findet hierzu ein Gespräch mit [redacted] statt.	Bundeswehr ZIG
7	**Neues** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	BMG-Liaison

	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
		ZIG

8	**RKI-Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	• Nicht besprochen
	
	b) RKI-intern
	• Kritik [redacted]
	  ○ Es gibt ein Zitat aus einer dpa-Meldung mit dem Vorwurf, dass keine klaren Informationen verfügbar sind, was das RKI macht, um die Länder zu koordinieren.
	  ○ [redacted]
	  ○ Die Kritik aus RP richtet sich nicht nur ans RKI, sondern auch an die eigene Organisation der Länder.
	• ÖGD-Kontaktstelle - UpDate
	  ○ Mündliche Rückmeldung vom BMG: das Konzept geht in die richtige Richtung. Die Zwischenfinanzierung bis zum Haushalt 2021 ist noch unklar. Die Unsicherheit erschwert die Planung, es muss mit einem Provisorium begonnen werden.
		Alle

9	**Dokumente** • CoronaWarnApp „Handreichung für ÖGD“ ○ siehe oben • Hinweise für Gemeinschaftsunterkünfte – Entwurf in Medien	FG32

	○ [redacted] ○ [redacted]	
10	**Labordiagnostik** • Die Corona-Monitoring-Studie ist abgeschlossen, ca. 2.000 Proben wurden untersucht, davon 2 mit grenzwertigem Ergebnis. • Im Rahmen der Health Care Worker Studie wurden 1.101 Proben untersucht. Positive und grenzwertigen Proben werden nachgetestet. • Letzte Woche sind 137 Proben eingegangen, 16% waren positiv. Der Anteil positiver Proben liegt meistens über dem bundesweiten Schnitt. Es stellt sich die Frage, ob die Berliner GA die Proben vor allem im Rahmen von Ausbruchsuntersuchungen abnehmen. [redacted] • Zurzeit werden Vergleichsuntersuchungen nach WHO Standards und ein Ringversuch des ECDC bearbeitet. • Bei FG17 sind 213 Proben eingegangen, davon kein SARS-CoV-2 Nachweis.	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Jeden Donnerstag findet eine TK mit der AG der IGV-benannten Flughäfen statt. Ein hier entwickeltes Konzept wird nächsten Dienstag der AGI vorgelegt, vorgeschlagen wird das Tragen eines Mund-Nasenschutzes auf Flughäfen und im Flugzeug. Sobald das Konzept fertig ist, soll es auf die Webseite gestellt werden. • Quarantäneverordnung ○ Eine Problematik ist die Definition der Risikogebiete. Durch die Testungen, die für das Exit-Screening verwendet werden sollen, würden Laborkapazitäten überstrapaziert werden. Aufgrund von Gerichtsurteilen wurden Ausnahmen, z.B. für das Flugpersonal stark reduziert. • Kommunikation / Vorgehen an Grenzen	FG32

	○ Die Handzettel und Poster für Reisende werden aktualisiert, hierzu gibt es Rückmeldungen von BMG und den Ländern. Die Übersetzungen müssen zeitnah verfügbar sein. Vermutlich werden sie zunächst nur Deutsch, Englisch und Türkisch vorhanden sein, der Rest wird nachgereicht. • Die GA, die für Flughäfen zuständig sind, würden sich ein einheitliches Vorgehen wünschen, ist jedoch in Länderhoheit.	
15	**Information aus dem Lagezentrum** • Deeskalation des Lagezentrum ○ Die Outputs sollten in Frequenz und Umfang deutlich reduziert werden. Unter anderem sollte der Lagebericht am Wochenende sehr verkürzt werden. ○ Perspektivisch sollte die Besetzung des Lagezentrums auch unter der Woche auf eine Schicht reduziert werden und auf die Wochenenden sollte ganz verzichtet werden. ○ Dies soll nächste Woche mit dem BMG besprochen werden. Das BMG selbst verkleinert sein Lagezentrum, zeitgleich werden die Aufgaben des RKI immer mehr. ○ Vermutlich lassen sich diese Pläne in der aktuellen Situation: Start der App, Wiederaufnahme der Reisetätigkeiten, Grenzöffnungen nicht sofort umsetzen. ○ Der interne Lagebericht des BMG wird angepasst. Die Änderungen müssen berücksichtigt werden. ○ Es gab eine Anfrage der AFD: wie viele Todesfälle sind auf verschobene elektive Operationen zurückzuführen, gibt es hierzu Information? Antwort: nein. ○ Bitte von [redacted] um eine andere Organisation des Lageberichts: ▪ Der erste Satz soll überarbeitet werden, da er schwer zu verstehen ist. ▪ Der Block mit deskriptiven Meldedaten sollte von dem Teil abgesetzt werden, bei dem die Meldedaten durch andere Datenquellen ergänzt werden. Bei Fragen gerne an [redacted] oder [redacted] wenden.	FG32
16	**Wichtige Termine** • WHO Europe/ECDC COVID-19 network meeting *(TN:* [redacted] • HSC Audio Meeting *(TN:* [redacted] / [redacted] *)*	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 15.06.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	

192 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-06-15.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  • 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 zunehmen 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

	• Seit heute werden auf der RKI Internestseite wieder Risikogebiete ausgewiesen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html). [redacted]
	• [redacted]
	
	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  • 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 Anzahl.
	  • Die 7-Tage-Inzidenz für ganz Deutschland ist abnehmend. In Bremen und Berlin liegt die Inzidenz höher als in
		FG32, alle

anderen Bundesländern.

- [redacted]
  - [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- 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.

	ToDo: Die graphische Darstellung der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer soll zukünftig in dem Lagebericht eingefügt werden. • 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. • 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. [redacted] • 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. • 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.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Letzte Woche hat sich die Kommunikationsfirma stärker eingebracht, um das RKI [redacted] 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. • Durch die Einbindung von [redacted] soll die Seite der 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 werde 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. • In einer 1-stündigen Videokonferenz mit 200 Gesundheitsämtern hat [redacted] und [redacted] 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	FG21

	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. • 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 (bekannten) 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 vorhanden Flussschema aufgenommen werden kann oder ein separates Dokument erstellt werden sollte. Es gibt heute einen ersten Aufschlag. • 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 dien versendeten QR Codes für die Testergebnisse genutzt werden. • Es sind einige Personen vom Lagezentrum der Corona-Warn-App zugeteilt worden. Der Aufwand für das Lagezentrum sollte daher reduziert werden. *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.*	
4	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse** • [redacted] 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 Einsetzten der Maßnahmen kam es zu einen Anstieg	FG32

	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. • 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.	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted]	Alle
6	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • 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. • Dokument zu Gemeinschaftsunterkünften: Das noch unveröffentlichte Dokument (in der Version 07.05.2020, mit „Entwurf“ gekennzeichnet) ist im Internet aufgetaucht. [redacted]	[redacted] Presse, alle
7	**Neues** [redacted] • [redacted]	BMG-Liaison

	• [redacted] • [redacted] • [redacted]	
8	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	Alle
9	**Dokumente** Entlassungskriterien: • 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 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 einen CT-Wert von 15 nach 55 tagen noch Virus anzüchtbar war. Die Ergebnisse sollen bald publiziert werden. • 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	ZBS1, IBBS

	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. • 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. • 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. • 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. • 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. *ToDo: Bitte Rückmeldungen zu dem Dokument an [redacted] senden.*	
10	**Labordiagnostik** • [redacted] • [redacted] • 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. • [redacted]	ZBS1 FG17

	[redacted] • [redacted]	Präs
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • 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 Ausbaustufe eingebaut. [redacted] s gibt 4 Wochen Zeit zur Klärung. Die 1. Ausbaustufe kann aber unabhängig davon implementiert werden.	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Quarantäneverordnung – *nicht besprochen* • 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, [redacted]	

194 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-06-17.pdf

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:	[redacted]

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
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • 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 16.06.2020 2 aus UK über Australien importierte Fälle gemeldet. Die beiden Personen hätten keinen Kontakt zu anderen Personen gehabt. • 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.	ZIG1 alle

	• 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. **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • 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. • [redacted] • 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 Sonneberg und Coburg stärker auffällig als in der aktuellen KW. • [redacted] • 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.	FG32

- 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:
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]

	[redacted]
	• 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** • [redacted] • 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.	[redacted] Alle

	• 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. • [redacted] • [redacted]	Presse ZIG/Presse/ alle
7	**Neues** [redacted] • [redacted] • [redacted] • 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	BMG-Liaison

	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.	alle
8	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • 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. [redacted] • 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 [redacted] 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.	FG32/Presse /alle

9	**Dokumente**
	• Vorstellung Strategiepapier: *vertagt auf Freitag*
	• Handreichung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit Personen mit der Meldung „erhöhtes Risiko“ einer SARS-CoV-2-Infektion (Corona-Warn-App, CWA)
	  • 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?
	  • 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).
		ZIG
		
		FG37

	• 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 letzten Tag des Risikokontakts. • 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 Flussschema zu erstellen.	
10	**Labordiagnostik** • 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. [redacted] 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 Gangelt 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	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** Laborbasierte Surveillance ARS (Folien hier) • 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. • [redacted] • 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 könnte. • 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). [redacted] • 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.	FG37 FG32/AL1

	DEMIS • 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. Syndromische Surveillance (Folien hier) • 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). • 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. • 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. *ToDo*: FG36 wird am kommenden Montag Ergebnisse zur Auswertung der Daten bei Kindern vorstellen.	FG32 FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • [redacted]	FG32
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 19.06.2020, **11:00 Uhr** (neu), [redacted]	

196 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-06-19.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG35
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- Abt. 3
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/ letzte 7 Tage, >8 Mio. Fälle, Top 3 Brasilien, USA, Indien ▪ Chile: 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 ▪ USA: >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 Stark ansteigende Tendenz in manchen Staaten evtl. in Verbindung mit Maßnahmenlockerung, Testungen >26 Mio., positiver Anteil ca. bei 10% ▪ Schweden: 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,	ZIG1 FG32

Positivanteil 12%
→ 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 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)
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - 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

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- 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, [redacted] koordiniert, das Ausbruchsteam ist bereit
- Genaues Amtshilfeersuchen wird abgewartet um zu verstehen, was vom RKI erwünscht ist
- [redacted]

- Auch andere große Ausbrüche in Deutschland sollten analysiert werden um nicht einen möglichen Trend zu verpassen
- [redacted]
- 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 • Testkapazität und Testungen: Positivrate liegt bei 0,8%, >2.600 positiv, >320.000 Testungen (insgesamt >5 Mio.)	
2	**Internationales (nur freitags)** [redacted] **Andere internationale Neuigkeiten** [redacted]	

	• 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	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**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 Todesfall-verlaufszahlen 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: o Von Sterbefällen wird auf R zurückgerechnet, zentrale Annahme ist der Verzug wann R-Änderung Einfluss auf die Sterbefälle hat o Studie berücksichtigt nicht, dass die ans ECDC gemeldeten Daten nicht den beobachteten Verlauf, der in SurvStat gesehen werden kann, darstellt o 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 Maßnahmen-beschlusses ändert und berücksichtigt nicht, dass Maßnahmen ggf. zeitlich verschoben Auswirkungen haben, eine Erörterung der Einzeleffekte von Maßnahmen ist schwierig • Fazit: o Studie ist ein Versuch, den Zusammenhang zwischen Maßnahmen und Infektionsgeschehen zu analysieren o Die Autoren erkennen an, dass die Annahmen grob sind und hoffen, dies wird durch die Daten der zahlreichen Länder ausgebügelt o Todesfälle sind weit entfernt vom Transmissionsgeschehen, nur ein Teil der Bevölkerung spiegelt das Transmissionsgeschehen ab o Zusammenhänge sind nicht kausal zu sehen	Abt. 3/ FG34

	○ Konklusion dass Rückgang von R fast alleinig auf Lockdown zurückzuführen ist, ist nicht plausibel ○ Auswirkungen der Maßnahmen sind nicht auf Daten von vulnerablen Gruppen sondern auf die in der Allgemeinbevölkerung zurückzuführen ○ Ergebnis für Deutschland nicht sehr aussagekräftig • Diskussion ○ 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	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted]	
6	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • CWA: ähnlich BZgA, einige Anfragen, wurde gut vorbereitet • Nächste Woche erscheint im EpiBull ein Artikel zur Inanspruchnahme der deutschen Notaufnahmen ([redacted], FG32) • Wochenenddienste sind Rufbereitschaft, d.h. Presse muss bei Bedarf aktiv angerufen werden, Nummern werden jeden Freitag an das LZ kommuniziert	[redacted] Presse

7	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen • [redacted] geht in Urlaub und [redacted] übernimmt und wird in Zukunft am Krisenstab teilnehmen	
8	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** **Vorstellung Strategiepapier COVID-19-Response, Update Nr. 4, (Link)** • Entwurf ist im Wesentlichen ähnlich dem vorherigen Papier, Motto: kein massiver Anstieg sondern einzelne Cluster erwartet • Beinhaltet sind mehrere klare Handlungsempfehlungen, um das Geschehen weiter gering zu halten • Einzig große Veränderung seit dem letztem Entwurf ist die Inklusion der Vorbereitung auf einen Impfstoff • Am Ende des Papiers stehen die 6 großen Forschungsfragen • Weiteres Vorgehen: o Gerne Kommentare und Ergänzungen an [redacted] bis Montag o Anfang nächster Woche wird es an das an BMG geschickt mit dem Hinweis, dass es im EpiBull veröffentlichen werden soll • 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 • Krisenstab ist mit Vorgehen einverstanden [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZIG FG32/FG34

	[redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Entlasskriterien Entwurf (Link), 3 Anpassungen** • 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 o 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 o Ist zweifache Testung bei asymptomatischen Fällen übertrieben? Es wird überlegt, ob einmalige Testung genügt, Charité macht es mehrfach aber ggf. nicht alle,	IBBS

	dies ist auch Prävalenzabhängig; [redacted] 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 ○ 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 Spezifizität bei Ringversuchen lag teilweise bei 92% und nicht über 98% • Das Dokument wird in seiner aktuellen Version in die Abstimmung gegeben um die Reaktionen zu sehen	
9	**Labordiagnostik** **Thema** • 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 • 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, • Vorherige Anzucht ist nicht per se notwendig und von den Methoden der primären Extraktion (in FG17 und ZBS1) abhängig • O.g. Proben wurden bereits von [redacted] (MF) abgeholt • Update FG17 (leider akustisch nicht verstanden, bitte bei Bedarf ergänzen)	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • S. unter Dokumente Entlasskriterien	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Ausbruch Gütersloh** • S. oben unter Lage National	
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)**	

	Kreuzfahrt • Kreuzschifffahrten 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 **Flugverkehr** • 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	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 22.06.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	

198 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-06-22.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]

- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• 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:
	  ○ Weiterhin die meisten Fälle in USA und Brasilien
	  ○ Indien: starke Tendenz nach oben
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ 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)
	  ○ Stark betroffen sind Lateinamerika und USA.
	• Publikation: Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods
	  ○ Untersucht wurden Übertragungsdynamik und -risiko zu verschiedenen Expositionszeiträumen
	  ○ 100 Indexfälle mit 2.761 Kontakten wurden bis 14 Tage nach der der letzten Exposition verfolgt.
	  ○ Definition Expositionszeit: beginnt 4 Tage vor Symptombeginn des Indexfall, bei asymptomatischem Indexfall: ab Datum der Bestätigung,
	  ○ Definition Kontakt: Face-to-Face ohne Maske für > 15 min, bei HCW: 2 m ohne N95 Maske
	  ○ Ergebnisse:
	  ▪ 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.
	  ▪ 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
		ZIG1

	höherem Alter und schweren Symptomen des Indexfalls. o Schlussfolgerungen: ▪ 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. o Berücksichtigt werden sollte: es handelt sich um eine besondere Situation mit einem sehr geringen R. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 190.359 (+537), davon 8.885 (4,7%) Todesfälle (+3), Inzidenz 229/100.000 Einw., ca. 175.300 Genesene, Reff=2,76 o Fälle und Todesfälle pro Bundesland ▪ 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 Berichte am Sonntag und Montag verzichtet werden, da sie ein unvollständiges Bild zeigen. ▪ Die TK mit dem BMG wurde auf Di und Do reduziert, deshalb konnte das Thema in der TK noch nicht angesprochen werden. [redacted] übernimmt am Dienstag die TK mit dem BMG. o Differenz zum Vortag in den Landkreisen ▪ Folie beschreibt Übermittlungsartefakte und hängt damit zusammen, wie viele GA am Wochenende übermitteln. o 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum bundesweit ▪ Seit 18.06 Anstieg auf ca. 3.600 Fälle in den letzten 7 Tagen. Ist die Darstellung sinnvoll? Im Moment kann	FG32

auf sie verzichtet werden, da der Anstieg in erster Linie auf Cluster zurückzuführen ist.

- 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer
  - 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 Ausbruchs-Geschehen in Bremen. Möglicherweise ähnlich wie in anderen kreisfreien Städten.
- Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
  - 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:
  - > 50 Fälle: LK Gütersloh
  - >35 Fälle: LK Göttingen, LK Warendorf
- Aktuelle Ausbrüche
  - [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]

	[redacted] FG34 • [redacted] ○ 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, 148 LK sind ganz ohne Fälle. ○ 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 [redacted]. 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. ○ 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	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Mittlerweile über 10 Mio. Downloads	FG21

	• Feedback in Medien insgesamt gut und in der Bevölkerung positiv, da extrem datenschutzkonform.
	• Kritikpunkte:
	  ○ 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.	

4	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse**
	Corona-KiTa-Studie: Erkrankungszahlen bei Kindern < 10 Jahren (Folien hier)
	• 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:
	  ○ 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?
	  ○ Unter welchen Voraussetzungen gelingt eine schrittweise, kontrollierte Öffnung?
	  ○ Wie hoch sind die damit einhergehenden Erkrankungs-risiken für alle Beteiligten?
	  ○ Welche Rolle spielt die Gestaltung der Betreuung für die weitere Verbreitung von SARS-CoV-2? Welche Rolle kommt dabei Kindern zu?
	• Es gibt 4 Module, 2 davon unter FF des RKI:
	  ○ Modul 3: Auswertung der Meldedaten und der syndromischen Surveillance (Abt. 3). Erkrankungs-Monitoring bei Kindern durch bestehende Surveillance-
		FG36

	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. • 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? • 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. • GrippeWeb: akute respiratorische Erkrankungen waren deutlich rückläufig seit Kitaschließungen und Lockdown. • 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. • 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, • Geplant ist in Zukunft 2-3 Folien jeden Montag beizusteuern. • Fragen: ○ 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 Kultusbereich der Länder einbezogen? Das Familienministerium ist mit einbezogen und wird monatlich informiert. Es gibt einen engen Schulterschluss mit den Fachgesellschaften. • 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 sie ins Infektionsnetzwerk miteinbezogen. In den Meldedaten soll der Informationsgehalt hierzu verbessert werden.	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
6	**Kommunikation** **BZgA** • Auf Mittwoch verschoben	BZgA

	Presse • Morgen findet ein Pressebriefing statt. Das Pressebriefing wird in 2 Teile geteilt sein. Den 1.Part übernimmt [redacted], den 2. Teil [redacted]. Angedacht ist, dass [redacted] aktiv kommunizieren und nicht nur für Nachfragen zur Verfügung stehen wird. • Es wird keine neue Ausweisung von Risikogebieten innerhalb Deutschlands geben. Die Risikogebiete wurden von der 7-Tages-Inzidenz > 50/100.000 abgelöst.	Presse
7	**Neues** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	BMG-Liaison
8	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • [redacted] (siehe E-Mail [redacted], 19.06.2020, 21:07) o Angefragt waren 100 Teams à 5 Personen mit PKW. o Gibt es Überlegungen, dass BL sich gegenseitig unterstützen? Hatte [redacted] bereits in der AGI in Bezug auf Labore gefragt. Dies erwies sich schwieriger als gedacht, ist im Laborbereich zwischenzeitlich jedoch zum Teil möglich. o Die Idee einer gegenseitigen Unterstützung sollte intensiviert werden und auf die Tagesordnung der AGI gesetzt werden. o Es muss bedacht werden, dass Landesbehörden stark begrenzte Kapazitäten hinsichtlich personeller Ressourcen haben. o Containment Scouts könnten über Landesgrenzen hinweg verschoben werden. **b) RKI-intern** • Bewertung aktuelle Situation: Ansammlung von Ausbrüchen oder Veränderung des allgemeinen Trends? o Siehe aktuelle Lage	FG32
9	**Dokumente**	FG32 / Alle

	Empfehlungen zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende • 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. • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	
10	**Labordiagnostik** • Letzte Woche sind 400 Proben eingegangen, nicht viele davon waren positiv. • Bei FG17 sind 73 Proben eingegangen, davon kein SARS-CoV-2 Nachweis.	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Vorschlag [redacted] / [redacted] -> Verkürzung der Absonderung (siehe E-Mail, 19.06.2020, 21:19 Uhr) ○ [redacted] ○ ○	Alle
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] ○ • [redacted] ○	Abt.3

13	**Surveillance** • Laborbasierte Surveillance ARS ○ 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 [redacted]	

200 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-06-24.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: >9 Mio. Fälle und >470.000 Todesfälle ▪ 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 ▪ Brasilien: Peak beruht auf Nachmeldungen aufgrund von Meldeverzug, die Lage bleibt angespannt, Positivanteil je nach Provinz bis zu 31% ▪ Indien: Maßnahmenlockerung aus wirtschaftlichen Gründen, darauf folgender Fallzahlanstieg, Gesundheitseinrichtungen stehen unter Druck, ein mobiles Labor ist verfügbar aber ungenügend ▪ USA: 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 ▪ Neu auf dieser Liste sind Bolivien und San Marino, die anderen sind gleich geblieben ▪ Saudi Arabien: 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 ▪ Australien: lange stabile und gute Situation, nun vermehrt Ausbrüche z.B. in Quarantänehotels und in Familienfällen, 1. Todesfall nach >1 Monat ohne, steigende Fallzahlen ▪ Südkorea: erneuter Schub von autochthonen Fällen, z.B. unter Menschen die zur Arbeit, in Gebetshäuser und Clubs gehen; außerhalb von Seoul nur geringe lokale Übertragungen ▪ Amerikanischer Kontinent: besorgniserregende Entwicklungen, Hälfte der Fälle weltweit ○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage, wenig neues im Vergleich zu letzter Woche ▪ Peaks in Irak und Chile sind auf Meldeverzug bzw.- Nachmeldungen von Fällen zurückzuführen	ZIG1

	▪ Die Trends sind generell gleich geblieben ▪ In mehreren Ländern werden aus wirtschaftlichen Gründe die Maßnahmen gelockert was zu Fallzahlanstieg führt ○ 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 **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 Durschnitt in BE, NW, HB ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Warendorf und Gütersloh sind seit gestern beide im Lockdown • SARS-CoV in ARS (Folien hier) ○ 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 [redacted] mehr zur Serologie • Kosten Coronatestungen ○ 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?) eventuell die	FG32 FG37 AL1

	Kapazitäten bei Vertragslaboren zurückgefahren werden ○ Ein Expertenrat wurde berufen und AL1 hat eine Anfrage an die betroffenen RKI-MA geschickt ([redacted] 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 • Darstellung von Ausbrüchen und nach BL aus den RKI-Daten (Folien von [redacted]) ○ Visualisierung des Verlaufs der Fallzahlen und der übermittelten Fälle mit Ausbruchs-ID ○ Der Anteil von Fällen in Ausbrüchen in den Meldedaten wächst, der von Ausbrüchen mit unbekanntem Setting nimmt ab ○ [redacted] ○ Fälle in 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 Allgemeinbevölke-rung 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 *To Do: Freitag Präsentation von [redacted] zum Nowcasting für die letzten 30 Tage und von [redacted] (FG31) zum Thema Signale*	FG34
2	**Internationales (nur freitags)**	

	• Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	

4	**Neues aus der Wissenschaft**
	AK-Nachweis nach Infektion (Folien hier)
	• [redacted] 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 (ITS) bzw. non-ITS Fällen: bei ITS Titer insgesamt deutlich höher, eher Spike-IgG Antwort, bei non-ITS 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
	  ○ 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	
6	**Kommunikation** [redacted] • [redacted]	[redacted]

	• [redacted] **Presse** • Webseiten-Teaser wurde auf zeitlos umgestellt und ein neues Foto hochgeladen [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	Presse [redacted]
	Neues [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	BMG ZIG/BMG
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Übersicht zu Präventionsmaßnahmen** (Link) • [redacted] 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	[redacted]

	• 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:
	• 1. Darstellung und Ebenen-Einstufung der Maßnahmen
	  ○ 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
	• 2. mögliche weitere Abstimmung und Veröffentlichung
	  ○ 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 Kommunikation (Anfragen und Antworten), die einen Beleg für die Wichtigkeit und Evidenz (bzw. Mangel von Evidenz) liefert
	• Next steps
	  ○ Dokument wird zügig angepasst und mit Expertengruppen abgestimmt
	
	b) RKI-intern
	• Nicht besprochen	

8	**Dokumente** **Flussschema für Ärzte, Testkriterien und Maßnahmen** • Es gab Bitten das Flussschema anzupassen:	

	• 1. aus HB zu Verweis auf Infos zu Kontaktpersonen der Kat I
	  ○ Diese Personen kommen nicht zum Arzt und landen eigentlich beim GA (welches den Status KP festlegt)
	  ○ Das Flussschema Dokument bezieht sich auf symptomatische Personen
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• Online gibt es erweiterte Empfehlungen für ÄrztInnen zu Risikobewertungen
	• 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	

9	**Labordiagnostik** **AGI Sentinel** • 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	FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Viele inhaltliche Rückmeldungen zu den Entlassungskriterien aus der STAKOB die jetzt eingearbeitet werden und dann zur Kommentierung kommen • 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	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG32

	• [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • 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 • Testung der neuen Abstriche durch ZBS1 wurde organisiert	FG32
	Testungen in Schulen und Kitas • 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 • AG Diagnostik, Fachgesellschaften und Verbände haben sich für symptombasierte Testung ausgesprochen, die auf Widerstand bei KinderärztInnen stößt (wegen ARE-Saison ab Herbst) • Anlasslose Testung wird diskutiert, doch Umgang damit bleibt unklar • Die Corona-Kita-Studie thematisiert viele dieser Aspekte • 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	AL1

	• Anlasslose regelmäßige Testung wird eingebracht um den Lehrern (ggf. auch in Risikogruppen) Sicherheit zu geben, sollte gut differenziert diskutiert werden • Berlin hat stichprobenartig in Schulen getestet, wenn so Geschehen identifiziert werden ist es ein Tool/Methode, um sensitiv Cluster zu erkennen **Wiederaufnahme Schulbetrieb nach der Sommerpause** • 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 • Abstimmung mit Ländern steht noch aus	AL1
12	**Surveillance** • Vorbereitung der nächsten SurvNet Version mit zusätzlichen Variablen (z.B. Infektionsumfeld) • DEMIS: weitere Einbindung von GA • SORMAS bindet gewisse RKI-Kapazitäten	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Reiseverkehr und die damit verbundene, grenzüberschreitende KoNa nimmt wieder zu • 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 • [redacted] • [redacted]	FG32
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, [redacted]	

202 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-06-26.pdf

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* [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG31
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: >9 Mio. Fälle und >470.000 Todesfälle ▪ 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). o 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner: ▪ 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. o Veränderung 7-Tage-Inzidenz zur vorhergehenden ▪ 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. ▪ [redacted] o Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ <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.	ZIG1

	○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage, ▪ Bemerkenswert hier v.a. Kolumbien: insg. 80.000 Fälle und allein in letzten 7 Tagen 20.000 Fälle. ○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ Kirgisistan: 4000 Fälle insgesamt, 1300 Fälle in den letzten 7 Tagen. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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. ○ [redacted] ○ Ausbrüche: ▪ [redacted]	FG32/alle

	▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] o Labortestungen: ▪ 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 Teste. o 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). o Laut COSMO-Studie hat sich die Risikowahrnehmung nicht groß verändert. Leichter Anstieg der Wahrnehmung als niedriges Risiko (21 auf 26%), aber im Trend konstant. • Signale Bericht (Folien hier): o 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	FG31/alle

	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 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. ○ 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	**Internationales (nur freitags)** • Heute erneute Abstimmung zur Risikogebieten, Südafrika hat hohe 7-Tages-Inzidenzen. [redacted] 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. • [redacted] unterstützt in Tadschikistan die Etablierung eines Labornetzwerkes im Land. • Datum für die WHO-Mission nach Turkmenistan ist der 06.07. und vom RKI fährt [redacted] 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. • [redacted] ist in Kamerun zur Unterstützung.	ZIGL

	• [redacted] hat ein Gespräch mit dem WHO-Landesbüro in Äthiopien, ggf. wird dort unterstützt. • [redacted] Angebot von möglichen Vaccine-Trials in der Region. Johnson and Johnson werden dort Vaccine Trial durchführen und auch Studien aus DE willkommen. • 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 Auftagsforschung 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. • 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.	
3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Neues aus der Wissenschaft** • Nicht besprochen	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
6	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	BZgA, alle

	[redacted] **Presse** • Derzeit v.a. Anfragen zur App, die weitergeleitet wurden, ansonsten nur kleine Themen.	Presse
	Neues aus dem BMG • [redacted]	BMG
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** [redacted] • [redacted] • Anlass war ein Artikel, der in Pneumologie publiziert werden sollte, in dem sich die Autoren eher kritisch zu MNB geäußert haben. • Die fachliche Empfehlung zum Tragen der MNB sollte nicht zurückgenommen werden, die fachliche Empfehlung ist nicht von der Risikobewertung abhängig. • 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. • 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-Risikobewertung verwiesen wird. **Umgang mit Reisenden und Durchreisenden:** • 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.	FG36/alle FG32/alle

	• 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. • 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. **b) RKI-intern** **Fortführung der Diskussion bei TOP Kommunikation zur Kontaktaufnahme zum Zentralrat der Sinti und Roma:** • 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. • Der Kontakt zur Integrationsbeauftragten wurde an [redacted] vermittelt. Es sollte geklärt werden, ob Kontakt schon hergestellt wurde. • [redacted] und [redacted] haben Erfahrungen mit Einbeziehungen unterschiedlicher Communities und wären sehr geeignet die Aufgabe zu übernehmen. *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.*	alle
8	**Dokumente** **FAQ: Blutgruppen als Risikofaktoren für schwere Verläufe von COVID-19** • Studie wonach Polymorphismen mit schwerem COVID-19 Verlauf mit Lungenversagen assoziiert sind. Ein Polymorphismus ist auf dem Lokus für Blutgruppe A gelegen. • Insgesamt ist der Anteil von Personen mit Blutgruppe A Rh+ höher. Patienten mit Blutgruppe 0 haben möglicherweise protektiven Effekt. • 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 0 gegen A sein, den man nicht genauer definieren kann. • Therapeutisch und prophylaktisch folgt daraus keine Konsequenz, FAQ wurden vorbereitet.	FG34
9	**Labordiagnostik** • ZBS1: 1500 Proben, 171 SARS-CoV-2 positiv, zuvor 1078 Proben, 79 SARS-CoV-2 positiv. COMO-Studie: 289 Proben , alle negativ.	ZBS1 FG17

	• FG17: 199 Einsendungen am NRZI, davon 30 Rhinovirus positiv, 1 Parainfluenza positiv, 1 RSV positiv, keine SARS-CoV-2 positiven Proben	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **COVID-19: Entlassungskriterien aus der Isolierung** • Das Dokument wurde nach Rückmeldungen aus der Ärzteschaft überarbeitet und vereinfacht. • Eine Entisolierung bei einem Ct-Wert >30 wird nur im Kontext von schweren Verläufen erwähnt. • 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. • Der Krisenstab stimmt dem Papier zu. **Veränderung der KoNa-Kriterien** • Laut WHO-Empfehlung Personen 4 Tage vor Symptombeginn symptomatisch. Dies wird durch FG36 geprüft und im Krisenstab besprochen. • Derzeit nur „Kontakt zu einem bestätigten Fall von COVID-19 ab dem 2. Tag vor Auftreten der ersten Symptome des Falles“. Es sollte eine Formulierung ähnlich „Kontakt zu Person mit laborbestätigtem SARS-CoV-2 Nachweis 2 Tage vor Abnahmedatum“ eingefügt werden.	IBBS [redacted] FG32
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** [redacted] **Weitere Ausbrüche** • S.o.	FG32
12	**Surveillance** **Bericht von Signale** • S.o.	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** **Konzeptpapier** • 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	FG32

	oder als Empfehlung des RKIs in Zusammenarbeit mit den für die nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörden und Gesundheitsämtern veröffentlicht werden.	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** **Aufstockung der Schicht in der internationalen Kommunikation** • 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. **Verkürzte Lagezentrumsschichten** • 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. • [redacted] **Allgemein:** • 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.	FG32 [redacted]
15	**Wichtige Termine** • Ausschuss für Gesundheit am 01.07. ○ [redacted] hat einen Tagesordnungspunkt und soll die derzeitige Situation, insbesondere im Bezug auf die Ausbrüche in Schlachthöfen darstellen. *ToDo: LZ erstellt einen Sprechzettel für* [redacted]	FG32, [redacted]
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 29.06.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

204 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-06-29.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - [redacted]
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG21
  -
- FG 32
  -
  -
- FG34
  -
- FG36
  -
- FG37
  -
- IBBS
  -
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  -
- BZgA
  -
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BMG

- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• 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:
	  ○ 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
	  ○ 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
	  ○ 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.
	  ▪ Meldedaten sind mit Limitationen versehen, wird sich FG36 für Steckbrief näher ansehen.
	• Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
	  ○ 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)
		ZIG1

	○ 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. **National** • 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 ▪ 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 ▪ 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 ▪ Die bundesweite Inzidenz sinkt wieder, bisher jedoch noch nicht auf das Niveau von Mitte Juni. ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer ▪ Auch in NRW und Bremen geht die Inzidenz deutlich zurück. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 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: ▪ > 50 Fälle: LK Gütersloh ▪ In „übriger Bevölkerung“ werden mehr Fälle gefunden. Wahrscheinlich auch begründet durch vermehrtes Testen. ○ Häufigste Expositionsorte im Ausland ▪ 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	FG32

	▪ [redacted] o 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. o Ist es für das Ausbruchsteam möglich herauszufinden, wie viele der Asymptomatischen in der Folge noch Symptome entwickeln? o [redacted] *ToDo: Weitergabe dieser Fragen ans Ausbruchsteam* [redacted] • Corona Kita Studie (Folien hier) o GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ 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. o Entwicklung der Fallzahlen: 0 – 5 Jahre ▪ Meldedaten: Anstieg aus Vorwoche setzt sich nicht fort. o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Anteil an 0-5 und 6-10 Jährigen nimmt zu.	FG36

	○ Inzidenz Kinder mit/ohne Bezug zu einem in SurvNet beschriebenen Ausbruch nach BL ▪ Daten sind nicht vollständig. ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ Betreuung in einer Einrichtung ▪ Übermittlungsqualität soll verbessert werden. ▪ Tendenz leichter Anstieg. Noch keine Anhaltspunkte, dass Öffnung der Kinderbetreuung damit zusammenhängt.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Corona-Warn-App ○ 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. ○ [redacted] 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. • Mobilitätsdaten können weiter ausgewertet werden, wird weiter finanziert. • Wie bildet sich Geschehen in Gütersloh in digitalen Projekten ab? ○ Keine Aussage bei Corona-Warn-App möglich. Aktuell nur Gesamtzahlen, keine Regionalität. ○ Bei der Datenspende-App wird eine Bewegung in den Daten gesehen. Es ist jedoch zu früh, um das mit COVID-19 in Verbindung bringen zu können. • Ergänzung: in dieser Woche wird der Forschungsantrag zu SORMAS beim BMG eingereicht. Noch sind viele Fragen offen, der Antrag wird dennoch gestellt.	FG21 FG32
4	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse**	Alle

	ToDo: Dieser Punkt wird dauerhaft von der Tagesordnung entfernt (Lagezentrum).	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Immer noch hohes Risiko, Vorgabe vom BMG: bis 1.Juli wird daran nichts geändert. • Der Satz: „Die Anzahl der neu übermittelten Fälle ist aktuell rückläufig.“ soll angepasst werden. *ToDo:* [redacted] *wird einen Entwurf für eine geringfügige Anpassung erstellen.*	Alle
6	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] **Presse** • Vorabveröffentlichung eines Artikels zur Inanspruchnahme deutscher Notaufnahmen und zur Nutzung von Routinedaten aus Notaufnahmen letzte Woche online im Epid. Bull. • An den Wochenenden nur noch Rufbereitschaft in der Pressestelle hat sich bewährt, weit weniger Anfragen als in der Vergangenheit.	BZgA Presse
7	**Neues aus dem BMG** • [redacted] ○ [redacted]	BMG-Liaison

	[redacted]	Abt. 3
8	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Interessante Populationen: Querschnittstestung Gütersloh o Vorschlag von [redacted] neben der KoNachverfolgung bestimmte Populationen aufgrund ihrer Zugänglichkeit und/ bzw. Bedeutung für das Infektionsgeschehen zu testen. ▪ 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) o Die Idee ist mindesten in Ausbruchsituationen 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. o Wäre für bestimmte Gruppen (z.B. Schlachthofmitarbeiter) ein Sentinel, ergänzend zum Sentinel der AGI, unabhängig von Ausbruchsituationen sinnvoll? o Wem dient z.B. eine Testung in Schulen? Reicht ein Sentinel zur repräsentativen Abbildung von Gruppen bei der aktuellen Zirkulation des Virus überhaupt aus? o 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. o Gezielte Testung bei vulnerablen Gruppen sollte ausgeweitet werden, bei KoNachverfolgung sollen auch Asymptomatische getestet werden. Ungezielte Massentests sind nicht sinnvoll. o 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). *ToDo:* [redacted] *schickt den Bericht an den Verteiler Krisenstab.* o [redacted]	VPräs / AL1 / FG36

[redacted]

- 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?
- [redacted]
  - Die Sensitivität der Surveillancesysteme muss ausreichend sein. Im spezifischen Ausbruch soll definiert werden, wie getestet werden sollte. Hierbei soll die Liste aus der Mail berücksichtigt werden.

- Formulierung bzgl. des Endpunktes der infektiösen Periode
  - Zur Länge der Quarantänezeit findet am 7.Juli eine Videokonferenz mit [redacted] statt, bei der das Papier finalisiert werden soll.
  - Für die Quarantäne nach Exposition und die Verkürzung der Isolation bei Erkrankten oder asymptomatische Infizierten stellt [redacted] 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.

b) RKI-intern

- Eingehende Anfragen zu Laboren für SARS-CoV-2-Testung von Reisenden aus div. Ländern — FG32 / AL3
  - 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.
  - [redacted]
  - 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.

- **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 ○ Es gibt zahlreiche Anfragen zum Informationsfreiheits-gesetz. [redacted] 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 haben. ○ [redacted] 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	**Wichtige Termine**
	Dienstag:
	• TK mit ECDC über Ausbruch in Fleischverarbeitungsbetrieb (TN: FG32, FG35, FG36)
	  ○ ECDC plant aktualisiertes Rapid Risk Assessment
	  ○ Ausbrüche in Schlachthöfen neben USA auch in Niederlanden, Frankreich und Irland
	• Termin mit Datenjournalisten
	  ○ Kritik: RKI stellt zu wenige Daten zur Verfügung und diese nicht im richtigen Format, deshalb gemeinsamer Termin mit einer Auswahl an Datenjournalisten und [redacted] und [redacted], moderiert von [redacted].	

17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 01.07.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

206 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-01.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*01.07.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - [redacted]
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG 32
  -
  -
- FG34
  -
- FG36
  -
- FG37
  -
- IBBS
  -
- Presse
  -
- ZBS1
  -
- BMG
  -

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International INIG
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  ○ 10.273.001 Fälle und 505.295 Verstorbene (4,9%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ USA ansteigender Trend
	  ○ Russische Föderation verlangsamt
	  ○ Südafrika zeigt vergleichsweise schnelle Verdopplung
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ In rot: Honduras und Turks- und Caicos Inseln neu dazugekommen
	  ○ Turks- und Caicos Inseln haben nur wenige Fälle, doch da kleine Einwohnerzahlen in dieser Liste. Vermutlich bald nicht mehr hier gelistet.
	• Länder mit > 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
	  ○ Brasilien: auch Fälle im Landesinneren
	  ○ Indien: v.a Neu Delhi betroffen
	  ○ USA: starker Anstieg Hospitalisationen, v.a. Texas, Kalifornien.
	• Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
	  ○ Starker Anstieg u.a. in Argentinien, Kolumbien, Oman, Südafrika
	  ○ In Südamerika: Argentinien, Brasilien, Peru wird der peak im August erwartet
	  ○ In Südafrika 50% Anstieg: In Western Cape und Eastern Cape konzentrieren sich die Fälle, Annahme weiter steigen
	• Länder mit 700 - 7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
	  ○ Osteuropa starker Anstieg, liegt auch am vermehrtem Testen
	  ○ Algerien zeigt steilen Anstieg; trotzdem wurden Lockerungen der Maßnahmen eingeführt.
	• EU Aufhebung der Reisebeschränkungen für 15 Drittstaaten
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
		ZIG/INIG
		
		Inst.-leitung
		
		Presse
		
		Abt. 3

	○ [redacted] **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) +466 Fälle niedriger Zuwachs auch bei den Todesfällen, wenige Veränderungen bei DIVI ITS und R stabil • Fälle und Todesfälle pro Bundesland ○ Leichter Anstieg BW BY aber ausbruchsbedingt ○ Berlin rückläufig • Vergleich KW26/KW25 pro BL ○ Rückläufige Fallzahlen, meisten Fälle von Ausbrüchen, v.a. Gütersloh wird mehr getestet • Nowcasting – Schätzung der Reproduktionszahl (R) ○ R bleibt weiter unter 1 • 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer ○ Trend BE, NRW gehen nach unten, BY steigt leicht an • Geographische Verteilung in Dtl.: 7-Tage-Inzidenz ○ Gütersloh ist gesunken zu Vortagen; Delmenhorst im Zusammenhang m Ausbruch Oldenburg; Düsseldorf gute Fallfindung bewirkt die Fallzahlen • Wochenvergleich Aktuelle/Vorwoche ○ NRW westl. bei Essen wahrscheinlich Ausbruch • Altersverteilung nach Meldewoche: Gesamtfälle ○ Meisten Fälle bei mittelalten Gruppen ○ Anstieg bei Minderjährigen, weil Ausbrüche in Familien in BE und in Göttingen Kinder betroffen sind. • Übermittelte Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen nach Meldewoche ○ Einrichtungen: Lebensmittelbetriebe größerer Anteil im vergleich zu andren Kategorien • Übermittelte COVID-19-Fälle nach Expositionsort ○ Bei ausländischen Expositionsorte v.a. Westbalkan • Aktuelle Ausbrüche ○ [redacted]	FG32 FG32

	○ [redacted] • Bericht aus der TK mit ECDC: Die Frist für RRA bis 08.07. Es werden RRA in mehreren settings nicht nur Schlachthöfe sein, z.B. Corona Parties, mass gathering on the beach, Umluftanlage im Zerlegebetrieb ○ [redacted] • FG36: Erlass zu vermehrten Ausbrüchen in Freikirchen im Vergleich zu größeren Kirchen erhalten. Haben wir hierzu belastbare Daten? ○ In Ausbruchslisten einige Ausbrüche in Glaubensgemeinschaften, aber eher anekdotische und kein Vgl mit anderen Glaubensgemeinschaften. Falls kleinere Räume genutzt werden, hat dies auch einen Einfluss. ○ Fasst dies mit Betonung der nur anekdotischen Daten als Erlass Beantwortung zusammen. • SARS-CoV-2 in ARS (Folien in hier) • Zeitverzug Probenentnahme und Testung ○ Zeitverzug von ca 1 Tag • Anteil der positiven Testungen an allen Testungen über die Zeit pro KW ○ pos. Anteil weiterhin niedrig • Anteil der positiven Testungen über die Zeit pro Tag - Bundesland ○ NRW kleiner peak passt zum Ausbruch • Anzahl Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und Kalenderwoche ○ deutlicher Anstieg bei Kindern; seit KW 24 nehmen diese deutlich zu ○ FG36 hat Anfrage des Berufsverbands der Kinderärzte, da diese in der Praxis keinen Anstieg an Infektionen mit respiratorischen Symptomen sehen. Warum hier Anstieg? ○ [redacted] Mini-Sentinel [redacted] Kinder häufiger mit Fieber. Aber trotzdem außerhalb des Mini Sentinels	FG36 Abt.3/FG32/ Abt.1 FG36 FG37 FG36 Abt.1

	weniger pos. SARS-CoV-2 Tests in Kinderarzt Praxen. Vermutung: symptomatische Kinder weniger getestet. ○ [redacted] Liegt an den Screening-Untersuchungen • Anteil positiv getesteter Personen nach Altersgruppe und Kalenderwoche ○ deutlicher Anstieg bei Kindern • Erste Ergebnisse: Zeitlicher Abstand zwischen erster positiver PCR-Testung und serologischer Testung ○ Nach pos. PCR kommt erster pos. AK Nachweis: Einige vor PCR auf AK getestet; dies wird noch geprüft • Erste Ergebnisse: Serologische Testung und Ergebnisse nach Versorgungs- und Stationstyp ○ Stratifizierung nach Versorgungssituation; In ITS ein AK Test häufiger pos. • Erste Ergebnisse: Serologische Testung und Ergebnisse nach Versorgungs- und Altersgruppen ○ Altersstruktur im KH eher älter und in Arztpraxis eher Berufstätige • Erste Ergebnisse: Anteil Patienten mit IgG-Nachweis nach positiver PCR pro Woche im zeitlichen Verlauf ○ Folie zeigt den Anteil AK pos. oder neg. nach pos. PCR Testung pro Woche ○ In Woche 4 haben noch viele kein AK Nachweis ○ Hier wird darum gebeten weitere Beobachtung/Wochen hinzu zufügen • Erste Ergebnisse: Serologische Testung und Ergebnisse nach erster positiver PCR-Testung im zeitlichen Verlauf ○ Folie zeigt Serokonverter: im Testverlauf der PCR pos. *ToDo: Keine festgelegt*	FG37
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Vorstellung neue Formulierung des Satzes, dass die Fallzahlen stabil bleiben (Dokument hier). ○ [redacted] stellt Formulierungsvorschlag vor. [redacted] und [redacted] stimmen der Änderung des Satzes, dass die Fallzahlen stabil bleiben zu. *ToDo:* [redacted] *passt die Formulierung an. Soll am 02.07.2020 sowohl auf der Website als auch im Lagebericht geändert werden.*	FG32/Abt.3/ Inst.-leitung

5	**Kommunikation** **Presse** • FG32 berichtet aus dem Wissenschafts-/Daten-Journalisten Treffen zusammen mit [redacted]. Journalisten wünschen tagesaktuelle Daten in tabellarischer Form, benutzen schon Datenhub wollen darüber mehr, auf LK und BL Ebene; Dies muss noch auch mit BL besprochen werden. • Reaktion zum NYTimes Artikel, den der Spiegel zitiert, bearbeitet [redacted] mit Pressestelle des BMG.	FG32 Presse
6	**Neues aus dem BMG** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] [redacted]	BMG
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** Nicht besprochen **b) RKI-intern** Nicht besprochen	
9	**Dokumente** • Änderung im Management KoNA: Vorschlag (Dokument hier) ○ Vorschlag: Bei asymptomatischen Fällen: Der Laborbefund als Proxy für Symptombeginn für die KoNa zu nehmen. ○ Der Vorschlag wurde per Abstimmung angenommen.	FG 36

10	**Labordiagnostik** • Update Situation ○ Situation unverändert wenige eingesendete Proben ○ n [redacted] ○ [redacted]	FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Entlassungskriterien ○ [redacted] ○ Neue Info von PHE halten an 14 Tagen der Quarantäne fest, da sie in der Zeit (wenn auch wenig) erfolgreiche Virusanzucht hatten. Hingegen am RKI nach Tag 7 fast kein Anwuchs mehr. ○ Vorschlag: Bei Pflegeheimbewohner gleiche Quarantäne wie bei schweren Verläufen anzusetzen. ○ Aus fachlicher Sicht signalisiert [redacted] und [redacted] Zustimmung, aber parallel wünscht sich [redacted] Daten zur Beobachtung der Lage ○ ZBS1 fragt FG 37 nach Kontakten zu Heimen für Daten	ZBS1 [redacted] / Abt.1/ FG36/ Inst.-leitung
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** • 01.07.2020: Ausschuss für Gesundheit ([redacted] hält eine Rede zur COVID-19 Lage, Rolle fleischverarbeitende Betriebe und Rolle RKI)	FG32
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 03.07.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

208 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-03.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- Abt. 2
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG35
  - [redacted]
- FG36

- [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International INIG** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o 10,6 Mio Fälle und 515.973 Verstorbene (4,8%) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o 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) o 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 o Indien und USA ein steiler Anstieg; Texas hat neu die Maskenpflicht eingeführt • Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage o Bangladesch Fallzahlen gehen hoch o Weiterhin ansteigender Trend in Kolumbien o In Russland geht Trend weiterhin zurück • Länder mit 700 - 7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage o Anstieg in Bosnien Herzegowina, Kirgisistan und Kasachstan • Rapid Risk Assessment ECDC o 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 o Seit dem 16.06. ein Anstieg in allen EU-Ländern auf Grund von Lockerungen der nicht-pharmazeutischen Interventionen o Durchschnitt der 14-Tagesinzidenz liegt bei 14 neuen Fälle pro 100.000	ZIG/INIG

	○ Montenegro, Kosovo, Luxemburg, Serbien, Türkei überschreiten den Durchschnitt Anstieg der Fallzahlen kann auf das Hochfahren der Testkapazitäten in Luxemburg, Serbien und Türkei zurückgeführt werden. Tatsächlicher Anstieg ist in Montenegro, Kosovo, Bosnien, Bulgarien, Rumänien und Tschechien zu sehen ○ 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 sattfindendes community transmission sind nicht bekannt. • Zusammenfassung: ○ 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 Influenzapatienten (OR 7.6; 95% CI, 2.3 - 25.2). Altersmedian COVID-19 Patienten: 69 Jahre; Influenza-Patienten: 62 Jahre Pfizer / BioNTech melden vielversprechende Ergebnisse für mRNA-Impstoffkandidaten in Phase 1/2 Studie mit 45 Freiwilligen (IgG- Titer, SARS-CoV-2-neutralisierende Titer (PrePrint) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ Lage hat sich insgesamt beruhigt ○ 446 neue Fälle; Anteil Verstorbene 4,6% ○ R0 sowie 7-Tage-R >1 ○ DIVI/IST: keine Veränderungen • Fälle und Todesfälle pro Bundesland ○ Viele Fälle aus NRW (50%) ○ Fälle aus Gütersloh und viele verteilen sich auf andere LK; Keine weiteren großen Geschehen, viel Aktivität z.B. in Duisburg, Düsseldorf (ungefähr 10 Fälle pro Geschehen) • 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer ○ Deutlicher Rückgang auch in NRW • Geographische Verteilung in Dtl.: 7-Tage-Inzidenz ○ 126 LK meldeten keine neuen Fälle; letzte Woche waren es 140 LK, um 10% zurückgegangen Höchste Inzidenz: LK Gütersloh, LK Germersheim, SK Düsseldorf, SK Delmenhorst, LK Dingolfing • Aktuelle Ausbrüche ○ Germersheim: [redacted] Verteilung der gemeldeten Fälle nach Setting können im Signale-Dashboard eingesehen werden.	FG32

	Insgesamt ist es wichtige den Übertragungskontext (draußen/drinnen/draußen und drinnen) zu ermitteln. Da es die Erwartung gibt, dass die Fälle im Sommer zurückgehen und es so nicht zu sein scheint. Daher sollte weiterhin verstärkt die Kommunikation zur Einhaltung des Anstandes im Freien gestärkt werden. Viele Geschehen können auf einen Kontakt zu einem bestätigten Fall zurückgeführt oder einem Ausbruch zugeordnet werden Montag trägt [redacted] detailliert dazu Daten vor. ○ [redacted] • Labortestungen (Datenstand 30.06.2020) ○ KW 26 deutlich mehr getestet als in der Vorwoche ○ Positivenrate unter 1% Kapazitäten sind auf gleichhohem Niveau, jedoch nicht voll ausgenutzt • Expositionsort Ausland: Von 157 Fälle mit Expositionsort außerhalb Deutschlands, kamen 71 (57%) aus Serbien *TODO:* [redacted] *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.* *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.* *LZ: Diese Information (Anzahl Anstieg Fallzahlen Serbien) wird nächste Woche Dienstag in den Lagebericht aufgenommen (nach Rücksprache mit M. Diercke)* • Treffen im BMG mit der türkischen Vizeministerin (Teilnahme Osamah) ○ 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 [redacted] geteilt • Bericht des Ausbruchsteams aus Gütersloh (Folien hier)	FG36 Abt. 3 FG35/34

- Team ist seit 01.07.2020 wieder da; Einsatzdauer: 12 Tage
- Folie 2: Erste Welle (blau) eher symptomatische Fälle; Übrige Bevölkerung (grün); Ausbruch [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- Ende Mai durften MA in die Heimatländer reisen, Exposition in den Heimatländern ist zeitlich retrospektiv nicht plausibel für den Eintrag des Virus von dort
- Fälle in der übrigen Bevölkerung (grün): [redacted]
- Aktuell werden viele asymptomatische Fälle identifiziert durch die Reisefreitestung
- Heatmap: [redacted]
- Durch die massive Ausweitung des Testens von asymptomatischen Bewohnern stiegen dann die Fallzahlen in der „übrigen Bevölkerung“, aber vermutlich wurden dabei auch spät-positive Personen nach unbemerkter Infektion in der ersten Welle entdeckt.
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- Aufgaben der RKI-Ausbruchsteams
- Bewertung der Arbeitsquarantäne (bereits erfolgt) Ursachenforschung (ausstehend): [redacted]

[redacted]

- Beschreibung von Risikofaktoren, Hauptüberragungswegen, Eintragung ins Werk, Rolle der Unterkünfte und Transport
  Diese Aufgaben können jetzt erst bearbeitet werden
  Viele zusätzliche Aufgaben vor Ort: Beratung zur Ausbruchsbekämpfung (Quarantänemanagement) und Fokus auf übrige Bevölkerung

- Informationsflow/management:
- Manuelle Doppeleingabe in ISGA (Übermittlungssoftware) und separate COVID-19-Access-Datenbank; kein Excel-Upload möglich
- Es musste eine zusätzliche Datenbank für COVID-19 angelegt werden um Daten zu Befunden, Testungen, Befragungen zusammenzuführen. [redacted]
- Sequenzierung spielt eine große Rolle, aktuell Auswahl der Proben.

- Weitere Probleme: [redacted]
- Zeitliche Einordnung nicht möglich, viele Fälle sind asymptomatisch, keine Angabe zu Symptomen, Zeitpunkt der Infektion unklar
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

Probleme Ausbruchsmanagement:

- 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
- [redacted]

	○ [redacted] ○ Viele junge motivierte Mitarbeiter aus anderen Bereich, jedoch fehlt es an Führungskräften und Ärzten ○ [redacted] ○ 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/pressemitteilung.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	**Internationales (nur freitags)** • Auf Bitte des AA soll der Kosovo bei steigenden Fallzahlen beim Aufbau von Laborkapazitäten durch Lieferung von Material unterstützt werden [redacted] besucht demnächst den Kosovo • Armenien hat eine hohe 7-Tagesinzidenz. Ein EMT soll unterstützen Laborkapazitäten und ITS für 2-4 Wochen • Im Rahmen einer WHO sollte [redacted] aktuell in Tadschikistan um ein dezentrales Laborsystem aufzubauen. Die Mission fiel zusammen mit dem Austausch der Regierung. Die Koordination war sehr schwierig. [redacted] soll weiter 3 Wochen hin, dazu laufen jedoch noch Gespräche.	ZIG

	• [redacted] reist Montag nach Turkmenistan im Rahmen einer WHO Mission. Diese ist politisch wichtig, da Turkmenistan offiziell weiterhin keine COVID-19-Fälle meldet. • Namibia ist ein GHPP-Partnerland und hat um Unterstützung des Aufbaus von Go.Data zu Kontaktpersonennachverfolgung gebeten. Das soll in 3 Wochen beginnen. • 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 • ZIG 4 steht im weiteren Austausch BMZ und KFW zu weiteren Unterstützung von Äthiopien • 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. • 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 [redacted] kontaktieren • [redacted]	
3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung**	

	• Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **Presse** • Es bedarf Konkretisierung zu Teststrategie aus dem BMG • In der telefonischen Beratung viele Anfragen/Berichte der Bevölkerung zu psychischen Belastung und Erkrankungen • Kurzbericht zur Blutspende-Studie o 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. o Es besteht ein hohes mediales Interesse an den Ergebnissen. o Die Formulierung zu Neutralisationstesten sollte vorsichtig formuliert werden. Ausgewerteter Zeitraum 20.04.-23.06., die Studie läuft bis Oktober. o 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.	BZgA FG34/VPräs
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Aktueller Stand: Konzept zur Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit bei Randgruppen wie Sinti und Roma stärken o Sinti*zze und Rom*nja sind die größte Minderheit Europas o Alltägliche und institutionelle (rassistische) Diskriminierung	FG34/Abt. 2 [redacted]

- 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:
  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
  Berücksichtigung der Sprachen, bei Bedarf Hinzuziehung von Sprachmittlung, Nutzung übersetzter Materialien (z.B. RKI, BZgA, Integrationsbeauftragte)
  Berücksichtigung der Literarität der Menschen, bei Bedarf auch mündliche oder audio-visuelle Formate für Information und Aufklärung anbieten
  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 Beteiligung bei Information zu und Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen, Einsatz als Multiplikator*innen, Einbezug von Schlüsselpersonen
  - Papier mit Hinweisen für RKI und GA um Hilfestellung für Situation als Unterstützung und Handreichungen für verschiedene Situationen und Institutionen

TODO: [redacted] *teilen einen Entwurf am 07.07.2020*

- Zwischenbericht der Serostudie
  - Bereits besprochen

9	**Dokumente** • **Anpassung Flussschema** ○ 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. *TODO:* [redacted] *klärt mit der KBV den Bedarf ab. FG 37 unterstützt die Kontaktaufnahme zu* [redacted] • **Konzeptpapier Flugverkehr** ○ Das Papier wurde in frühen Stadien bereits zirkuliert und ist in der jetzigen Form aus Sicht der AG Flughäfen/AGI publizierbar. Eine Veröffentlichung auf der Homepage wurde von [redacted] 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. ○ 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. *TODO:* [redacted] *arbeitet das Papier für einen EpiBull-Beitrag als Expertenpapier auf und stimmt es mit den Akteuren ab.*	VPräs/alle FG 32/alle
10	**Labordiagnostik**	

	• **Virologischen Surveillance** 201 Einsendungen im Juni Davon: ○ - 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	FG17 ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Neue Schema zur Entlassungskriterien aus der Isolierung ist veröffentlicht ○ Experten der KRINKO wurden in die Erstellung des Dokuments eingebunden und die Rückmeldung sollte berücksichtig werden. ○ Es gab gute Vorschläge, die bei der nächsten Version 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. ○ 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. *TODO:* [redacted] *ruft* [redacted] *an und bespricht mögliches Einbringen von Änderungen in Bezug auf tiefe Atemwege.*	FG14 /alle
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	FG32
13	**Surveillance**	

	• S. Lagebericht	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • S. Dokumente	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ Schichtzeiten (derzeit 9-17 Uhr): ggf. wieder Verlängerung nötig, Arbeit bis 17 Uhr nicht zu schaffen und die MA sind massig länger beschäftig mit zahlreichen Anfragen und Erlassen aus dem BMG. Die Fristen der Abgeordnetenanfragen sind vorgegeben und können nicht verändert werden. 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. *TODO: Vorschlag Erlasse über den offiziellen Weg über die Leitung einbringen zu lassen um Anfragen weniger niedrigschwellig zu machen wird von der Institutsleitung geprüft.* ○ 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. *TODO: Rücksprache mit [redacted], ob es eine Umverteilung der MA mit fachl. Expertise zurück ins LZ geben kann. Dazu ist die Unterstützung der Leitung nötig.* ○ Internationale Kommunikation: weiter steigender Bedarf, derzeit 6 Personen pro Tag anvisiert. Es finden nächste Woche Schulungen für neue MA statt. • **Bericht Impfen** ○ 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	LZ/FG32 FG33

	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.	
16	**Wichtige Termine** •	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 06.07.2020, 13:00-15:00 • [redacted] verabschiedet sich für die nächsten 3 Wochen in den Urlaub (Wiederkehr: 27.07.2020)	

210 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-06.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• 11.241.655 Fälle und ca. 530.000 Verstorbene (4,7%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  • Die Liste der Länder zeigt wenige Veränderungen. Die USA sind weiterhin führend mit einer Verdopplungszahl von 19 Tagen, Brasilien und Indien zählen weiterhin viele Neuinfektionen. Südafrika zeigt mit 13 Tagen eine kurze Verdopplungszeit auf. Im Vergleich zum 03.07.2020 ist Peru erneut auf der Liste der Top 10-Länder.
	• 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (Karte)
	  • Afrika: Südafrika hat weiterhin eine hohe Inzidenz (ein Großteil aller Fälle auf dem afrikanischen Kontinent entfallen auf Südafrika). Neu hinzugekommen sind Äquatorialguinea und Cabo Verde.
	  • Amerika: Neben Panama, Chile, Brasilien, USA, Turks and Caicos Islands, Peru, Bolivien und Honduras weist auch die Dominikanische Republik (neu) eine 7-Tage-Inzidenz über 50/100.000 Einwohner auf.
	  • Asien: Israel taucht neu in der Liste auf.
	  • Europa: Armenien und Schweden haben weiterhin eine 7-Tage-Inzidenz über 50/100.000 Einwohner.
	  • Insgesamt haben 22 Länder den Schwellenwert von 50/100.000 Einwohner überschritten (am 03.07.2020 waren es 18 Länder).
	• Länder mit > 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
	  • Brasilien, Indien und die USA haben weiterhin mehr als 70.000 neue Fälle in den letzten 7 Tagen. In den kommenden 2 Wochen wird sich zeigen, ob die Fallzahlen in den USA aufgrund des am 04.07.2020 begangenen Nationalfeiertags ansteigen.
	• Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
	  • Irak meldet höhere Testkapazitäten, aber das irakische Gesundheitsministerium geht von einem echten Anstieg aus, weil sich nicht alle an die empfohlenen Maßnahmen zu halten scheinen. Die WHO unterstützt im Irak.
	• Länder mit 700 - 7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage
		ZIG/INIG

	• Israel hat viele neue Fälle, ebenso Bosnien-Herzegowina und Kasachstan. In Kasachstan besteht für die nächsten 2 Wochen ein landesweiter Lockdown, es ist von einem echten Anstieg auszugehen. • Serostudie in Brasilien: 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. • [redacted] • [redacted] **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)	FG32

	○ Wochenendeffekt: geringe Zahl an übermittelten Neuinfektionen (219) ○ 196.554 Fälle, davon 9.016 verstorben; Anteil Verstorbener 4,6% ○ R sowie 7-Tage-R <1 ○ DIVI: aktuell 298 auf ITS, davon 149 beatmet • [redacted]. 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%. [redacted] Ca. 50% der GÄ	FG32

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. [redacted]
- 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.
- 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. [redacted] 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.

ToDo: FG32 erstellt eine nach Software differenzierte Auswertung der Fälle mit Kontakt zu einem bestätigten Fall oder mit Ausbruchs-ID.

- Aktuelle Ausbrüche:
  - [redacted]

	[redacted] • Dingolfing-Landau: erstmalig erhöhte 7-Tage-Inzidenz. • 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 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. [redacted]	FG36
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted]	
5	**Kommunikation** • Es gibt viele Rückmeldungen zur Maskenpflicht und zu regionalen Lockerungen. Aktuell wird ein Piktogramm für die Maskenpflicht erstellt. • [redacted] • Es wird darauf hingewiesen, dass das korrekte Maskentragen (inklusive Nasenbedeckung) nicht von allen	BZgA/alle

	Personen konsequent durchgeführt werde; dies sollte stärker betont werden. Zudem sollte noch stärker kommuniziert werden, dass die Abstandsregeln auch im Freien gelten. [redacted]	
6	[redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** Wie lange sollen wir noch auf die Juni-Ausbrüche hinweisen? • Hinsichtlich des R-Werts wird angeregt, die Referenz auf die Ausbrüche im Juni zu streichen bzw. durch eine allgemeine Formulierung im Sinne, dass der R-Wert von Ausbrüchen und Höhe der Fallzahlen abhängig ist, zu ersetzen. • [redacted] *ToDo*: Der Lagebericht soll zeitnah, ggf. sobald im LK Gütersloh die 7-Tage-Inzidenz <50/100.000 fällt, hinsichtlich des Hinweises auf die Ausbrüche im Juni angepasst werden. **b) RKI-intern** Lagezentrum-Aktivitäten bei angespannter Personallage • In Anknüpfung an die Diskussion am 03.07.2020 wird darauf hingewiesen, dass angesichts des aktuellen Infektionsgeschehens die Monate Juli und August zum	Präs/alle AL3/Präs

	„Durchschnaufen“ genutzt werden sollten, aber durch Urlaub, Feldeinsätze sowie einer tendenziell eher rückläufigen Unterstützung aus anderen Abteilungen die Personaldecke noch stärker angespannt ist. Das Personal für Feldeinsätze kommt notwendigerweise aus Abt. 3. Der Wegfall der Presse-Liaison erhöht die allgemeine Arbeitslast des Lagezentrums. Es wird angeregt, dass Kollegen mit Fachexpertise aus Abt. 3, die aktuell im Corona-Warn-App-Team tätig sind, durch andere MA ersetzt werden. • [redacted]	
9	**Dokumente** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • 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. • Bei FG17 sind 57 Einsendungen eingegangen, darunter 19 Rhinoviren-positiv. • 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. • In der AG Diagnostik wird am 07.07.2020 die Kommunikation der Teststrategie diskutiert werden, dafür stellt der vorhandene Bericht eine gute Grundlage dar. • [redacted] VO Quarantäne vorgesehenen „Freitestung“ ist [redacted]	ZBS1 FG17 AL1/alle
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**	

	• 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).	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • 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. • [redacted]	FG32/alle
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • Der Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr möchte die ÖGD-Kontaktstelle besuchen; eine Vorstellung soll am Donnerstag ggf. über eine Videokonferenz ermöglicht werden.	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 08.07.2020, 11:00-13:00	

212 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-08.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International INIG** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Neu dabei sind: Kasachstan und Pakistan (in rot) o Nahm am stärksten in USA Indien Pakistan zu • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner o Immer mehr Länder >50 Fälle/100 000 Einwohner o Aktuell sind hier 24 Staaten gelistet • Länder mit > 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage o Die meisten Fälle in Nord- und Südamerika o In den USA, v.a. Südstaaten und dort Ausbrüche in Gefängnissen und fleischverarbeitenden Betrieben. o Indien v.a. Neu-Delhi und zwei weitere Regionen; trotzdem Öffnungen aus wirtschaftlichen Gründen. • Europa - Aktuelle Lage o besonders im Westbalkan und Osteuropa gestiegen, der zuletzt berichtet Anstieg in Luxemburg war durch erhöhtes Testen verursacht. • Asien Aktuelle Lage o In vielen Lockerungen der Maßnahmen • Afrika Aktuell Lage o Südafrika ist besonders betroffen. Gründe: schwache Surveillance, geringe Testkapazität. o Dies trifft auf viele afrikanische Staaten zu. Es wird eine hohe Dunkelziffer vermutet. • Australien Aktuelle Lage o In Melbourne viele Fälle, Ausbruch in einem Quarantäne Hotel • Nachfrage wie die vergleichsweise geringen Todeszahlen zu den hohen Fall erklärt werden. o Dazu wird am Freitag berichtet werden. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • Lage National, 08.07.2020 o Insgesamt sehr ruhig; wenig Veränderung bei ITS • Fälle und Todesfälle pro BL o man sieht immer weniger Fälle aus den BL; mehrere kleine Ausbruchsgeschehen	ZIG/INIG FG37 FG32

	○ Fälle in Bayern angestiegen • Vergleich KW26/KW25 pro BL ○ Im Wochenvergleich: Auffällig sind Ausbruch in Oldenburg (Niedersachsen) und Reste des Ausbruchs in Gütersloh ○ In NRW stärkster Rückgang der Fälle ○ In Bavern 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 ○ [redacted]	BZgA BW/FG32

	[redacted]
	• 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 - bundesweit
	  ○ Stabil geringe Anzahl der positiven bei zunehmender Testanzahl
	• Anteil der positiven Testungen an allen Testungen über die Zeit pro Tag
	  ○ Entsprechend Anteil der pos. Testungen stabil gering seit Ende Mai
	• Verzögerung von Entnahmedatum zu Testdatum in ARS
	  ○ Verzögerung Entnahme bis Testung im Labor zeigt einen Anstieg; Erklärung dafür wird noch gesucht
	• Zeitverzug DateExplant - TestDate
	  ○ Vergleich der Verzögerungen in KW24-25 mit KW26-27
	  ○ Zeigt sehr unterschiedliche Testauslastung der Labore
	• Anzahl Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und KW
	  ○ Im Vergleich viel mehr Testungen bei über 80-jährigen
	  ○ Testung haben seit KW23 im Kita- und Schulalter deutlich zugenommen
	• Anteil positiv getesteter Personen nach Altersgruppe und KW
	  ○ Anteil Positive seit KW24 Altersgruppen auf vergleichsweise niedrigem Niveau
	  ○ Zusammenfassend: Testen so viel wie nie und finden sehr wenige Fälle
	
	ToDo: Keine festgelegt
		FG37

2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted] hat am Montag mit BM [redacted] die letzte Pressekonferenz vor der Sommerpause. Hier könnte eine Anpassung der Risikobewertung kommuniziert werden. ○ Dabei ist zu bedenken: 1. Weltweit viel Infektionsgeschehen; 2. Anpassung sehr gut erklären wie	Inst.-leitung/ FG32/Abt.3/ FG37/FG14

	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. ○ Eine Runterstufung wird aus der Runde unterstützt, aber mit Beibehalten der Maßnahmen ○ [redacted] *ToDo: Abt.3 und Presse bereiten inhaltlichen Entwurf vor, der von der neuen Gruppe Risikokommunikation ggf. im wording angepasst wird. Am Freitag wird Entwurf zur Risikobewertung diskutiert.*	
5	**Kommunikation** **Presse** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • 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. [redacted]	BZgA BW Inst.-leitung/Abt.3 Presse
6	[redacted] • [redacted] ○ [redacted]	[redacted]/Presse

	• [redacted]	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** Nicht mehr ausdrücklich auf Juni Geschehen hinweisen **b) RKI-intern** Nicht besprochen	Abt.3
9	**Dokumente** ○	
10	**Labordiagnostik** • Die Einsendungen sind weiterhin auf niedrigem Niveau (10 Proben/Tag) ○ keine Corona Nachweise • Einsendungen und Nachfragen zu Abstrichmaterial höher als in den Vorjahren, aber niedriger als im letzten Quartal	FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: An alle: Anpassung aller Dokumente, die sich auf aktualisierte Entlassungskriterien beziehen.*	ZBS1 [redacted]/ FG36/Abt.3/ Inst.-leitung
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Update DEMIS Roll-out: ○ 2 Schritte des Roll-out bei GÄ: 1. Zunächst ein Software-Update durchführen (148 GÄ ein Drittel der GÄ könnte auf DEMIS zugreifen), 2. GÄ benötigen ein Zertifikat (108 GÄ) 57 GÄ haben alles ○ Labore in SH, Bremen sind DEMIS Nutzer, bundesweit	FG32 [redacted]

	fragen weitere Labore an ○ [redacted] ○ Geht gut voran	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Im LZ nach wie vor viel zu tun. Schwierigkeiten die Schichtleitung zu besetzen. Hoffen, dass durch ParlamentsSommerpause weniger wird. • [redacted] • Erlasse werden nun wieder über die Leitung nicht direkt LZ • [redacted] 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; Presseliaison Unterstützung mit med. Hintergrund kann dies auch durchführen; Lageprotokoll viel Arbeit auch dafür Unterstützung wichtig; • [redacted] teilt mit, dass die 40 Stellen für ÖGD-Kontaktstellen besetzt werden können. • [redacted] • [redacted]	Abt.3/Inst.-leitung/FG32
16	**Wichtige Termine** • [redacted] • Wöchentlicher Bericht zum Arbeitsschutz, wird vertagt, weil [redacted] nicht anwesend ist. Bleibt auf TO!	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 10.07.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

214 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-10.pdf

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* [redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o 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 o 7-Tages-Inzidenz/100.000 ▪ 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 o Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ 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 o Europa – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ Vor allem in Osteuropa und Balkanstaaten starker Anstieg der Fallzahlen: Bosnien & Herzegowina, Bulgarien, Kosovo, Serbien o Asien – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ Weiterhin steigende Falzzahlen in Indien, Indonesien, Israel, palästinensischen Gebieten, Philippinen, VAE o Afrika – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ 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 o Ozeanien/Australien – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ 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 • Israel Situation o >33.000 Fälle, 344 Todesfälle, 7-Tages-Inzidenz jetzt 82/100.000 und ansteigend o >1 Mio. Tests, Positivanteil 3,2% o Entwicklung der Fallzahlen (s. Folien): blaue Kurve kumulative Fallzahlen, grau Genesene, grüne Balken	ZIG1

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
- [redacted]

- Zusammenfassung Gesamtsituation International
  - 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 • 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 [redacted] und die ehemalige Präsidentin von Liberia [redacted], erste Zwischenergebnisse werden im November erwartet • UK-Studie in Nature zu Risikofaktoren für COVID-19 Todesfälle ○ 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 ▪ 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 • 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.,	FG32

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
- [redacted]
- Minusfälle in der Falltabelle
  - Kommen leider regelmäßig vor, Grund sind nachtägliche Datenabgleiche und –Korrekturen
  - Fallzahlen werden tagesaktuell ohne Qualitätskontrolle (z.B. auf Erfüllung der Falldefinition oder nicht) veröffentlicht, teilweise werden auch alte Fälle wieder herausgenommen
  - [redacted]
  - Dies wurde mittlerweile auch von den Medien aufgrund der RKI-Erklärungen akzeptiert

- Ausbrüche
  - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
  - [redacted]
- Labortestungen
  - 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
- Mortalitätssurveillance destatis:
  - 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)	
2	**Internationales (nur freitags)** **SEEG** • [redacted] • Relativ viele Aktivitäten im Bereich der SEEG diese Woche, BMZ Minister [redacted] 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 **WHO** • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	ZIG

	[redacted] **Ergänzungen Präs** • [redacted] • 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	Präs
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted] • [redacted] • [redacted]	Präs/alle

	• [redacted] *ToDo: LZ/FG36/Abt. 3 Anpassung des Textes, bessere Erklärung, wie die Risikobewertung erlangt wird*	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **Presse** • 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 [redacted] sein, daneben Themen epidemiologische Situation, Appell an AHA-Regeln, Zwischenbilanz der Corona-Warn-App • Gemeinschaftsunterkünfte-Papier ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **COVID-19 unter prekären Lebens-/Arbeitsumständen** • [redacted]	[redacted] Presse Präs/alle

	[redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]t ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **Bericht aus dem Arbeitsministerium** [redacted] • 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 *ToDo: LZ bitte diesen Punkt immer freitags auf die Krisenstab Agenda (ggf. unter einer anderen Rubrik?)* **Intersektorale AG** • [redacted] 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	IBBS
6	[redacted]	

	• [redacted]	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **RKI externe Beratergruppe** • 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 **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **Entlasskriterien in Alten und Pflegeheime** • 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 Risikosettings • Präs berichtet von Minister TK diese Woche auch mit ECDC: die 14d wurden nicht angezweifelt, sollte nicht verkürzt werden **Überarbeitung von RKI-Empfehlungen und Dokumenten** • FG37 überarbeitet Empfehlungen zu KoNa Management, daran	FG37

	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 *ToDo: Überprüfung von Dokumenten in der ruhigen Sommerzeit, betrifft die, die FF für die diversen Dokumente haben* • Projektgruppe Wissenschaftskommunikation, im Krisenstab vertreten durch [redacted], kann auch über Dokumente gucken (z.B. zur Sprachvereinfachung)	
9	**Labordiagnostik** **ZBS1** • 721 Proben erhalten, davon 27 (<4%) positiv, rückläufig **Diagnostik Papier** • 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 *ToDo: Anpassung und Fertigstellung des Diagnostik Papiers durch ZBS1 und FG17*	FG17/ZBS1/ IBBS
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen •	
12	**Surveillance** **ICD-10 Kodierung** • 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	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** [redacted]	FG32 Präs/alle
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • 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 • [redacted] • Wegen u.a. Urlaub ist die Personaldecke aktuell dünn und die Arbeitsbelastung für die verbleibenden MA hoch	FG32
15	**Wichtige Termine**	alle

	• Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 13.07.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

216 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-13.pdf

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* [redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG 32
  -
  -
  -
  -
- FG36
  -
- FG37
  -
  -
- IBBS
  -
- P1
  -
- Presse
  -
  -
- ZBS1
  -
- ZIG1
  -
  -

- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier), weltweit >12 Mio. Fälle, >500.000 Todesfälle o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: Top 3 weiterhin USA, Brasilien und Indien o Bis auf Russland und Saudi Arabien verzeichnen alle eine steigende Tendenz o Neu in der Liste Argentinien, Ende Juni wurden dort erneut Restriktionen eingeführt, vor allem in Buenos Aires o 7-Tages-Inzidenz/100.000 ▪ 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 o Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ Weiter Brasilien, Indien, USA ▪ Südafrikaneu ist hinzugekommen, seit Sonntag landesweite Ausgangssperre, Alkohol Verkauf wurde untersagt o Europa – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ 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 o Asien – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ Anstieg in Indien, Indonesien, Philippinen, Israel, Irak und auch in Kirgisistan und Usbekistan steigender Trend o Afrika – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) o Anstieg in zahlreichen Ländern, z.B. Algerien, Madagaskar, Südafrika u.a. o Australien – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ Seit 08.07. Lockdown im Raum um Melbourne, langsamer Fall-Rückgang • Algerien Situation o 18.712 Fälle, 1.004 Todesfälle (5,4%), 7T-Inzidenz	ZIG1

7/100.000 Einw.
    - 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
- Türkei Situation
    - 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
- Zusammenfassung
    - 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

- Studien/Artikel/News
    - WHO warnt vor COVID-19-Entwicklungen in Afrika, >500.000 Fälle
    - WHO Einsatz in China
        - 2 Experten (Epidemiologe und Tierarzt) sind vor Ort, zunächst politische Mission
        - Tierreservoir soll untersucht werden
        - Präs ist einer der vorgeschlagenen Experten für die Teamerweiterung
- [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
    - 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) ○ [redacted] ○ Generell diverse kleinere Geschehen, teilweise familiäre Ausbrüche ohne eindeutigen Infektionsherd ○ Keine Neuigkeiten zu bereits bekannten Ausbruchs-geschehen	FG32
	• Es gibt Signale aus einigen Großstädten, sind dies Ausbrüche oder Einzelfälle die keinem Ausbruchsgeschehen zugeordnet werden können? ○ 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 ○ [redacted] ○ 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 Ausbruchsmonitoring unterstützen ○ Das Signale Projekt in Abt. 3 wird basierend auf dem Meldedatensystem kontinuierlich in enger Zusammenarbeit weiterentwickelt/erweitert und verfeinert und kann bereits genutzt werden ○ 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 ○ [redacted]	Präs/alle

	[redacted] ○ ÖGD bekommt außerdem Unterstützung vom Bund für Personal, dieses muss ausgebildet werden, hier kann RKI stärkere Rolle übernehmen [redacted] • Fragen/Diskussion ○ Kontaktpersoneninformationen lagen dem RKI im Rahmen der Untersuchung nicht vor (auch nicht die Anzahl der KP)	FG37/PAE/ FG32
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** **CWA** • 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	ZIG1

	○ 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 • [redacted] **IMIS** (siehe Dokument) • 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 • [redacted] sucht Kontaktdaten raus	Präs/FG32/ Abt. 3
4	**Aktuelle Risikobewertung** • 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 • [redacted] • Änderung der Terminologie von „Gesundheitsversorgung“ zu „Gesundheitswesen“, dies ist inklusiver • Krisenstab liest den neuen Text morgen erneut durch und er wird Mittwoch verabschiedet *ToDo: Krisenstab Mitglieder lesen sich Bewertung erneut durch, Mittwoch Verabschiedung und Veröffentlichung*	FG32/alle
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted]	[redacted]

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] **Presse** • Viele Nachfragen zu der Diskrepanz der Europakarte und Risikogebiete auf der RKI-Webseite • Bundespressekonferenz heute ○ Nichts auffälliges, lief insgesamt gut ○ [redacted]	Presse
6	[redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	[redacted] Alle

7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Ausschluss von Kindern aus Gemeinschaftseinrichtungen bei milden ARE-Symptomen** • 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 1. Wann muss Kind getestet werden? 2. Wann soll es von der Kita ausgeschlossen werden? • Diskussion s. unten **Corona Kita Studie** (Folien hier) • 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 • 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 o Für ¾ der übermittelten Fällen sind Informationen verfügbar, bei älteren Kindern ca. 80% o Bei 1/3 ist nur ein Symptom angegeben, häufig genannte Einzelsymptome: Fieber, Husten, allg. Symptome, Schnupfen o Schnupfen als Einzelsymptom bei 3% (selten) o Bei 68% wurde mindestens 1 Symptom angegeben o Bei Mehrfachangaben sind Fieber und Husten mit 30-40% am häufigsten, Schnupfen 19% (weniger selten auch als Mehrfachsymptom) o Geringer Anteil Geruchs und Geschmacksverlust (0,5-5%) als zusätzliches Symptom o 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) o 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 o [redacted]	AL3/FG36 FG36

	[redacted] ○ 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	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • 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 *ToDo: Vorbereitung Diagnostikpapier in Bezug auf Ct-Wert zur Diskussion im Krisenstab am Mittwoch 15.07.2020 (s. Krisenstab 10.07.)*	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** [redacted]	AL3/FG32

	• [redacted]	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** • Expertenbeirat Influenza tagt morgen, Präs und [redacted] klären bilateral inwiefern darin über den Herbst und infektionsepidemiologische Maßnahmen gesprochen werden soll	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 15.07.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

218 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-15.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• 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
	  • 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 Hauptstadtterritorium 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
	  • Auf den amerikanischen Kontinent entfallen weiterhin 60% der neuen Fälle und 60% der Todesfälle in den letzten 7 Tagen
	  • Asien: Anstieg und hohe Fallzahlen in Indien, Indonesien, Philippinen und Ländern Zentralasiens
		ZIG1

	• Afrika: mehr als 100.000 neue Fälle in den letzten 7 Tagen, davon entfallen fast 70% auf Südafrika • Europa: Osteuropa/Balkanländer primär betroffen • Ozeanien: weiterer Anstieg der Fälle in Melbourne, Australien • Studien/Artikel/News • 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. • 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. **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • 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 • Aktuell auf ITS 266 (+2), davon beatmet 125 (-5) – weiterhin konstant • 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). • 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. • Der R-Wert schwankt um 1. • 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. • 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. • Wochenvergleich: nur Bad Tölz auffällig. • LK mit den höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen: SK	FG32

	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	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • 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. *ToDo: FG32 überarbeitet die Version und teilt sie nochmals im Krisenstab-Verteiler*	FG32/alle
5	**Kommunikation** [redacted]	

	• [redacted]	[redacted]/alle
	Presse • 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. • 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. *ToDo*: Das Papier soll aktualisiert werden.	Presse
	• 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. • Eine detaillierte Darstellung möglicher Risikokommunikationstools könnte entweder im Rahmen des Krisenstabs oder in den ab August geplanten Mittwochsseminaren erfolgen.	P1
6	**Neues** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]

	[redacted]	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** Strategiepapier • [redacted] • [redacted]	ZIG/alle
8	**Dokumente** • [redacted] • [redacted]	FG32
9	**Labordiagnostik** • 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.	ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	

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. [redacted] • 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 Tröpfen 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. • [redacted]	FG36 FG37

[redacted]

SARS-CoV-Surveillance in ARS (Folien hier)

- 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.

	• [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
14	[redacted] • [redacted]	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** Personalplanung • 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. • Auch ZBS1 ist hinsichtlich des aktuellen Probenaufkommens auf die Zuarbeit von Mitarbeitenden aus anderen FG angewiesen. • [redacted] • 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	AL3/ZBS1/ alle

	zudem nicht geklärt. Das zusätzliche Personal ist perspektivisch sicherlich eine Entlastung, jedoch muss das Lagezentrum während einer Pandemie auf Arbeitskräfte im gesamten Haus zurückgreifen. Ca. 150 Mitarbeitende sind aktuell für das Lagezentrum geschult, zusätzlich sind von den FG inhaltliche Aufgaben zu stemmen. Freigabe der Lageberichte durch AL3 • Hinsichtlich der Lageberichte wird beschlossen, dass der Lagebericht zunächst durch die Abteilungsleitung und im Anschluss durch Präs freizugeben ist.	
16	**Wichtige Termine** •	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 17.07.2020, 11:00 Uhr, [redacted]	

220 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-17.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1/INIG
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International INIG** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Im Vergleich zum 15.07.20: Die Länder sind im Rang relativ gleich geblieben. o neu ist: Bangladesch, das statt Saudi Arabien auf Platz 10 liegt. • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner o Im Vergleich zur Präsentation am 15.07.20 sind die Länder relativ gleich geblieben. o Neu sind: In Afrika: Capo Verde und in Südamerika: Puerto Rico • Länder mit > 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage o Fast gleich wie am 15.07.20 o Brasilien weiter absteigend, aber nicht mehr so stark. • Afrika – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) o Fast 70% der Fälle in Südafrika o Steiler Anstieg in Äthiopien • Amerika – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) o mehrere Länder zeigen Anstieg o Kolumbien: Bogota stark betroffen, hohe Todesrate o 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. • Asien – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) o Anstieg in mehreren Regionen o China: Stadt an Grenze zu Kasachstan ist „under lockdown“ o Indien: nach wie vor starker Anstieg • Europa – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) o steiler Anstieg in Bosnien-Herzegowina o Spanien: Region westlich von Barcelona „underlock down“, sowie einige Bezirke von Barcelona. Mallorca: Einführung der Maskenpflicht	ZIG1/INIG

	• Ozeanien: Australien – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T)
	  ○ Großraum Melbourne befindet sich „underlock down“
	• „unknown pneumonia“/ Kasachstan
	  ○ Häufung der unknown Pneumonia seit Anfang des Jahres
	  ○ 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.
	National
	• 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
		Inst.-leitung/ ZIG
		
		Inst.-leitung
		
		FG32

	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 • 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. • 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. *ToDo: Nächstes Pressebriefing planen*	FG32 FG37/FG32/ Inst.-leitung
2	**Internationales** **(nur freitags)** • Reisen: ○ [redacted] ○ ○	ZIG [redacted]

	○ [redacted] ○ [redacted] • Internationale Serostudien ○ Im Iran (am weitesten fortgeschritten) und Malawi ○ Zur Koordinierung der internationalen Serostudien wird demnächst ein Mitarbeiter benannt, bis dahin bitte [redacted] kontaktieren. Es wird sich darauf verständigt GÄ bzw. Kreisen deutlicher, um alle Details zu Ausbrüchen zu bitten, v.a. Infektionsorte und Infektionsgeschehen)en • Projekte im Maßnahmenpakt 2 zu Covid-19 kommen in Fahrt: Ein Vergleich von Guinea und Singapur mit Deutschland. Dies geschieht in Absprache mit Abt.2 • Ein Handbuch für Mitarbeitende in Emergency Medical Einsätzen im Ausland schreiben [redacted] und Kolleginnen. Herzlichen Dank an alle Kolleginnen und Kollegen für die Zuarbeit. • Austausch mit weiteren Ländern mit Unterstützungsbedarf: ○ 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. [redacted] unterstützt hier. Es werden weitere Kolleginnen und Kollegen mit Arabisch Kenntnissen zur Unterstützung eingeladen. ○ [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZBS1/ Inst.-leitung/ ZIG/ Presse/ FG32

	[redacted] *ToDo*: • *Zur Koordinierung der internationalen Serostudien an noch zu benennenden neuen ZIG-Mitarbeiter, bis dahin* [redacted] *kontaktieren.* • *Zur Koordinierung nationaler Serologischer Studien mit* [redacted] *sprechen.* • [redacted]	
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	[redacted]	FG32 berichtet für BMG
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** [redacted] **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 [redacted] ○ In Abt.3 schon Partizipatives Papier zu Gemeinschaftsunterkünften [redacted] Gerne nehmen diese an der Partizipativen Gruppe teil. *ToDo: Es besteht Interesse. Jemanden aus dieser Gruppe wird in den Krisenstab zum Vortragen einladen.*	ZIG/ FG34
9	**Labordiagnostik** • [redacted] • Virologische Surveillance: 1 Parainfluenza, 0 SARS-CoV-2 seit April Viele Einsendung von Proben von Kindern, Rhinovirus mehr als sonst *ToDo: FG17 berichtet nächste Woche einen Vergleich der Virennachweise zu den Vorjahren*	ZBS1/ FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • 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 *ToDo: keine*	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Keine Bedarf	
12	**Surveillance** • Update DEMIS Roll-out: ○ Karte zum Roll-out erstellt ○ Das Erstellen der Zertifikate klappt gut ○ Weiterentwicklung der zusätzlichen	FG32

	Inhalte läuft	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • [redacted] • BAUA ABAS Update [redacted]: 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;	FG32
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Dienste wieder verlängert, weil stark ausgelastet; Aufgaben & Int. Komm. Stark ausgelastet; Presse Liaison muss wieder aufgenommen werden nä. Woche; [redacted] • [redacted] Was ist Presse Liaison? Fragen können zurzeit inhaltlich nicht bearbeitet werden. Werden zu Aufgaben und gehen dann zulasten anderer Mitarbeiter. • [redacted]	FG32
16	**Wichtige Termine** • [redacted]	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 20.07.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

222 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-20.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll
(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*20.07.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda
Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG1/INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- BMG Liaison
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International INIG** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: • Seit gestern weltweit >14 Mill. Fälle und von denen 4,2% Verstorbene, leicht absteigender Trend in Brasilien, Argentinien und Bangladesch • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner • 30 Länder über 7-Tages-Inz. > 50 Fälle/100T. Einw. • Neu sind Guatemala und Honduras • Länder mit > 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage • Selben Länder wie am Freitag • Steiler Anstieg bei Indien, Südafrika und USA, außer in Brasilien • Afrika – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) • Über 8% der Fälle weltweit • Südafrika weiterhin den meisten Fällen • Neu dabei Sambia • Amerika – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) • Außer Kanada zeigen alle Länder ansteigende Fallzahlen • US in allen Staaten ansteigend, Maßnahmen werden nicht eingehalten • Asien – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) • Anstieg der Fälle, v.a. in Indien, Israel, Japan und Hongkong • Update China: 149 Tage ohne Fälle. Aber im autonomem Xinjiang Gebiet ist seit 16.07. unter „lockdown“; 30 Fälle gemeldet • Iran: Schätzung der Regierung, dass 25 Mill. Menschen SARS-CoV-2 pos. sind, und in den nächsten Monaten weitere 30 Mill. pos. dazukommen. In Teheran: 30 Tage „lockdown“. • Europa – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) • Anstieg in Osteuropa • UK: Angekündigt, dass Todesfallzählung verändert wird. • Ozeanien: Australien – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T) • Australien: Anstieg in Melbourne trotz „lockdown“ Es wird an diesem Mittwoch die Maskenpflicht eingeführt. • COVID-19/Hongkong: • 1.886 Fälle, 12 Todesfälle • 7T-Inzidenz: 5,5 Fälle/100T. Einw.	ZIG1/INIG Inst.-leitung

	• Tests: 0,9 pro 1T. Einw.; 10T. Tests/ Tag in den letzten Tagen • Anstieg in den letzten 2 Wochen • Strengere Maßnahmen angekündigt • COVID-19/Studie • Impact of delays on effectiveness of contact tracing strategies for COVID-19: a modelling study. The lancet, 16.07.20 • Method -Impact of timeliness and completeness of contact tracing strategies using a stochastic mathematical model was evaluated. -Reff was computed for different contact tracing strategies. • Conclusion -Minimising testing delay had largest impact on reducing transmissions. -Optimisation of tracing and testing with e.g., app-based technology enhanced contact tracing effectiveness and has potential to prevent up to 80% of all transmissions. Apps arbeiten mit contact tracing • Zusammenfassung • Vergleichbar wie die letzte Woche • Asien: Anstieg in den vergangenen 7 Tagen vor allem in China (Xinjiang Gebiet), Hongkong, Indien, Israel, Oman aber auch in Zentralasien (Kasachstan, Kirgistan und Usbekistan) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • Lage National, 20.07.20 • 249 Fälle heute gemeldet. Für Montag ist dies nicht wenig • R Wert deutlich über eins • Fälle und Todesfälle pro Bundesland • Gesamt: 7-T-Inzidenz 3,1 pro 100T. Einw. • Nur NRW liegt mit 7-T-Inzidenz >5 pro 100T. Einw. • Nowcasting – Schätzung der Reproduktionszahl (R) • R liegt über eins • 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer • Über Bundesdurchschnitt liegt NRW am höchsten • Gefolgt von Bremen, Hessen, Bayern und Berlin • Geographische Verteilung in Dtl.: 7-Tage-Inzidenz • Nur LK Vechta>25 Fälle: Ausbruch in einem Geflügel-Zerlegebetrieb • Kein LK >50 Fälle • Landkreise mit den höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen	FG32 FG32

	• Am höchsten im LK Mettmann durch ein lokales Ausbruchsgeschehen • Aktuelle Ausbrüche • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] Nachfrage in NRW zu hohen Fallzahlen läuft • **Corona Kita-Studie** (Folien hier) Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren • Kooperation Deutsches Jugendinstitut und RKI • Ziel: Klärung wie stark das Öffnungsgeschehen mit gehäuften Infektionen von Kindern und Erwachsenen einhergeht • GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ARE-Inzidenz nach Altersgruppe: Hier sieht man, dass sowohl bei jüngeren und älteren Kindern gleiche Viruszirkulation. Diese ist vergleichbar mit jenen in den Vorjahren. • Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe o Anteil bei Kindern und Jugendlichen steigt deutlich an • Inzidenz Kinder (0-5 Jahre) zeigt einzelne kleinere Ausbrüche im privaten Umfeld, die Kinder betreffen. • Symptome bei Kindern: Fieber & Husten prominenten Symptomen, Schnupfen dritthäufigstes Symptom. Daher auch Covid spezifisches Symptom • Betreuung in einer Einrichtung gemäß §33: Seit Kita-Öffnungen steigt Anteil der Kita-Kinder bei SARS-CoV-2 Fällen. • Folie zu Ausbrüchen in Schulen beschreibt von 13. – 19. KW eine Lücke, die die Wochen der Schulschließungen sind. Seit Mai erfolgten Öffnungen; Die 11- bis 14-Jährigen haben größeren Anteil als die jüngeren. • Publikation aus Südkorea inwieweit Kinder zur Übertragung beitragen: Dargestellt wieviel % Folgefälle aus dem Indexfall. Die höchsten %-Werte erreichen im setting Haushalt die Altersgruppe der 10 bis 19-Jährigen.	FG37/FG32/ Inst.-leitung FG36/alle

	• evtl. Limitation, die Studie wurde während der Schulschließungen durchgeführt, dies könnte die geringen Werte in Nicht-Haushaltkontakten erklären. • Übertragung hängt vom setting ab *ToDo: keine festgelegt*	

2	**Internationales (nur freitags)** Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Corona-Warn-App (CWA) Updates: Begegnung mit einem geringen Risiko besser formuliert, in türkischer Sprache zur Verfügung, aber rechtl. Probleme, da diese im türkischen App-Store als nicht verfügbar angezeigt wird. • Wenn beim Testen der QR-Codes angegeben, aber vom Labor keine Rückmeldung erfolgt. Dies liegt daran, dass nur 5% der Labore in Dtl. den QR zur Identifizierung nutzen können. • Der längerfristige Plan ist es, dass die AG mit weiteren dafür eingestellten Mitarbeitern unterstützt wird. Die Gelder werden bis Mitte August als Haushaltsanforderung adressiert. • Die Gründe, dass so wenige Labore einsatzfähig sind, sind sehr vielseitig. Von Seiten des BMG werden diese systematisch aufgearbeitet.	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** Nicht besprochen	Inst.-leitung/ FG32
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Europa-Karte wird nicht mehr übers RKI Website veröffentlicht. Dank dem Einsatz von [redacted]. • Ohne die Europa-Karte besteht weniger Arbeit für das Web-	[redacted] Abt.3/FG36/ Institutsleitung/Presse Presse [redacted]

	Team als auch weniger Bürgeranfragen vermutet. • Bitte zur Wiedereinführung folgenden Satzes im Situationsbericht: „Im RKI übermittelten Fälle weiter rückläufig (…)“. Der Satz ist eine hilfreiche Einordnung der Lage. Dieser wird wieder eingefügt werden. *ToDo: Lagezentrum führt den oben genannten Satz zur Einordnung der Lage wieder im Situationsbericht ein.*	
6	[redacted]	[redacted] Liaison/ alle
7	**RKI-Strategie Fragen** • **Allgemein**	FG32

	• Testung von Reiserückkehrern: Testung durch Privatfirmen an Flughäfen.
	  ○ In der Praxis deutliche Abweichung von RKI-Empfehlungen
	  ○ Ziel: Noch effektiver Kommunizieren, damit Umsetzung in der Praxis klappt.
	• Testschema für Reiserückkehrer
	• unsere Haltung zu privaten Selbstabstrichtests
	• inwieweit wir dies in den Empfehlungen ansprechen
	• Testung des Abwassers in Gemeinschaftsunterkünften (GU) auf SARS-CoV-2:
	  ○ Island und Finnland haben Testungen des Abwassers der GU auf SARS-CoV-2 durchgeführt. Idee findet Zustimmung für Dtl. Nachweismethode sensitiv genug, aber ob es Zugewinn bei Früherkennung liefert ist zweifelhaft.
	  ○ [redacted](Abt.1) und BUA große Expertise
	ToDo: klare Stellung/Position dazu erarbeiten; [redacted]hatte kleine Anfrage zu vergleichbarem Thema.
	• **RKI-intern**
	Nicht besprochen
		FG36/alle
		[redacted]/Presse [redacted] /Inst.-leitung/Abt.3 [redacted]

8	**Dokumente** Nicht besprochen	ZIG/ FG34
9	**Labordiagnostik** Letzte Woche 490 Proben untersucht. Die pos. Rate liegt bei 8,9%. Es ist zurzeit relativ ruhig. *ToDo: keine*	ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Nicht besprochen *ToDo: keine*	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Kontakt mit dem finnischen PH-Institut aufgenommen. Erhalten demnächst Dokumente zur Rolle der Kinder und den Schulen beim Re-opening der Schulen im Mai. Ergebnis der finnischen Untersuchung war, dass die Schulkinder eine nachgeordnete Rolle in der Transmission haben. Publikation dazu steht bevor. • Austausch diese Woche mit den israelischen Kollegen zu	FG32 FG36

	Schulöffnungen. [redacted] stellt Kontakt zu finnischen Kollegen her.	
12	**Surveillance** • Update DEMIS Roll-out: ○ Vielen GÄ liegen Kontakte vor, 160 Zertifikate vor noch mehr haben die Software mittlerweile ○ Die Labore sind geringer dabei, aber entwickelt sich. ○ Settings differenzierter erheben sehr wichtig im Meldewesen, leider noch nicht umgesetzt • Genesene ausgewiesen, aber viele Langzeit Folgen. Idee wie bei TB-Meldung das Behandlungsergebnis übermitteln. Dies könnte vielleicht nutzbar sein für Spätfolgen Abschätzung. [redacted] Gibt es Studien zu Spätfolgen? [redacted] kennt keine Kohorten-Studie dazu.	FG32/ Institutsleitung
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG32
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG32
16	**Wichtige Termine** • Keine besprochen	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 22.07.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

224 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-22.pdf

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* [redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- AL3
  - Osamah Hamouda
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Weltweit >14,6 Mio. Fälle, >610.000 Todesfälle (Fall-Verstorbenen-Rate weiterhin bei ca. 4%) • 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. • 7-Tage-Inzidenz/100.000 Einwohner • 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. • 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. • 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. • 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. • 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 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. • Situation in Uruguay: Uruguay gilt hinsichtlich der Krisenbewältigung als Erfolgsbeispiel in Südamerika mit	ZIG1

	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. • 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. • In Uruguay wurde ein eigener PCR-Test entwickelt. • 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. • Insgesamt gibt es relativ wenig informell Beschäftigte, was ggf. Home Office eher ermöglichte. • Seit Ende April/Mai werden Maßnahmen gelockert. Schulen wurden schrittweise seit Anfang Juni geöffnet, zuerst in den ländlichen Gebieten, später in den Städten. • Tägliche Fallzahlen nehmen aktuell wieder zu, a.e. durch Krankenhaus-Cluster bedingt. • Es wird angeregt, anstelle der Verdopplungszeit die 7-Tage-Inzidenz auf der ersten Folie auszuweisen. **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • SurvNet übermittelt: 202.799 (+454), davon 9.095 (4,5%) Todesfälle (+5), Inzidenz 244/100.000 Einw., ca. 188.600 Genesene, Reff= 0,89, 7T Reff=1,01 • Aktuell auf ITS 254 (+8), davon beatmet 122 (+2) – weiterhin konstant • 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). • 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. • 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.	FG32

	• Es wurde ein 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 Farbzuweisung so einfacher. Ein Kreis (LK Vechta) sticht mit einer 7-Tage-Inzidenz von knapp 35/100.000 Einwohner hervor. • Im Wochenvergleich sticht LK Vechta in der aktuellen Woche heraus, während in der Vorwoche der LK Bad Tölz auffällig war. • LK mit höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen (absteigende Reihenfolge): SK München, LK Mettmann, SK Duisburg, SK Köln. • LK mit der höchsten 7-Tage-Inzidenz (absteigende Reihenfolge): LK Vechta, LK Bitburg-Prüm, LK Diepholz, LK Mettmann. • [redacted] • [redacted] • Die Zusammensetzung der Altersverteilung nach Meldewoche zeigt einen konstanten Verlauf. • 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. • Übermittelte Fälle nach Expositionsort: leichter Anstieg des Anteils der im Ausland erworbenen Infektionen. • Häufigste Expositionsländer: Balkan (Serbien, Kosovo), deutlich weniger aus Türkei, Bosnien und Rumänien. Kasachstan steht auch auf dieser Liste, Luxemburg hingegen nicht.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen.	FG32/alle
5	**Kommunikation** [redacted]	[redacted]/alle

	• [redacted] **Presse** • Nicht besprochen.	Presse
6	[redacted] • [redacted]	[redacted]
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b)** [redacted] • [redacted]	

	[redacted]	
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	FG32
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (freitags)**	IBBS

	• Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • In den letzten Wochen gab es viele Rhinovirus-Nachweise, weitere Viren wurden nicht nachgewiesen. • Hinsichtlich der Unterstützung durch das Konsiliarlabor wurde CORONA-MONITORING lokal Studie aus Abt. 2 bisher gegenüber der SeBluCo-Studie priorisiert. Das Konsiliarlabor hat aber inzwischen freie Kapazitäten zurückgemeldet. Diese können für Proben aus weiteren Studien genutzt werden. • 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. • [redacted]	FG17 FG34 FG32 FG37
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • 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. • 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. • Eine Fachgruppe beschäftigt sich mit strategischer Patientenverteilung zur Vermeidung regionaler Überlastung der Intensivkapazität; das Verlegungskonzept ist in Abstimmung mit Ländern. • Als Stärkung der infektiologischen Beratungskapazität sollen Mitglieder des STAKOB beim ÖGD und in Krankenhäusern stärker unterstützen können. • Eine stärkere Vernetzung mit der Dt. Gesellschaft für	IBBS

	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. • In 2 Studienvorhaben wird eine Urin-Proteom-Analyse zur Schwerevorhersage der COVID-19-Erkrankung und eine serielle Beprobung von Intensivpatienten thematisiert werden. • Medizinische Evakuierungen von international tätigen UN-Mitarbeitern häufen sich aktuell.	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** **Virologische Surveillance am Nationalen Referenzzentrum für Influenzaviren** (Folien hier) • 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. • Die Untersuchungen auf SARS-CoV-2 wurden in der 9. KW aufgenommen, SARS-CoV-2 wurde in der 11.-17. Kalenderwoche nachgewiesen. • 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. • Ab ~12. Kalenderwoche Rückgang aller viralen Erreger und frühzeitiges Ende der Grippesaison, zeitlich verknüpft mit COVID-19-Gegenmaßnahmen. • 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. • 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 Verantwortung für Risikogruppen müsste auch betont werden. *ToDo*: FG17 erstellt einen Epid. Bull. Artikel, der an die vorherigen Artikel zu GrippeWeb und dem abrupten Ende der Influenzasaison	FG17

	anknüpfen und zusätzlich mit P1 abgestimmt werden soll. **Syndromische Surveillance** (Folien hier) • 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. **SARS-CoV-2-Surveillance in ARS** (Folien hier) • 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 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. • Bei Stratifizierung der Anzahl der Tests nach Entnahmeort	FG36 FG37

	(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. • 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. • Der Anteil positiv getesteter Personen nach Altersgruppe und Kalenderwoche ist in allen Altersgruppen gleichermaßen niedrig.	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** •	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: **Freitag, 24.07.2020**, 11:00 Uhr, via [redacted]	

226 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-24.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Ca. 15,2 Mio. Fälle und ca. 623.000 Verstorbene (4,1%) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Keine Änderung in Reihenfolge o Veränderung % (7T) und 7d-Inzidenz/100.000 Ew wurde eingefügt o Indien: stark ansteigende Fallzahlen • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner o 31 Länder mit 7-Tages-Inzidenz > 50 Fälle o Afrika: Inzidenzen gehen leicht nach unten o Amerika: Surinam ist dazugekommen o Asien: keine großen Veränderungen o Europa: Montenegro ist dazugekommen • Länder mit > 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tagen o Wie bisher Brasilien, Indien, Südafrika und USA: Trends stabilisieren sich o In den letzten 14 Tagen absteigender Trend in Südafrika; virtuelle WHO Mission, gute Response o Indien: Im Rahmen eines Serosurveys wurden in Neu-Delhi >20.000 Personen getestet. Ca. 23% der Proben sind IgG positiv, extrapoliert wären das 6,6 Mio. Einwohner. Für den Survey wurden zufällig ausgewählte Personen zu Hause von Teams des Gesundheitsministeriums aufgesucht. • Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tagen o Keine großen Änderungen bei den Trends o Spanien ist hinzugekommen. Lokale Cluster im Nordosten des Landes (Familienzusammenkünfte, Jugendliche) • Länder mit 700-7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tagen o Neu dazugekommen: Luxemburg, Panama, Schweiz Simbabwe o 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) o 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.	ZIG1 FG32

- 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.
- [redacted]

	• [redacted] ○ Häufigste Expositionsländer im Ausland ▪ Meldewochen 29-30, noch nicht vollständig ▪ 157 Kosovo, 75 Serbien, 35 Türkei, 31 Bosnien-Herzegowina, diverse weitere Länder ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen ▪ Phase der zeitweisen Übersterblichkeit scheint beendet	
	• **Sprachregelung hohe Fallzahlen** ○ 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. ○ [redacted] ○ 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 geben, konkrete Maßnahmen sind eine politische Entscheidung. ○ [redacted] ○ Die Sprachregelung zu den hohen Fallzahlen wird zirkuliert und von der Presse finalisiert. Sie wird in den Lagebericht	FG32 / Presse / Alle / BZgA

	übernommen. Die Anfragen von dpa können damit beantwortet werden. Evtl. könnte sie auf der Internetseite mit einem Teaser verlinkt werden. *ToDo: Presse organisiert für nächste Woche, Dienstagvormittag eine Pressekonferenz*	
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Seroprävalenzstudien: Demnächst können Materialien an erste Länder versendet werden. • [redacted] • FG32 ist in engerem Austausch mit den Balkanländern, CDC und WHO. Es geht um syndromische Surveillance.	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Siehe aktuelle Lage	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] **Presse** • Siehe aktuelle Lage • Geplante Ausgabe zu Public Health Aktivitäten bei COVID-19 im Bundesgesundheitsblatt ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	[redacted] Presse Abt. 3 / BZgA

	[redacted]	
6	[redacted]	FG32
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Frage des Maßnahmenmonitorings steht im Raum, Gebiete mit > 100.000 Einwohner sollen tagesaktuell BMG und RKI berichten. Noch wurde kein Entschluss gefasst, nächste Woche Treffen hierzu.	FG32
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • Letzte Woche sind 280 Proben eingegangen, 36 waren positiv. • Vorbereitung auf bundesweite Studie laufen (z.B. Bestellung weiterer Geräte). • Bei FG17 keine weiteren Themen.	ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Konzept für einen länderübergreifenden Patiententransport (Kleeblattkonzept hier) ○ 3 Stufen in Hinblick auf ITS Kapazität, es werden epidemiologische Lage, verfügbare Intensivbetten (DIVI) und die Prognose benötigter Internsivbetten in den	IBBS / FG37

	nächsten 7 Tagen berücksichtigt. ○ Die Länder legen fest, ob sie sich im grünen (Normalsituation), gelben (aufwachsender Bedarf) oder roten Bereich (Überlastungssituation) befinden. ○ Im gelben Bereich findet die Kommunikation untereinander unter Einbeziehung der Länderkommission statt. ○ In einer Überlastungssituation ist die Verlegung von mehreren intensivpflichtigen Personen nötig. Für die Verlegungsstrategie, medizinische Koordination und Transportorganisation gibt es eine übergeordnete Steuerungsgruppe. Die Fachgruppe COVRIIN am RKI, berät den jeweiligen Kleeblatt-Ansprechpartner. ○ In Ruhezeiten ist sie für epidemiologische Berichterstattung, Prognose der ITS Kapazitäten (FG37+ DIVI) zuständig. ○ Das Konzept wurde zirkuliert und muss noch beschlossen werden. • FG COVRIIN: Vorstellung Studie Patientenversorgung ○ Nächsten Montag, 15 Uhr findet eine Webex Konferenz mit dem Thema: Auswertung der COVID-19 Patienten-versorgung (erste umfassende Analyse im deutschen Kontext) statt ○ Hierfür wurden >10.000 Patientendaten hinsichtlich z.B. Fallsterblichkeit, Alter, schwere Verläufe, Komplikationen, Risikogruppen ausgewertet. *ToDo:* [redacted] *wird die Einladung an Verteiler schicken.*	IBBS
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. • [redacted] •	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 ○ Anfrage vom französischen Senat an einer Online-Konferenz am 8. September teilzunehmen *ToDo: Weiterleitung an RKI-Leitung und BMG für Entscheidung, wer teilnehmen soll*	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 27.07.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

228 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-27.pdf

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* [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier), weltweit über 16 Mio. und über 640.000 Todesfälle (4,0%) ▪ 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 o Länder mit 7-T.-I. >50/100.000 Einw. ▪ Wenig Veränderungen, heute 32 Länder ▪ In Europa neu: Bosnien Herzegowina und Moldawien o Afrika –Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ 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 o Nord- & Südamerika –Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ 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 o Asien –Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ 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 Fälle ▪ Nordkorea: Meldung des ersten Verdachtsfalles, Person, die aus Südkorea nach Nordkorea eingereist ist, aus Sekretabstrichen unsichere	ZIG1 FG32

Testergebnisse, Notstand wurde im betroffenem 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)
        - 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
- Zusammenfassung: globaler Anstieg von Fällen, viele Länder verschärfen erneut ihre Maßnahmen
- Diskussion
    - 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

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
    - 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 Wochenendverzugs nicht so zuverlässig (BW & SN noch nicht übermittelt)
    - 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
- Ausbrüche
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
- Reisen
    - 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 u 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
- [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]

	○ [redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** **CWA** • Flyer für MA der GA und ambulante Praxen (Links hier und hier) ○ 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 [redacted] geschickt • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Digitale Projekte** • Symptomchecker App bei der Charité und jetzt auch im RKI im Einsatz, Abschluss der Datenschutzbelange hat gedauert • Datenspende wird immer verlässlicher, Blog-einträge sind online einsehbar, aktuell wird daran gearbeitet diese zu automatisieren	FG37/FG21 FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nichts neues seit letzter Version vom 17.07.2020	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Morgen Pressebriefing mit Präs und MA aus Abt. 3 • Viele Anfragen zu steigenden Fallzahlen, Verweis auf Webseite [redacted] • [redacted]	Presse
6	[redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	[redacted] FG32
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) GMK Beschluss** • [redacted]	FG32/alle

b) RKI-intern

- Nicht besprochen

8	**Dokumente**	

	• Entwurf zur Kontaktaufnahme im Umgang mit Roma und Sinti (vulnerablen Personengruppen) ist fertig und wird Mittwoch oder Freitag im Krisenstab präsentiert	FG32

9	**Labordiagnostik**
	• ZBS1
	  ○ 386 proben getestet, 50 (12,9%) positiv
	  ○ 2. Woche in Folge in der es ruhig ist (was Probenanzahl angeht), Zeit wird genutzt um die Kapazitäten zu erhöhen
	  ○ Studienproben sollen ab September eingehen
	  ○ Positivraten bei ZBS1 Proben sind hoch, was ist zur Testpopulation bekannt?
	  ○ Es sind vor allem Proben von Personen die in begründeter Quarantäne sind, Abstriche werden durch GÄ im Rahmen des KP Management genommen
	• Freitag findet ein ECDC Webinar zur Testung asymptomatischer Personen statt, AL1 wird dort berichten, Feedback von angeschriebenen Kollegen ist bis Mittwoch erwünscht
	• FG17: nicht neues, weiter hohe Nachweisraten von Rhinoviren, Proben sind auf alle anderen Erreger negativ
		ZBS1
		
		AL1
		
		FG17

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **COVRIIN: Vorstellung Studie Patientenversorgung** • Heute um 15:00 Vorstellung der Daten aus der Studie, Einwahldaten bei [redacted] verfügbar, dies wird mögliche Konsequenzen für den ÖGD haben, interessierte bitte melden • VPräs, AL1 sind auch interessiert	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** **Corona-KiTa-Studie: Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren** (Folien hier) • Wurde bereits letzte Woche ausführlich von [redacted] vorgestellt, die Studie selbst ist im Foliensatz erklärt • Aktuell ist der 3. Monatsbericht (mit Daten aus GrippeWeb, ARE und Meldedaten) in Vorbereitung • 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 • Ausbrüche in Einrichtungen für Kinder: 31 Ausbrüche (mit mindestens 2 Fällen) wurden angelegt, Altersgruppen häufig >14 Jahre, auch Betreuende sind oft betroffen	FG36

	• In BY gibt es einen Kita-Ausbruch, ansonsten nichts neues
	• Schulausbrüche
	  ○ 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	

13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Wegen GMK Beschluss oben unter Strategie erwähnt	FG32
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Neue Betriebszeiten am Wochenende (bereits Fr angekündigt) • Diesen Freitag 200. Betriebstag	FG32
15	**Wichtige Termine** • Heute 15:00: Vorstellen 1. Ergebnisse der COVRIIN Studie zur Patientenversorgung • Morgen 10:00: RKI-Pressebriefing	IBBS
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 29.07.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

230 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-29.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BMG

- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

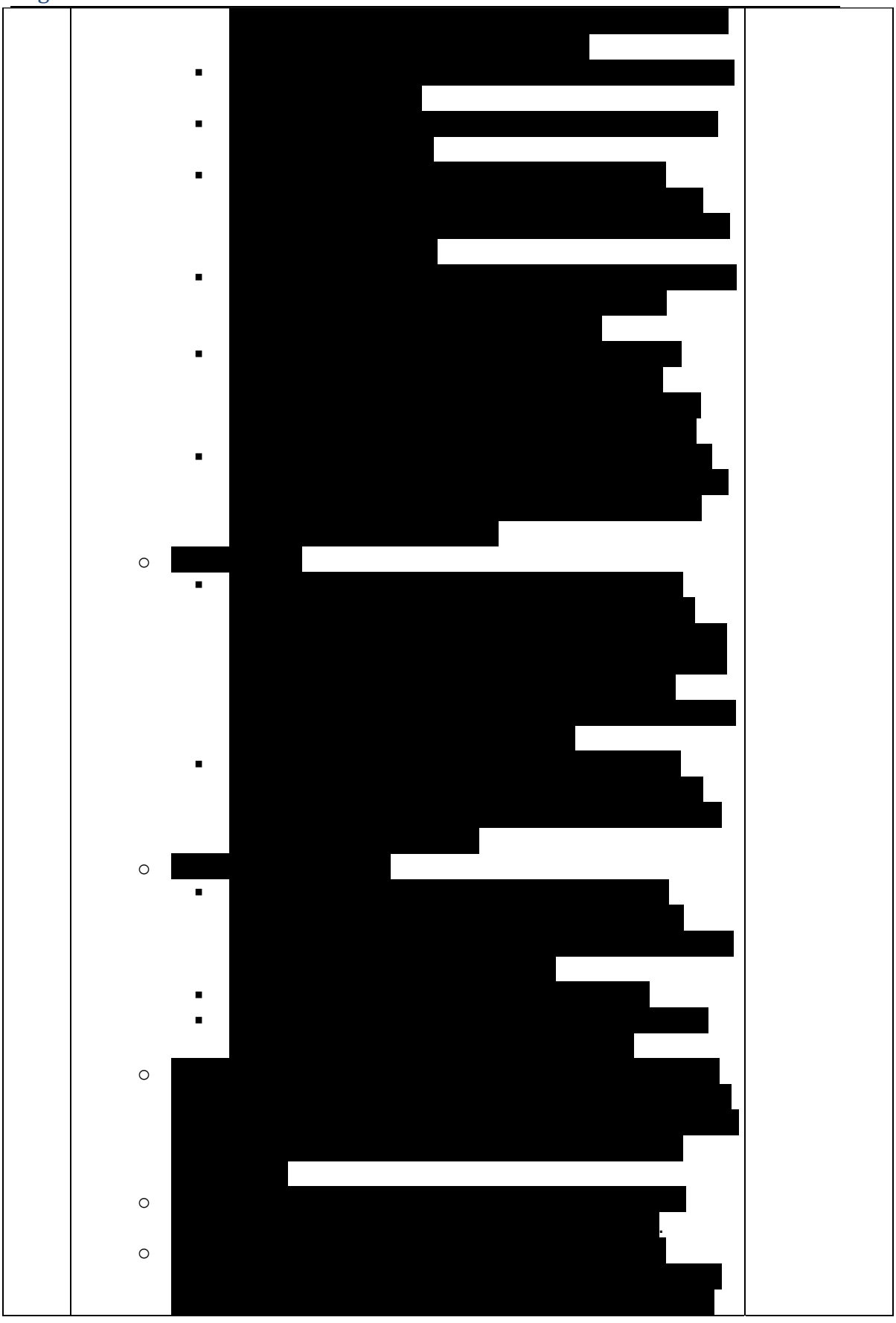
1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• Ca. 16,5 Mio. Fälle und ca. 653.000 Verstorbene (3,97%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ Unverändert, Brasilien und Indien wechseln beim 2. Und 3.Platz ab
	  ○ Trends insgesamt ähnlich, in USA absteigender Trend
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ Wenig Veränderung
	  ○ Südamerika nach wie vor stark betroffen
	  ○ Inzidenz in Südafrika nimmt ab
	• Belgien
	  ○ Anstieg der Fallzahlen seit Juli, 7T-Inzidenz: 15 neue Fälle/100.000 Ew.
	  ○ Altersverteilung: Verlagerung zu jüngeren Menschen
	  ○ Seit Anfang Mai Lockerungen nach dem Motto: Freiheit ist Regel, Verbote sind Ausnahmen
	  ○ Maßnahmenverschärfung ab heute:
	  ▪ 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
	  ○ Anstieg der Fallzahlen seit Anfang Juli
	  ○ 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
		ZIG1

	○ Region Aragon: ein deutlicher Zusammenhang von Meldungen pro Tag und neuen Krankenhauseinweisungen ist sichtbar. • Anregungen für Kommunikation: ○ 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. • Bisher Risikobewertung auf Länderebene, es sollte geprüft werden, ob dies für Spanien auf regionaler Ebene sinnvoll wäre. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 ▪ Differenz zum Vortag bei 3 BL (BW, BY, NW) wieder im 3stelligen Bereich ○ Vergleich KW29/KW30 pro Bundesland ▪ überall Zunahme der Inzidenz außer in BE, RP, SH TH ○ Nowcasting ▪ R-Wert über 1, leichter Anstieg ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer ▪ sieht im Moment weiter nach einer Trendumkehr aus, Anstieg ist durch viele BL getragen ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ LK mit Inzidenz >100: Dingolfing-Landau (189) ▪ LK mit Inzidenz >25: Hof (36), Weimar (26) ▪ 96 LK: keine Fälle übermittelt ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ Altersverteilung nach Meldewoche ist stabil. ○ Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen ▪ Tätigkeiten: häufig „unbekannt“ ▪ im Moment keine Lebensmittelbetriebe betroffen ○ Fälle nach Expositionsort ▪ Internationale Exposition nimmt wieder zu, betrifft jedoch nicht den Großteil der Fälle. ○ Expositionsländer	FG32

	▪ keine großen Änderungen, am häufigsten genannt: Deutschland, Kosovo, Serbien • Syndromische Surveillance (Folien hier) o GrippeWeb ▪ kontinuierlicher Anstieg bei Kindern scheint zurückzugehen o Arbeitsgemeinschaft Influenza - Praxisindex ▪ Arztbesuche jetzt wieder auf normalem Niveau o Arbeitsgemeinschaft Influenza - ARE-Konsultationen ▪ 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 o ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle: ▪ 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 o ICOSARI – SARI-Fälle, Anteil Fälle mit COVID-Diagnose: ▪ leichter Anstieg der SARI-Fälle, jedoch nach wie vor sehr wenige o ICOSARI – Fälle mit COVID nach Altersgruppe: ▪ ältere Altersgruppen deutlich stärker betroffen o Fazit: geringe Risikowahrnehmung in Altersgruppe der 15-25 Jährigen. Diese sollten mit altersgerechten Ideen von einer Änderung ihres Verhaltens überzeugt werden. o [redacted]	FG36
	• Testkapazität und Testungen (Folien hier) o Laborbasierte Surveillance in ARS: 3 Mio. Testungen, 96.815 davon positiv getestet (2,9%) o Aktueller Fallzahl Anstieg in ARS sichtbar o Positivtestungen überwiegen durch „andere“ Einrichtungen wie Gesundheitsämter (genauere Differenzierung wird versucht, soweit mit Routinedaten möglich) o Anzahl Testungen nach Altersgruppe: hohe Anzahl Testungen bei über 80 Jährigen, starker Anstieg bei 0-4 Jährigen in den letzten KW o Trotz unterschiedlicher Testhäufigkeit in verschiedenen Altersgruppen, vergleichbare Inzidenz o Testverzug weiter ansteigend: je mehr getestet wird, desto stärker steigt der Zeitverzug wieder o 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.	FG37

	○ Fragen: ▪ 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.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Leichte Anpassung im Lagebericht gestern ○ zur Information: versehentlich auf Webseite nicht geändert, wird angepasst	Alle
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] **Presse** • RKI informiert WHO über Art des Infektionsgeschehens in Deutschland: zurzeit „cluster of cases“ und nicht mehr „community transmission“. Hierzu gibt es eine Presseanfrage. ○ 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.	[redacted] Presse

	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. • [redacted] • [redacted]	
6	**Neues** [redacted] • [redacted] ○ [redacted]	[redacted]
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • [redacted]	FG36 / Alle



	[redacted] **b) RKI-intern** ○ Nicht besprochen	
8	**Dokumente** • Entwurf zur Kontaktaufnahme im Umgang mit Roma und Sinti ○ 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	FG32 FG36

	• [redacted] *ToDo: Entwurf für Neugliederung auf Internetseite durch Pressestelle*	FG32/ IBBS / Alle
9	**Informationen zu Arbeitsschutz** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • Am Freitag Teilnahme am ECDC Webinar • [redacted]	Abt.1

	[redacted]	

11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	• FG COVRIIN: Vorstellung Studie Patientenversorgung
	  ○ Link zur Studie wurde zirkuliert, eine deutsche Zusammenfassung soll auf die Webseite von COVRIIN gestellt werden, 1.Entwurf liegt vor
	• 2 weitere Papiere zur antiviralen Therapie wurden neu auf die Webseite gestellt:
	  ○ Zeitpunkt einer antiviralen Therapie: in der frühen Infektion und frühen pulmonalen Phase sinnvoll
	  ○ Hyperinflammationssyndrom: selten, aber mit hoher Mortalität assoziiert
		IBBS

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	

13	**Surveillance**
	• Ergebnisse der syndromischen Surveillance akuter Atemwegserkrankungen
	  ○ Siehe aktuelle Lage
	• Veröffentlichung des Berichtes zum Einsatz in Neukölln
	  ○ Verschiedene Ausbruchsberichte liegen vor, müssen nicht im Krisenstab besprochen werden
		FG36

14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** •	
17	**Andere Themen** • 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. • Nationales Forschungsnetzwerk Universitätsmedizin: [redacted] wurde um Teilnahme an einem übergeordneten Gremium gebeten und möchte wissen, wer im Institut bereits in einem der 13 Arbeitskreise aktiv ist *ToDo: Rückmeldung an [redacted], wer am Netzwerk beteiligt ist* • Aerosolbelastung: Es gibt Vorschläge von [redacted], 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) ○ Es sollen zunächst Textbausteine entwickelt werden, ideal wäre ein angestimmtes Papier. Ggf. müssen Externe wie UBA mit eingebunden werden. *ToDo: Erstellung eines Papiers mit Handlungsoptionen zur Reduktion der Aerosolbelastung in Innenräumen (FF FG 14, Mitarbeit FG 36)* • Nächste Sitzung: Freitag, 31.07.2020, 11:00 Uhr, [redacted]	

232 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-07-31.pdf

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:	[redacted]

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• 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:
	  • 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 *Eid al-Adha* 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
	  • 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)
	  • 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
	  ○ 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:
	  Low: keine Quarantäne und Testung nach Einreise
	  Moderate: Quarantäne für 7 Tage nach Einreise, keine/einmalige PCR-Testung am Ende der Quarantäne
		ZIG1

	Entlassung aus Quarantäne nach Ablauf des Zeitraum mit oder ohne einmaliger Testung High: 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. Maximum: 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: 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 -> 88% Reduzierung des Übertragungspotenzials Quarantäne für 8 Tage, PCR-Test an Tag 7 -> 94% Reduzierung des Übertragungspotenzials Mit obligatorischer 14d-Quarantäne: 0-1 aus EU und USA -> Reduzierung um 99% Eintragspotential 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 Zweite Testrunde hat eher marginale Auswirkung; Testung vor dem Flug hat ebenfalls einen geringen Vorteil, am wirksamsten nur einen Tag vor Abflug	
	○ [redacted] ○ ○ ○	ABT1/alle

	○ [redacted]	Präs
	• [redacted] ○ [redacted]	FG32
	National Probleme mit dem Dashboard • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 ○ Bis auf Saarland haben alle BL Fälle gemeldet ○ Spitzenreiter sind BW/NRW/BY • Nowcasting ○ R-Wert Talsohle erreicht, geht wieder hoch • 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer ○ Anstieg in vielen BL • Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ○ LK mit Inzidenz >100: Dingolfing-Landau (189) ○ LK Dittschmarschen unterschiedliche kleine Geschehen • [redacted]	FG32

- [redacted]

- Ausbrüche nach Setting
  Es werden Angaben zu Arbeitsplatz, Betreuung, Teil eines Ausbruch gesammelt, jedoch keine detaillierten Informationen zum Infektionssetting.
  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.
  Die Anzahl der Ausbrüche und Anzahl der Fälle, Zahl der Ausbrüche insgesamt und Anzahl der Fälle werden erfasst. 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. Ausbrüche werden auch mit einem 1Fall und dessen KP angelegt zum contact managment.
- Häufigste Expositionsländer im Ausland aus den Meldewochen 27 bis 30
  - 10-20% aller Meldung mit Exposition im Ausland
  - Balken führend, keine großen Änderung
- Anzahl Labortestungen
  - Positivenrate ist leicht gestiegen (0,8%) obwohl mehr Testungen durchführt werden
  - Kapazitäten sind gestiegen und viele Labore melden
- Mortalitätssurveillance
  - 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

[redacted]

	[redacted]	VPräs/alle
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZIG1 Präs/IBBS
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Gestern Irritationen auf Grund von Unterschieden zwischen Lagebericht und Homepage, das wurde angepasst und ist jetzt identisch	FG 32
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] **Presse** • Dashboard leider geht immer noch nicht	[redacted]

	• 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. *TODO: Presse: Stellungnahme zum ZEIT-Artikel wird aktuell vorbereitet*	Presse
6	**Neues** [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] [redacted] • [redacted] ○ [redacted]	[redacted]
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Entwurf einer Ergänzung unserer "Hinweise zur Testung auf SARS-CoV-2" sowie (interne) Hintergrundinformationen/ Testungen im Zusammenhang mit einem erhöhten Expositionsrisiko** Entwurf ist fertig und es wird Feedback zu Verständlichkeit und weiteren relevanten Faktoren seitens ABT1 erbeten.	ABT1/alle

	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. 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. Die Zielgruppe ist neben Ärzten und Betroffenen auch der ÖGD. [redacted] *TODO:* [redacted] *soll eine Erläuterung der Berechnungen und Modellierung(en) in einem separaten Paper erarbeiten. Hier wären mehr epidemiologische Überlegungen und weniger Testparameter wichtig.* **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente**	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz** ○ Arbeitsschutzstandard des BMAS ist im RKI in Abstimmung ○ Arbeit an der TRBA für respiratorische Viren mit pandemischen Potential mit fortlaufenden Telefonkonferenzen ○ Gespräche zu Arbeitsschutz an Ankünften am Flughafen und Laboren finden statt. Hausinterne Abstimmung von [redacted], IBBS mit [redacted], ZBS 1 (im UA3) und [redacted], ZBS 2 (Hauptausschuss ABAS) hat stattgefunden ○ AG Wiederaufbereitung von FFP-Masken erarbeitet Projektplan; ergebnisoffen~~,~~	IBBS

10	**Labordiagnostik**
	• ZBS1
	  ○ 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
	• Virologische Surveillance
	  ○ 129/ 218 Proben pos. auf Rhinoviren; kein Nachweis weiterer Erreger
		ZBS1
		
		FG17

11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen Vorgezogen	

13	**Surveillance**
	• Dashboard
	[redacted]
	• Im SurvNet-Update werden Infektionssettings besser erhoben
	• 200 Tage LZ:
	  ○ 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:
	  ○ 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
		FG32/Präs

	erfasst/als Aufgabe nicht angelegt ○ Bearbeitungsdauer ist gut (9 Aufgaben pro Tag); 83% abgeschlossen, einige sind Daueraufgaben ○ [redacted] ○ Ärztehotline nicht im LZ: Abt1 und 2 und Projektgruppen (25 Ärzt. MA) arbeiten hier viel mit. Aufgabe ist die Beantwortung von fachlichen Fragen. ○ Insgesamt sollten MA sensibilisiert werden, dass die Situation eher länger dauert. Einbeziehen von MA aus anderen Einrichtungen wäre vielleicht eine Option zur Unterstützung. ○ [redacted] ○ Ein Teil der Infos werden in den RKI News publiziert ○ Ideen zu Rekrutierung von neuen MA gern an [redacted] unterstützt *TODO: Infos könnten ins Portal/Intranet eingestellt werden*	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • [redacted]	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • Nächste Woche geht die KITA-Studienplattform online. Diese wird zunächst intern befüllt und geht dann Deutschland- und Europaweit online •	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 03.08.2020 13 Uhr, [redacted]	

234 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-08-03.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

- [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• 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:
	  ○ Auf 10. Position Philippinen und nicht mehr Bangladesch
	  ○ Trends ähnlich, Brasilien scheint stabiler zu werden
	• Länder mit 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner > 50 Fälle
	  ○ Äquatorialguinea dazugekommen
	  ○ Südamerika weiterhin Hotspot
	• Afrika – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T)
	  ○ Elfenbeinküste nicht mehr dabei; neu hinzugekommen Malawi; 5 Länder für 75% der kumulativen Fallzahlen verantwortlich
	  ○ Epidemie nicht mehr nur auf Großstädte beschränkt (WHO Afrika)
	  ○ Äthiopien: nationalweite Testung geplant
	• Nord- und Südamerika – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T)
	  ○ Neu ist Paraguay mit exponentiellem Anstieg
	  ○ > 50% aller Fälle weltweit
	  ○ USA Stabilisierung der Fallzahlen, Rekordwerte bei Todesfallzahlen
	  ○ Mexiko auf Platz 3 der kumulativen Todesfälle weltweit, starke Untererfassung der Fallzahlen
	• Asien – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T)
	  ○ Afghanistan nicht mehr dabei
	  ○ Indien verzeichnet nach wie vor Tagesrekorde, Testkapazitäten wurden aufgestockt
	  ○ Fallzahlen in Japan gehen nach oben, nicht mehr nur auf Tokio beschränkt
	  ○ Auf Philippinen steigen Fallzahlen rasant nach Lockerungen im Juni.
	• Europa – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T)
	  ○ 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
	• Ozeanien – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T)
		ZIG1

	○ Australien unverändert steigender Trend; Sperrzeiten Nachts eingeführt, mit Ausnahmezustand; Sorge, dass sich Ausbruch in Pflege- und Altersheime ausbreitet • [redacted] • Warum sinkt der Anteil der Verstorbenen? Im Moment starker Anstieg der Fälle, Todesfälle werden immer erst zeitverzögert sichtbar. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted]	FG32

		FG35/ FG36

	[redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ 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.
		FG36

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.	FG21

	• Datenspende: mit Fieber assoziierte Erkrankungen scheinen erkennbar zu sein • CWA: ○ [redacted] ○ 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. ○ [redacted]	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] • Diese Punkte sollen gesammelt und in der AG Diagnostik zur Sprache gebracht werden (nächste Sitzung Mitte August). *ToDo: [redacted] wird Mail mit Bitte um Ausnahme dieses Punktes formulieren.* • Eine leichtere Zugänglichkeit von Teststellen soll parallel in der AGI thematisiert werden. Es gibt eine Linksammlung mit einer Übersicht über Möglichkeiten zur Testung. **Presse**	[redacted] Abt.1 FG32

	• 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. • 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.	Presse
6	**Neues** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** • „Coronavirus in the Air“, Nature, 23 July 2020 o auf Mittwoch verschoben	

	• SARS-CoV-2 Genomdiversität (Folien hier)
	  ○ 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, dass sich Virus an Wirt anpasst.
	  ○ 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 Gangelt-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.
		FG17

	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ▪ [redacted]
		Abt.2

- [redacted]
- Studiendesign:
  - 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:
  - [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]
- [redacted]
- Darstellung aller Studien zu diesem Thema auf RKI-Webseite
- 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? ○ [redacted] ○ In Darstellung sollte noch Inzidenz, Letalität und zeitlicher Peak aus dem Meldewesen ergänzt werden.	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz** • Nicht besprochen	IBBS
10	**Labordiagnostik** • ZBS1 ○ In der letzten Woche gingen 547 Proben ein, davon wurden 91 (16,6%) positiv auf SARS-CoV-2 getestet. • Virologische Surveillance ○ Sehr hoher Anteil von Rhinoviren, bisher keine anderen Viren.	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Wird am Mittwoch besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] ○ Deutsche Gesundheitsseite mit den meisten Klicks ist im Moment die RKI-Seite, deshalb wären praktische Empfehlungen hier sehr sinnvoll.	FG14

	○ [redacted] hat Übersicht mit allen RKI-Dokumenten zur Lüftung erstellt, wird im Krisenstab zirkuliert.	
13	**Surveillance** • [redacted]	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** •	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 05.08.2020, 11:00 Uhr, [redacted]	

236 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-08-05.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*05.08.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - [redacted]
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]

- MF3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier: COVID-19 International)
	• Ca. 18 Mio. Fälle und 694.000 Verstorbene (3,8 %) weltweit (Stand 04.08.2020)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ Trends ähnlich, Länder Plätze gewechselt (Kolumbien Platz 5 statt 4 etc.)
	  ○ Absteigender Trend in den USA, Brasilien, Südafrika und Russischer Föderation
	• 29 Länder mit 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner > 50 Fälle (deutlich weniger als vor 2 Tagen), Südamerika besonders betroffen
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• COVID-19-Skepsis wird im Staatsfernsehen übertragen, Desinformations-Kampagnen
	• Neu bestätigte Fälle pro Tag: stetige Zunahme
	• Maßnahmen: Flüge fortgesetzt, Landesgrenze zu Ungarn wieder geöffnet, zu Bulgarien, Moldawien und Ukraine geschlossen
	• 14-Tage Quarantäne-Liste des MoH für Einreisende aus bestimmten Ländern
	• Ca. 18.800 Personen derzeit in häuslicher, 177 in institutionalisierter Quarantäne
	• Klare Regeln für Restaurants und Clubs, Lockdowns in 3 Gebieten
	• Festlegung Risikogebiet 2-stufiger Prozess: 1. Inzidenz > 50 (siehe Muster-Quarantäne-VO; keine Möglichkeit der Streichung von Liste durch qualitative Merkmale) oder 2. Inzidenz < 50, jedoch Hinweise darauf, dass ein relevantes Infektionsrisiko besteht (z.B. durch vermehrt importierte Fälle nach Deutschland)-> regionale Bezifferung muss möglich	

sein, um pauschale Grenzschließungsforderungen zu umgehen.

- [redacted]

National

Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier: Lage-National)

- SurvNet übermittelt: 212.022 (+741), davon 9.168 (4,3 %) Todesfälle (+12), Inzidenz 255/100.000 Einw., ca. 194.600 Genesene, Reff=0,9; 7T Reff=0,97
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

Syndromische Surveillance (Folien hier: ARE)

- Grippeweb: ARE-Raten bei Kindern von KW 30 auf 31 zurückgegangen, bei Erwachsenen jahreszeitübliches Niveau
- Praxisindex: spiegelt diese Werte wieder; relative Zahl der ARE-Arztbesuche auf normalem Sommerniveau
- Hohe Konsultations-Inzidenz v.a. durch Kinder (0 bis 4 Jahre)
- [redacted]
- ICOSARI-KH-Surveillance: Anstieg bei 0- bis 4-Jährigen setzt sich nicht fort, > 60-Jährige: kleiner Anstieg zu verzeichnen
- SARI-Fälle mit COVID-Diagnose: weiterhin stabil
- ARE: Ca. 3,5 Mio Tests seit Beginn, kumulative Positivität von 2,2 % (KW 31 etwas niedriger als KW 30, Nachübermittlung, wird diesen Wert höchstwahrscheinlich nivellieren)
- lokale Ausbruchsgeschehen abbildbar
- Testverzug unter 1,5 Tage

Laborbasierte Surveillance (Folien hier: Sars in ARS)

- [redacted]
- [redacted]
- Anzahl Testungen pro 100.000 Einw. nach Altersgr. und KW: Abnahme bei insges. 0-14-Jährigen hält weiterhin an.
- Positiven-Anteil: Inzidenz pro Altersgruppe relativ ähnlich zu letzter KW auf niedrigem Niveau in allen Altersgruppen.
- Serologische Ergebnisse nach erster positiver PCR-Testung im zeitlichen Verlauf:
  - AK-negativ (grün): ein (374), zwei (56) oder drei (12) Tests
  - AK-positiv (rot): nach ein (707), zwei (135) oder drei (47) Tests

	○ AK-positiv oder AK-negativ (braun) im Verlauf: zwei (17) und 3 (15) Tests ○ Anteil Patienten mit IgG-Nachweis nach positiver PCR pro Woche in zeitl. Verlauf: 50 % in erster Woche AK-positiv; in zweiter Woche 75 %. Im weiteren Verlauf kein weiterer Anstieg - 25 % serokonvertieren nicht. ○ IgG-Nachweis-Rate steigt mit zunehmendem Alter (Zunahme Anteil serokonvertierter Fälle) ○ IgG-Nachweisrate auf Intensivstation wesentlich höher als in Arztpraxis ○ Hier auf IgG gestützt, da höhere Kreuzreaktivität und geringere Zuverlässigkeit bei IgA und IgM, werden aber noch ausgewertet ○ Surv. ARS: gesetzliche Grundlage vorhanden, Daten werden publiziert werden können	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Derzeit kein Anpassungsbedarf.	alle
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted] *Info der KBV an AG Diagnostik, Reminder an* [redacted]	[redacted] Presse

6	**Neues** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]
7	**Strategie Fragen** **RKI-intern** [redacted] • [redacted] • Ziel: Erweiterung des Methodenspektrums am RKI um partizipative Ansätze. Methodik: aktive Einbeziehung von Zielgruppen -> Rollentausch -> Empowerment, nachhaltige und adressat*innengerechte Lösungen • Kommunikative Herausforderung in der Pandemie schwer-erreichbarer Zielgruppen, Lösungsansatz: aktive Forschungsansätze zur Analyse der Zielgruppe (photovoice, inquiry), Maßnahmen zur Einbindung	[redacted]

	bestimmter Gruppen, Risikokommunikation als aktiver Dialog (RCCE) -> entsprechende Überarbeitung des Pandemieplans auch nach der Krise. [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] **Allgemein** Konzept „marginalisierte Gruppen“ (Folien hier – Sinti und Roma) • Fokus sollte auf marginalisierte Populationen erweitert werden, um Stigmatisierung zu vermeiden • Gezielte Ansätze nötig, Effektivität von AHA-Regeln maßgeblich von Mitwirkung marginalisierter Gruppen bestimmt • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	

9	**Informationen zu Arbeitsschutz** Aktualisierte Infografik (Folien hier – Einsatzkräfte) • vollständige Überarbeitung der Empfehlung für nicht-medizinisches Personal, auch hinsichtl. Aerosolen -> Empfehlungen grundsätzlich gleich, zusätzl. Hinweis Belüftung im Freien und MNS ohne Ausatemventil. Unkalkulierbare Situation: alternativ Vollmaske bei Einsatzkräften statt FFPE *To do: Unstimmigkeit hinsichtlich Einfluss des Ausatemventils muss geklärt werden (kein Fremdschutz durch Fehlende Filterfunktion versus gewisser Abscheidungseffekt des Ventils).* *To do: Icon unten rechts auf Flyer soll ggf. überarbeitet werden (suggeriert Augen-Nasen-Schutz statt Nasen-Mund-Schutz)*	IBBS
10	**Labordiagnostik** • Paper zur Definition von Reinfektionen an Lage zugearbeitet, Ergänzung zu T-Zell-Immunität folgt • Hintergrund: Fälle wurden nach nicht unerheblichem Zeitraum erneut AK-positiv getestet: Reinfektion *versus* Persistenz. • Zu zweiter Welle muss der cutoff zum Anlegen eines zweiten Falls geklärt werden (Meldewesen nicht personen-, sondern fallbezogen) • Klärung [redacted], ob molekularbiologische Unterscheidung mittels Rückstellproben zwischen Persistenz oder Neuinfektion möglich (Evidenzgrundlage erweitern, bei ZBS bei Probeneinsendung darauf hinweisen) > im Krisenstab zu diskutieren, derzeit seltenes Ereignis • Datenlage zu Reinfektion derzeit dürftig (Anm.: anhaltende Positivität in PCR vermutlich auf Reste genetischen Materials der Primärinfektion in zellulären Vesikeln zurückzuführen) • Nachweise von Rhinoviren rückläufig (siehe oben)	FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	FG36/IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	FG32
13	**Surveillance** • [redacted]	FG32

	• [redacted] • [redacted] • [redacted]	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen** • [redacted] • [redacted]	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Derzeit erhebliche Engpässe bei Besetzung, vermehrte Unterstützung anderer Abteilungen nötig • Verstärkte Automatisierung und Reduktion täglicher Inhalte des Lageberichts nötig • Ausführlichkeit und Frequenz dem BMG wichtig • Aktuelle Lösung: ausführlicher Bericht 1x/Woche; hingegen Reduktion der täglichen Inhalte, bei Redundanz Verweis auf Dashboard ausreichend und Auslassen des Berichts am Sonntag (Konzept ist vorzulegen) • Langfristige Lösung: alle Inhalte sollen automatisiert erstellt werden (siehe Konzept RKI 2025) • Komplette Auslagerung auf das Dashboard aus Datenschutzgründen nicht möglich	
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 07.08.2020, 11:00 Uhr – 13 Uhr [redacted]	

238 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-08-07.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- Abt. 3
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier: COVID-19 International)
	• 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:
	  ○ Gleichbleibende Reihenfolge
	  ○ 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)
	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ 01.07.2020 zunächst lokale Maßnahmen in Melbourne, Testing Blizz (straßenweise Testung von Einwohnern)
	  ○ Bis 13.09.2020 Katastrophenzustand in Victoria
	  ○ Restriktionen Stufe 3 für Region Victoria und Mitchell Shire, Stufe 4 für Melbourne
	• Singapur:
	  ○ 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
	• Spanien:
		INIG

- [redacted]
  - Vielzahl von Ausbrüchen in „neuer Normalität“, wird nicht begleitet durch intensive Tests, die die notwendig wären, v.a. asymptomat. Fälle bei Jüngeren
- Britische Modellierungs-Studie: Lockerungen der physischen Distanzierung und Schulöffnungen müssen von populationsweiten Teststrategie begleitet werden inklusive Isolierung der diagnostizierten Individuen
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

National

Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier: Lage-National)

- 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 Reaktioni (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.
- [redacted]
- [redacted]

	• [redacted] • Insgesamt wird erwarteter Anstieg nach Verhaltensänderung beobachtet • Kommunikation zur der Testung der Reiserückkehrern sollte dringend angepasst/verbessert werden • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Man kann Einzelfälle verwenden (auch mit gutem Ausgang), damit die Menschen begreifen, dass die KH existiert: Realität der KH an reales Gesicht knüpfen. • 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. [redacted] *ToDo: Auswertung der Expositionsrisiken soll so schnell wie möglich publiziert werden.*	
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZIGL [redacted]

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] Wenn politisches etwas in den Hintergrund gerückt ist, dann war besserer Austausch möglich. • [redacted]	

	[redacted]	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Derzeit kein Anpassungsbedarf.	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Heute oder Montag FAQ 1. zu falsch-positiven Tests, 2. zum Anstieg der Fallzahlen und 3. Zur Arbeitsweise der Gesundheitsämter • Viele Nachfragen zu Reiserückkehrer und Exposition – Veröffentlichung des EpiBull-Artikels wäre hilfreich.	[redacted] Presse
6	**Neues** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]
7	**Strategie Fragen** **RKI-intern** • [redacted] • Auf die Webseite sollten Links zu guten Videobeiträgen/Podcasts von Wissenschaftsjournalisten etc. gestellt werden. RKI kann nicht einzelne Personen	

	darstellen, das ist Aufgabe [redacted], aber Links können eingestellt werden. „Wir brauchen Gesichter“ • [redacted]	
8	**Dokumente** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Diskussion zu Kindern wird in nächster Krisenstabssitzung im Beisein [redacted] 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.	L
9	**Informationen zu Arbeitsschutz** • [redacted] • [redacted]	IBBS
10	**Labordiagnostik**	

	• Aufgrund der Ferien geringes Probenaufkommen, 50% der Proben positiv (nur Rhinovirus)	FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Therapiehinweise aktualisiert: Informationen zuTocilizumab zur Blockade des IL-6-Rezeptors • [redacted]	FG36/IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Gestern war in den Medien eine Studie von [redacted], in der auch ein Eigenschutz belegt worden sein soll. *ToDo: FG14 wird gebeten die Studie anzuschauen und zu bewerten.*	L /FG 14
13	**Surveillance** • Umsetzung der IfSG-Änderung: Ergänzung zur Infektionsumgebung (§9) und Labormeldung negativer Teste (§ 7 (4)), beides bislang nicht umgesetzt • [redacted] • [redacted]	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen** • [redacted] • [redacted] • [redacted]	

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • Terminus Aussteigekarte eigentlich nur für Infektionsfall im Flugzeug. Diese Aussteigekarten dienen dem Zweck der Überprüfung der Einhaltung der Einreisequarantäne-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[redacted]	

240 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-08-10.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
- FG 34
- FG 36
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
- BMG

- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier: COVID-19 International) • 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:** 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** 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) Spanien (n = 314 362 Fälle , 25 840 neue Fälle in den letzten 7 Tagen) • **7-Tages-Inzidenz pro 100.000 auf subnationaler Ebene (WHO):** 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:** 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** o Brasilien, Kolumbien, Indien, USA (Trend abnehmend) • **7-Tage-Trend nach Kontinenten:** • **Afrika**	INIG

	○ 1 Mio Fälle (kumulativ) überschritten, 50% aus Südafrika, seit letzter Woche sind 17/43 insgesamt [redacted] 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. • **Amerika** ○ Argentinien und Kolumbien zeigen einen ansteigenden Trend, dieser besteht auch in Mexiko (sichtbar im 14-Tage-Trend) • **Asien** ○ Indien, Philippinen, Indonesien, Irak und Japan • **Europa** ○ 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 • Oceanien ○ In Australien stabilisiert sich die Lage • Zusammenfassung (Folie 12) ○ > 50 % der neuen Fälle und > 60 % der neuen Todesfälle in den vergangenen 7 Tagen in Nord-Mittel- und Südamerika ○ Asien: Fokusländer 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 Risikokommunikation gegen sinkende Compliance sind enorm wichtig
- Hinweise zu Belastung des Gesundheitswesen 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)
- [redacted]

National

Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier: Lage-National)

- 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.
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

	• [redacted]
	• [redacted]
	• Anteil der Symptomlosen über die Zeit:
	  ○ 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
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted] arbeitet derzeit an der Auswertung der Ausbrüche und stellt es zeitnah vor	

2	**Internationales (nur freitags)** • **Nicht besprochen**	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Ansprechpartner nicht anwesend	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • **Nicht besprochen**	
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted]	Presse

	Presse • [redacted] *TODO: Presse verlinkt die WHO EURO Webseite mit der RKI-Seite*	
6	[redacted] • [redacted]	[redacted]
7	**Strategie Fragen** **RKI-intern** • Themenbereiche/Kontext, dass vom RKI noch nicht genügend bearbeitet wurde und wo es noch notwendig wäre: 1. [redacted] 2. [redacted] *TODO:* [redacted] *tauscht sich mit* [redacted] *zu einer Berücksichtig dieses Settings in aktuell bestehenden Empfehlungen aus und passt diese ggf. an.* • Modellierung für den weiteren Verlauf: ○ Die im März erstellten Modellierungen sollen aktualisiert/angepasst werden. Es sind mehr Parameter und neuere Erkenntnisse, die darin berücksichtig werden können und sollten, hinzugekommen. 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 striktere Maßnahmen ableiten zu können. Im März	VPräs Abt. 1 FG36 VPräs/alle

	wurde vor allem Kontaktreduktion berücksichtigen. Der Effekt einzelner Maßnahmen ist schwierig abzubilden. ○ [redacted] ○ ○ • **Modellierungen von Intensivkapazitäten** werden von FG 37 dem BMG wöchentlich bereitgestellt. Diese werden von [redacted] gemacht. Da er aktuell nicht verfügbar ist, können keine Weiterentwicklungen/Anpassungen gemacht werden, aber die Berechnungen werden weiterhin wöchentlich generiert. Diese sind wichtig um abzuschätzen wann restriktiverer Umgang damit empfohlen werden soll. *TODO: LZ/FG37 teilt die Berichte mit Präs/VPräs teilen*.	VPräs/FG37
	• Gibt es Daten zum **Zusammenhang zwischen 7-Tagesinzidenz und Grad der Hospitalisierung sowie der Zeitpunkt der Zunahme der Belastung**? Es gibt eine gewisse Latenz. Hospitalisierung wird durch die demographische Zusammensetzung beeinflusst. Aktuell sind viele junge Menschen betroffen, somit sieht man einen unterschiedlichen Krankheitsverlauf. [redacted] Der Anteil der Älteren ist aktuell stabil. • Sind die aktuellen **Maskenempfehlungen** noch up-to-date? Es herrscht Verwirrung, in welchen Kontext (drin/draußen) ob und welche Masken getragen werden sollen. [redacted]	Abt1/FG32 VPräs/alle

[redacted]

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.

[redacted]

"Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review (Chu, Schünemann et al., Juni 2020, Lancet)" 2003- Mai 2020, SARS (55 included), MERS (25), SARS-CoV-2 (7); Link
Vorwiegend Studien im Gesundheitswesen einbezogen und stützt bisherigen Erkenntnisse. Atemschutz (N95) größerer protektiver Effekt als medizinischer MNS bzw. 12-16 lagige Baumwollmasken.
Die hier genannte MND ist nicht mit der gängigen in Dt. vergleichbar und Expositionsdauer muss berücksichtig werden.
Eine weitere Meta-Analyse durchzuführen ist insgesamt schwierig auf Grund der unterschiedlichen Maskenarten, die genutzt werden. [redacted]

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.
Ergebnis: Bessere Umsetzung der aktuellen Empfehlungen durch besseres Verständnis und einfache Botschaften fördern statt neuen Empfehlungen.

TODO: FG14/FG36 sollen wichtigste Messages der aktuellen Empfehlungen klar rausheben und pointierter Aufbereiten.

	TODO: Das Paper "Wrong person, place and time: viral load and contact network predict SARS-CoV-2 transmission and super-spreading events" (Preprint) von [redacted] *am WE geteilt und soll durch Modellierer bewertet werden.* • **Die Liste mit Auslandtätigkeiten und Hilfeersuchen**, die an die ZIG gerichtet werden ist sehr umfangreich. Das soll nach außen sichtbar gemacht werden. Es findet bereits ein Austausch mit der Presse statt und wird auf die Homepage gesetzt	
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** •	
13	**Surveillance** • DEMIS Rollout geht weiter • Arbeitsbelastung bei Internationale Kommunikation steigt weiter • [redacted] • SurvNet Update ist diese Woche beendet	FG32

	• 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. • [redacted] icht alle MA auf der Position Lagebericht haben ein Diensttelefon. Das Hinterlegen der privaten Nummer ist freiwillig. Weitere Besprechung der aktuellen Situation in der Leitungsrunde.	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Siehe Surveillance	
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 12.08.2020, 11:00 Uhr , via [redacted]	

242 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-08-12.pdf

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* [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF1
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1

- [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage - International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ 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 ○ Subnationale Regionen mit 7-T.-Inzidenz >50/100.000 Einw. in der WHO EURO Region ▪ 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) ▪ 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 ▪ [redacted] ○ USA Kapazität Gesundheitssystem ▪ 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	ZIG1

	○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ Malta: Quelle von Ausbrüchen in anderen Ländern (z.B. Italien), Sprachreisen: wird durch ZIG untersucht **Aktuelle Lage - National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 ○ [redacted] ○ [redacted] • 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 ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Variable ist aus 2 Gründen nicht immer befüllt: 1. softwareabhängig, ob sie einfach integriert werden kann, ist theoretisch in anderen Softwares möglich, dies wird noch einmal geprüft und Software-spezifisch ausgewertet, [redacted] 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 gekoppelt) ○ Außerdem kann Unterstützung durch die Containment Scouts, die aktuell am RKI sind, angeboten werden	FG32

	○ [redacted] ○ SurvNet wird den GA kostenlos angeboten, aber diese arbeiten auch noch in zahlreichen anderen Bereichen, die ebenfalls elektronische Daten involvieren (Gesundheits-berichtserstattung, Trinkwasser, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) ○ SurvNet ist einheitlich für den Infektionsschutz, mit DEMIS sollen in Zukunft Updates gleich schnell für alle verfügbar sein, dies wird aber erst hinterher entwickelt, zunächst ist der Fokus die Laboreinbindung • [redacted] • Ab wann soll die Sprache von „community transmission" sein? ○ Dazu ist wichtig, wo die Fälle her kommen, sind es noch Ausbrüche oder ist der Ursprung zusehends unbekannt ○ Für Freitag wird eine Tabelle hierzu vorbereitet um die Entscheidung anhand von Schwellenpunkten zu erleichtern ○ Auch während der ersten Erkrankungshäufungen gab es in Deutschland bisher keine community transmission, aktuelle Zahlen sind auch auf zahlreiches Testen (auch durch Reiserückkehrertestungen) zurückzuführen ○ Geschehen ist nicht so sehr von Clustern getragen, relativ viele kleinere Übertragungen, die nur durch gute Daten nachvollziehbar sind, um das Ausbreitungsmuster zu verstehen **Syndromische Surveillance** • GrippeWeb Daten sind weiter auf einem relativ niedrigen Niveau und nähern sich dem normalen Sommerniveau an • Nach Altersgruppe (Kindern und Erwachsene): der Anstieg von KW 31 zu KW 32 wurde durch Kinder verursacht und befindet sich auf dem Niveau der Vorjahre (nicht besorgniserregend) • [redacted] • [redacted] • [redacted] • ICOSARI-Daten (immer gleich Zahl (~70) von KKH) befinden sich auch auf dem Sommerniveau, lediglich Anstieg in spezifischen Altersgruppen (z.B. 60-79-jährige, befindet sich jedoch auch auf einem Niveau das dem der Vorsaisons entspricht • 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 ○ Sentinelsysteme stellen tolle Instrumente dar, wie ist die Sensitivität, korrelieren Inzidenzen hiermit?	FG36

	○ Dies wird eruiert und für nächsten Mittwoch mit eingebaut **ARS-Testungen** • 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 *ToDo: FG33 soll bitte für Montag ein Update zur Vorbereitung für die Impfung vorbereiten*	FG37
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** [redacted] • 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, [redacted] **Presse** • Falsch positive Tests sind weiterhin ein Thema in den Medien, es wurde eine gute Sprachregelung und FAQ erstellt doch es bleibt ein Lieblingsthema der Verschwörungstheoretiker und kommt deswegen noch stets vermehrt auf • 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 **Sozialhygiene RKI-MA**	[redacted] Presse

	• 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 • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	Presse/Präs /alle
6	[redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]
7	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** • [redacted] 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 Ausschuss für Gesundheit und der GMK zur Kenntnis übermitteln. • 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	Präs/alle

	• 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 • [redacted] • Strategie wird jetzt veröffentlicht und die Anlage ggf. später ergänzt **RKI-intern** • Nicht besprochen	

8	**Dokumente**
	Kontaktpersonenmanagement (Dokument hier)
	• Anpassung nach Kommunikation mit [redacted]
	• 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
	  ○ In die allgemeinen Prinzipien/Vorbemerkung
	  ○ 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
	
	Übersetzung von RKI Empfehlungen
	• ZIG erhält viele Anfragen zum deutschem KoNa-Konzept, auch ob Dokumente auf Englisch geteilt werden können
	• 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
		FG36
		
		ZIG/alle

	• Es soll eine Abstimmung zwischen federführenden OEs (IBBS, ZIG, Abt.3) geben um genaue Dokumente, gleiche Terminologie, Übersetzer, usw. abzustimmen • [redacted] • 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	**Labordiagnostik** • FG17: Rhinoviren 50% in Proben letzter Woche	FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Modellierung Teststrategien bei Reiserückkehrern** (Folien hier, Tool zum Ausprobieren in diesem Ordner hier) • [redacted] (FG17) und [redacted] (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? ○ RKI entscheidet nicht die nationale Teststrategie ○ Tool ist sehr interessant um Maßnahmen zu quantifizieren und an der Realität zu schärfen, dies erlaubt evtl. die Maßnahmen zu optimieren, ist ggf. auch für Testungen im Inland interessant (z.B. asymptomatische Personen) ○ Tool wird in vom BMG geleitete AG Diagnostik eingebracht ○ Nach Tool machen zwei Tests und dazwischen Kurzquarantäne bezüglich Risikoreduktion am meisten Sinn (auch nach [redacted]) ○ [redacted]	MF1/FG17

	[redacted] ○ 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)	
12	**Surveillance** [redacted] • Auf Freitag verschoben	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** **Aussteigerkarten** • [redacted] • [redacted] • Probenaufgabescheine 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 • [redacted] • [redacted] • 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, eindeutigere Kommunikation? • [redacted] • Parallel versucht [redacted] (Abt. 3) Teststationen für die Voxco-Abfrage einzubinden	FG32/alle

	• [redacted], 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)** • Nicht besprochen	FG32
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 14.08.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

244 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-08-14.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• Ca. 20,6 Mio. Fälle und ca. 750.000 Verstorbene (3,6%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ Bleiben unverändert
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ 35 Länder mit 7-Tages-Inzidenz >50
	  ○ Neu dazugekommen: Afrika: Eswatini, Amerika: Belize, Europa: Malta
	  ○ Nicht mehr dabei sind: Oman, San Marino, Luxemburg
	• Zusammenfassung der Europäischen Subregionen
	  ○ Länder mit >50 neue Fälle /100.000 Einw. in letzten 2 Tagen: einzelne Regionen in Albanien, Belgien, Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Rumänien, Spanien
	• Spanien:
	  ○ Situation hat sich in letzten 2 Wochen verschlimmert. Insgesamt mehr als 300.000 Fälle mit ca. 28.500 Todesfällen, fast 9% Fallsterblichkeit
	  ○ In letzten 7 Tagen jedoch nur 0,23% Fallsterblichkeit, aktuellen Fälle sind jünger, als in Frühphase
	  ○ 7-Tagesinzidenz landesweit knapp über 50
	  ○ Balearen mit 7T-Inzidenz von 64,13, fast 90% junge Leute
	  ○ Wie groß ist der Anteil von spanischen Touristen? Keine Information hierzu gefunden, wird recherchiert.
	  ○ Wie viele haben Symptome und welche Symptome treten bei Fällen unter jungen Leuten auf? Keine Angaben hierzu, asymptomatische und milde Fälle steigen
	  ○ Sorge: Ballermann als neues Ischgl
	  ○ [redacted].
	  ○ Aktuelle Zahl an Todesfälle sagt noch nichts über tatsächliche Todesfälle aus, da deutlicher Zeitverzug bei Todesfällen.
	• Italien und Malta
	  ○ Malta neu dazugekommen, Fälle steigen, aber nicht Todesfälle
	
	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  ○ 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
	  ▪ deutlich über 1.000 neue Fälle
		ZIG1
		
		FG32

	○ Fälle und Todesfälle pro Bundesland ▪ [redacted] ○ Nowcasting ▪ Stabil um die 1 ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer ▪ Sehr eindrucksvoller Anstieg der 7-Tages-Inzidenz ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ [redacted] ○ Landkreise mit höchsten Fallzahlen in letzten 7 Tagen: ▪ [redacted] ▪ Einige LK mit Inzidenzen knapp unter 25 ○ Aktuelle Ausbrüche ▪ [redacted] ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland ▪ 4 Wochen Verzug, aktuellste Daten von Juli: Es gibt keine Übersterblichkeit mehr. • Befürchtung: Anstieg wird sich weiter fortsetzen und beschleunigen, nur wenige Interventionsmöglichkeiten. ○ [redacted] ○ 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 Informations-kanälen. [redacted].	Alle

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] 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. • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted]	[redacted] FG32 / FG34 / PAE

	▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ Empfehlungen: ▪ weitere niederschwellige Testangebote und gesundheitliche Ausklärung, Verbesserung des Datenmanagements, Austausch mit anderen GA mit ähnlichen COVID-19 Geschehen zu Erfahrungen ○ Einreichung für ESCAIDE? Vielleicht nicht genug für wissenschaftliche Publikation, evtl. Veröffentlichung im Epid. Bull.? ○ 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?	
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] • 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. • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] • Das Ausweisen der Risikogebiete bedeutet ein enormes Arbeitsvolumen für Public Health Intelligence • Anerkennung PCR-Testung aus Risikogebieten ○ [redacted] ○ [redacted]	ZIG AL1

	○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted], 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. ○ [redacted] Frage auf Anforderungsschein nicht vorhanden, müsste händisch vermerkt werden. ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] haben kein zusätzliches Risiko. ○ Berücksichtigt werden sollte, dass nicht nur bei [redacted] getestet wird. ○ Es gibt keine Info, ob die positiv Getesteten symptomatisch oder asymptomatisch waren. ○ [redacted] 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. ○ [redacted]	AL3

3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**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. *ToDo: [redacted] erstellt Entwurf für Text und zirkuliert diesen im Verteiler Krisenstab; am Montag Besprechung im Krisenstab* • Abschnitt zu Superspreading Event ist sehr gelungen und könnte verlinkt werden.	Alle
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] **Presse** • Ziemlicher Anstieg von Presseanfragen seit Mittwoch • [redacted] • [redacted]	Presse
6	[redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** • Vorgestern wurde versehentlich eine alte Version (vor Überarbeitung im Krisenstab) des Strategiepapiers veröffentlicht. (Anmerkung Datum in Dateinamen sinnvoll) ○ Nun soll das Papier nochmal kurz überarbeitet werden, der Teil zur Impfung mit Hr. Wichmann besprochen und bis	ZIG / Alle

	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. • 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. ○ Es ist unwahrscheinlich, dass die hohe Testkapazität für längere Zeit beibehalten werden kann. Der Markt für Testkits wird sich vermutlich verknappen. *ToDo: Für nächsten Bericht mit Ausweisung der Testzahlen soll in Abstimmung mit BMG Disclaimer formuliert werde.*	Abt.3
8	**Dokumente** • am Montag: Besprechen des Entwurfs zur Definition Reinfektion • Änderungen im Kontaktpersonenpapier: noch nicht veröffentlicht	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • Nicht besprochen	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG14
13	**Surveillance** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG32 [redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Schlussfolgerungen:
  - 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.
- [redacted]
- 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)
- Symptomfreiheit 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	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Position internationale Kommunikation: ○ 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 [redacted] bestätigt werden. • Aussteigekarten: ○ [redacted] ○ 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.	FG32
16	**Wichtige Termine** •	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 17.08.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

246 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-08-17.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ZBS1
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ Indien hat die meisten neuen Fälle
	  ○ Die anteilig größte Zunahme zeigt sich in Kolumbien
	  ○ Spanien als einziges EU-Land gelistet
	  ○ Absteigender Trend in den USA, Russisch. Föderation, Südafrika als auch in Chile
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ 35 Länder mit 7-T.-Inz. > 50/100.00 Ew.
	  ○ Neu dabei sind: Kasachstan mit 50,3 und Luxemburg 53,1
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 EW, WHO EURO
	• Zusammenfassung der Europäischen Subregionen mit >50 Fällen/ 100k Ew.
	  ○ Neu in der Liste: In SPANIEN: Region Rioja, CH: Genf, LUX: Region Luxemburg, SCHWEDEN: Kronoberg, KROATIEN: Splitsko-Dalmatinska
	  ○ Nicht mehr dabei Albanien, Bulgarien, Serbien
	• Situation in Splitsko-Dalmatinska (Kroatien)
	  ○ Kroatien: 7-T.-Inzidenz 21,61, aber Region Split liegt bei 50,92
	  ○ Obere rote Kurve zeigt die aktuellen Fälle: Eine zweite Welle, die bereits etwas abfällt
	  ○ pos. Testrate bleibt niedrig
	  ○ [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  ○ 561 Fälle , insgesamt kaum Änderung
	• Fälle und Todesfälle pro BL
	  ○ am WE übermitteln wieder alle BL
	  ○ [redacted]
	• 7-T.-Inz. nach Meldedatum BL
		ZIG1
		
		BMG
		
		[redacted]/ FG32

	○ [redacted] • Nowcasting-Schätzung R ○ Vergleichbar zu den Vortagen • Geographische Verteilung in Dtl.: 7-T.-Inz. ○ 5 LK mit >25-50 Fällen/100k Ew. ○ 0 LK mit >50-100 Fällen/100k Ew. ○ [redacted] • LK mit den höchsten Fallzahlen in letzten 7 T. ○ [redacted] ○ [redacted] • Update Ausbrüche ○ LK Ding.-Landau bekannter Ausbruch, dennoch in letzten 7 T. über 100 Fälle. ○ [redacted] • Fälle mit Angaben Epidemiologie [redacted] ○ 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 ○ [redacted] ○ 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 • Fälle mit Angaben Epidemiologie (nach BL) ○ nach BL unterschiedlich gut ausgefüllt • Fälle mit Angaben Epidemiologie (nach Meldesoftware) ○ nach Software bei SurvNet 50% mit epidemiologischem Link; hingegen Octoware nicht so vollständig • GA werden ihr Meldeverhalten im BL-vergleich zurückgemeldet bekommen. [redacted]	
	COVID-19 Deutschland, Trends KW 27-33 nach Alter, Geschlecht und Region, SurvStat Abfrage (Folien hier) • COVID-19 Inz. nach Altersgruppen ○ Zurzeit haben die 20-24-jährigen eine höhere Inz. als die andren Altersgruppen. ○ Im zeitlichen Verlauf: Ab KW10 zunächst 50-59-jährigen und jüngere betroffen; ab KW13 Inz. bei 80+-jährigen deutlich am höchsten. • COVID-19 Inz., Altersgruppe 20-29 Jahre	[redacted] FG32

	[redacted] • GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ○ Akute resp. Infektionen haben das Vorjahresniveau erreicht; Barrieren, wie beim lock down, nicht mehr aktiv	Inst.-Leitung [redacted]FG36

	• 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
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	
	ToDo: Lagebericht: SurvStat-Auswertung einfügen, dass zurzeit vermehrt junge Männer betroffen sind.	

2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	• Update digitale Projekte (nur montags) • 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. • Europäisch kompatibel ausgerichtete CWA ist mit Ressourcen nicht zu leisten, obwohl dies legitime Überlegungen sind. • Grundsätzlich erfordert die Funktionalität durch wiederkehrende Modifikationen der Betriebssysteme (Google, Apple) viel Arbeit. • Müssen stärker in die Evaluation der CWA gehen. [redacted]	[redacted]/ FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Aktualisierung der Risikobewertung • Vorstellung der Änderungen: -Hinweis auf Anstieg der Fallzahlen -Bundesweit zu größeren und kleineren Infektionsgeschehen -[redacted] -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	[redacted]/Alle

	• Entwurf zur Aktualisierung der Risikobewertung als ausführlichere Gestaltung wird von Mehrheit angenommen • Deutschland bleibt bei cluster transmission, auch wenn die LK mit 0 Fällen weniger werden. Noch keine community transmission. • Presse bittet um Einfügen des Vermeidens von Menschenansammlungen ***ToDo: Abt.3 diskutiert seine Haltung zur community transmission vor***	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Anfang September ist Wiedereröffnung des RKI Museums geplant. Stimmen alle dieser zu? Aus Zeitgründen Entscheidung verschoben ***ToDo: Wiedereröffnung des RKI Museums nächsten Montag (24.08.20) diskutieren***	[redacted]
6	[redacted] • [redacted]	[redacted]

7	**RKI-Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	• Nicht besprochen
	b) RKI-intern
	• Aktuelle Entwicklungen zum COVID-19-Impfstoffe
	Update – COVID-19 Impfstoff-Entwicklung und Einführung der Impfung in Deutschland (Folien hier)
	
	• Überblick Impfstoffentwicklung COVID-19
	  ○ Weltweit gibt es über 170 Projekte für die Entwicklung von COVID-19 Impfstoffen
	  ○ Aktuell 26 Impfstoffe in der klinischen Entwicklung in Europa, USA, Asien / China, Aus
	  ○ Individuelle Entwicklungsprogramme werden kontinuierlich adaptiert
	  ○ Die meisten Impfstoffe werden global entwickelt
	  ○ In Phase 3 sind 7 Impfstoffe
	  ○ Zugelassen ist bisher kein Impfstoff
	• Impfstoffe, die für eine zeitnahe Impfung in Dtl. derzeit in Betracht kommen (Liste nach PEI)
		[redacted]
		FG33

- 7 Impfstoffe
- Von denen hat Oxford/AstraZeneca einen Vertrag mit der EU über 400 Mio. Impfdosen

- Oxford/AstraZeneca - ChAdOx1 nCoV-19
  - Oxford/AstraZeneca im Vgl zu Menigokokken Impfstoff
  - 2-malige Impfung wahrscheinlich nötig
- Safety & WT-NT Immunogenität von Oxford/AstraZeneca
  - Oben zeigt gelber Streifen Reaktogenität, unten Immunität, nach erster Dosis noch unter Zielwert
  - Quelle: Folegatti et al. Lancet, 2020
- Moderna - mRNA mit Lipid Nanopartikel (LNP)
  - Ergebnisse Phase1/2 publiziert: Jackson et al. NEJM, 2020
  - Placebo-kontrollierte Phase 3-Studie in USA seit Ende Juli
- Moderna –mRNA-1273 - Nebenwirkungsprofil
  - Vergleich der Dosengruppen hinsichtlich den Neben-wirkungen
  - keine schwerwiegende Nebenwirkungen, aber im Vgl zu herkömmlichen Impfstoffen schon mehr
- Moderna –mRNA-1273 – Immunogenität
  - Immunogenität überzeugender als bei Oxford, nach der zweiten Impfung liegen Werte über denen von Rekonvaleszenten, sehr viel versprechend
- BioNTech-BN162b1 – DE-Studie, Neutralisierende Antikörper
  - NT unter Nutzung verschiedener Virus Varianten
- Novavax – NVX-CoV2373, adjuvantiert
  - letzte Woche erste Daten publiziert: Immunogenität 4x höher als Rekonvaleszenten gefunden
  - Zu klärende Frage: Schutz der Impfstoff nur vor der Erkrankung oder vor der Weitergabe des Virus?
- Neutralizing Antibody Responses
  - Novavax Impfstoff nach 2. Impfung Antibodies höher als bei Rekonvaleszenten
- Timelines & Offene Fragen
  - 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.
- Von der Entwicklung bis zur Einführung
  - 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
- FAQs zu COVID & Impfen (Stand: 03.07.2020)

	• Vorstellung Konzept für die Einführung und Evaluation einer Impfung gegen COVID-19 in Deutschland
	• Nächste Schritte
	  ○ Konzept zur Umsetzung der Impfung (Routinesystem vs. Impfstellen)
	  -Entscheidung BMG/Bundesländer steht aus
	  ○ Konzept zur Impfquoten-Erfassung
	  -Entscheidung BMG steht aus (Konzept KV/GKV)
	  ○ Verhandlungen mit Herstellern / Teilnahme EU Joint Procurement
	  -zu Impfstoffen laufen (BMG)
	  -zu Nadeln / Spritzen = Abfrage Bundesländer
	  ○ Austausch mit Bundesländern
	  -erster Termin Donnerstag diese Woche (AGI)
	  -Entwurf eines Impf-Konzepts durch Bremen (Vorsitzland)
	• 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.
		[redacted]
		FG32

8	**Dokumente**	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • [redacted] • [redacted] Knapp 10% Positiven Rate; diese ist etwas gesunken.	FG17 ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Falldefinition Reinfektion • Aus Zeitgründen auf Mittwoch verschoben ***ToDo: Auf Agenda für Mittwoch, den 19.08.20***	FG36
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**	
13	**Surveillance** ○ Macht KoNa Sinn bei so kleinen Anteilen der Angaben zu Kontakten in den Meldungen? ○ Auch wenn wir in unseren Meldedaten dies nur in ¼ der Fälle sehen, wichtigste Info für unsere Handlungsempfehlungen ○ KoNa ist die ureigene Aufgabe des ÖGD	Inst.-leit. Alle

14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • Keine benannt	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 19.08.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

248 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-08-19.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]

- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage
	  ▪ 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.
	  ▪ 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 (Datenstand 17.08.2020): 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 (Datenstand 18.08.2020), nur EU EEA und Balkanländer
	  ▪ 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
	• Lage Kroatien
		ZIG1

- Wurde Montag präsentiert, Region Split-Dalmatien und nördlich davon Sibenik-Knin (74/100.000) mit hohen Inzidenzen, gefolgt von Lica-Senj
- [redacted]
- Betrifft vor allem junge Erwachsene
- Häufig wird die Aufenthaltsregion nicht spezifiziert, IfSG erwähnt Nennung des Landes (nicht der spezifischen Region),

- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]

- Lage Frankreich
  - 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)
  - Départmements 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, R0 und Belastung Intensivkapazitäten
- Gesamtbewertung für das Festland Frankreich (noch) grün
- [redacted]
- Inzidenz an Deutschlands Grenzen zw. 10-13/100.000 Einw.

National FG32

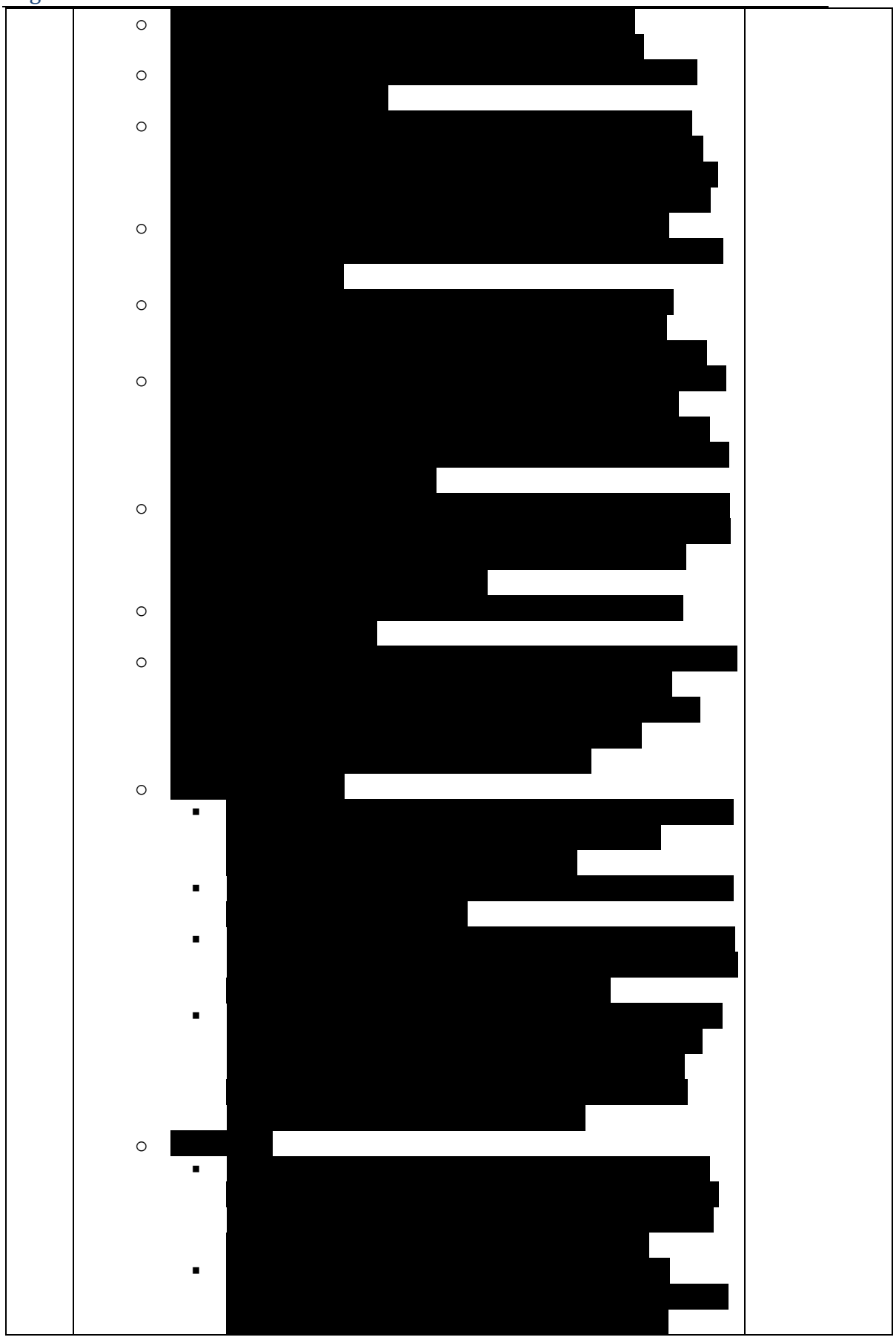
- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 226.914 (+1.510), davon 9.243 (4,1%) Todesfälle (+7), Inzidenz 273/100.000 Einw., ca. 203.900 Genesene, Reff=1,03, 7T Reff=1,08
  - Fallzahlen
    - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
    - Nach Altersgruppen hier vermehrt jüngere Menschen, geringer Anteil bei älteren

	▪ [redacted] ▪ 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 ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG37

- Laborbasierte SARS-CoV-2 Surveillance in ARS (Folien hier)
  - 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)
    - [redacted]
  - Testungen nach Altersgruppe: höchste Altersgruppe (≥80) stabil, 0-4 Jahre Anstieg KW25-27, aktuell vor allem Anstieg bei 15-59-jährigen
  - [redacted]
  - Frage: soll das System erweitert werden (z.B. gesonderte Erfassung von Teststationen) durch mehr Ressourcen wenn es nicht langfristig bleibt?
    - 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 ▪ [redacted] ▪ 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-Zeitrahmen möglich ▪ ARS soll vorerst weitergeführt und die Datentiefe erweitert werden, 50.000 Euro für ein gut funktionierendes System sind sinnvoll investiert ▪ [redacted] kontaktiert Softwarehersteller und berichtet ○ [redacted]	FG36
	• Syndromische Surveillance (Folien hier) ○ GrippeWeb: momentane ARE Raten auf Niveau von 2018-19, unspektakulär aber nicht niedriger als sonst, ebenso nach Altersgruppen, Kinderraten sind letzte Woche angestiegen und jetzt wieder niedriger, Erwachsene ungefähr gleichbleibend, beides auf dem Niveau der Vorsaisons ○ 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	

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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% • Schätzung der Hospitalisierungsinzidenz (hinter Folien zu syndromischer Surveillance hier) ○ Aus ICOSARI-KH-Sentinel: Gesamtzahl aller aufgenommener (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) ○ Generell wäre eine Nacherfassung notwendig, diese wird im Meldesystem von den GA nicht geleistet ○ Abgleich der Daten diverser Systeme ist in der Übergangs-zeit 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 • Auswertung Ausbrüche (Folien hier) ○ [redacted]	FG36 FG36



	[redacted] ○ 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** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • STIKO Stellungnahme zu Vorgehen bei Priorisierung des COVID-19-Impfstoffes jetzt online • Pressestelle wird überrannt von Journalisten, die teilweise auch rechtliche Schritte einleiten wollen, Presse ist dazu im Gespräch mit Medienanwalt, weiteres Vorgehen ist nicht klar • Zunehmend wird der Punkt erreicht dass es nicht mehr geht • [redacted]	[redacted] Presse

	○ [redacted] ○ Risikogebiete machen darüber hinaus und generell unfassbar 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	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** **Anpassung KoNa Management Papier** (Link hier) • Das Papier soll angepasst werden, [redacted] hat Vorschläge entwickelt • Anpassung veralteter Einschätzung „aufgrund aktuell rückläufiger Anzahl" zu „moderater Anzahl der neuen, autochthonen…" in der Vorbemerkung • 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 Grunde das 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 • [redacted]	FG36

	[redacted] • Liegt in der Hand der Fachgesellschaft, diese hat ein Tool angekündigt, durch das Übertragungen in Zahnarztpraxen (von Patienten und Angestellten) gemeldet werden • [redacted] „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	**Labordiagnostik** • Nicht besprochen	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Falldefinition Reinfektion** • Nicht besprochen	
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 [redacted]	

250 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-08-21.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - [redacted]
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage
	  ▪ Weltweit >22 Mio. Fälle, >780.000 Todesfälle (3,5%)
	  ▪ Länder gleich geblieben, Hälfte der Länder zeigt absteigenden Trend
	  ▪ Spanien von Platz 10 auf 7, sehr starker Anstieg in Spanien: +40.000 Fälle, Anstieg von 71% im Vgl. zur Vorwoche (v.a. Madrid, Catalunien, Aragon etc.), laut WHO Sitrep weiterhin „clusters of cases“
	  ○ 7-Tages-Inzidenz >50 Fälle/100.000 Einw. (Datenstand 20.08.2020)
	  ▪ In Afrika Namibia hinzugekommen
	  ▪ Europa: zusätzlich Andorra, Bosnien und Herzegowina
	  ▪ In Ozeanien hat Guam eine 7-Tages-Inzidenz >50
	  ▪ Die meisten Länder mit 7-Tages-Inzidenz >50 in Amerika, v.a. Südamerika
	  ○ Zusammenfassung der europäischen Subregionen (Datenstand 20.08.2020)
	  ▪ Tabelle zeigt alle Regionen, die seit der letzten Krisenstabssitzung neu auf der Liste sind: Bosnien und Herzegowina (Banja Luka, Posavsi, Trebinje-Foča), Gibraltar, Rumänien (Dolj, Gorj), Spanien (Castilla-La Mancha)
	• Lage Malta:
	  ○ Über 1000 Fälle, 9 Todesfälle (0,66%)
	  ○ 7-Tages-Inzidenz seit dem 13.08. mit Unterbrechung am 17.08. >50 / 100.000 Ew
	  ○ Laut WHO SitRep von 16.08 „sporadic cases“
	  ○ Anstieg der neuen Fälle seit Ende Juli/Anfang Aug., über EWRS haben viele Länder über importierte Fälle berichtet
	
	National
	• 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
	  ▪ Fall-Verstorbenen-Anteil sinkt, v.a. da derzeit eher jüngere Personen infiziert sind und Todesfälle grds. hinterherhinken
	  ○ Fälle und Todesfälle pro BL
		ZIG1
		
		FG32

	[redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Anzahl Labortestungen: ▪ 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 Teste ▪ 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): ▪ 4 Wochen Latenz, keine Übersterblichkeit, etwas unter Durchschnitt der Vorjahre ○ Diskussion: ▪ 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.	alle

	▪ Risiko durch Testung um 1/7 reduziert, negativ Getestete wiegen sich oft in falscher Sicherheit, ggf. im Lagebericht unterbringen ▪ [redacted] ▪ 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.	
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • Viel Austausch mit anderen Ländern • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Mission mit Intra Action Review geplant für Anfang September • Diskussion: ○ 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. *ToDo:* [redacted] *wird nochmals nachfragen, ob die Risikogebiete auf Seiten der Ministerien bzw. der Bundesregierung ausgewiesen werden können.*	ZIGL alle
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	

5	**Kommunikation**
	[redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	Presse
	• Alle Bürgeranfragen, die ankommen können an [redacted] 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.
	  ○ 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.
		[redacted]
		Presse, FG32

6	[redacted] • [redacted]	

7	**RKI-Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	• Nicht besprochen
	b) RKI-intern
	• Vorschlag zur Veränderung der Krisenstabssitzung für größere Effektivität:
	  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
		[redacted]
		alle

	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 diskuktiert werden könnten. Es sollte eigentlich in dieser Woche ans BMG geschickt werden, aber [redacted] klärt mit [redacted], ob das Papier breiter abgestimmt werden kann und die Fragen am Montag, 24.08. zunächst im Krisenstab besprochen werden können. *ToDo: Strategiefragen aus Strategiepapier sollen am Montag im Krisenstab besprochen werden.* • Frequenz des Krisenstabs soll nicht reduziert werden, aber es sollte straffer organisiert werden.	
8	**Dokumente** • Kontaktpersonenpapier ○ Input von FG37 wird noch aufgenommen • Vulnerable Gruppen ○ [redacted]	FG36 FG32
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • [redacted]	FG37

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ Ergebnisse des Termins werden im Krisenstab vorgestellt und diskutiert.	
10	**Labordiagnostik** • ZBS1: ○ 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 • FG17, virolog. Surveillance: ○ 155 Einsendungen, 84 pos. für Rhinovirus, alle anderen getesteten Erreger negativ • AG Diagnostik im BMG: ○ FF der AG Diagnostik inzwischen im BMG, Moderation von [redacted] ○ 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 [redacted] erfolgt, [redacted] wird ebenfalls teilnehmen zu Tests und Probennahme bei Kindern ○ Interne AG Diagnostik existiert weiter • Attenuierende Mutationen: ○ [redacted] hat letzte Woche vorgetragen, dass es Mutationen mit besserer Transmissiblität 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 *ToDo: Studie zur möglichen Attenuierung wird in der AG Diagnostik diskutiert und im Krisenstab vorgestellt.*	ZBS1 FG17 AL1, FG36
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • SurvNet-Update:	FG 32

	○ 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 • DEMIS: ○ Die meisten Softwarehersteller können DEMIS umsetzten ○ 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. *ToDo:* [redacted] *soll die Informationen zur Übermittlung der Testergebnisse mittels CWA in einer der nächsten Krisenstabssitzungen vorstellen.*	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Aussteigekarten: ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Wie gehen wir damit um, wenn ein Amtshilfeersuchen zur Verteilung der Aussteigekarten eingeht? Da wir auch fachlich nähere Amthilfesuchen aus Kapazitätsgründen	FG 32; ZIG

	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. ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted]	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Der geplante Inter Action Review liegt immer noch beim Datenschutz. Da keine Freitext-Kommentare bei einem anonymen Fragebogen erlaubt sind, soll der Fragebogen nun doch personalisiert werden, wird aber nicht personalisiert ausgewertet. • 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.). • Es soll nächste Woche nochmal berichtet werden, ob genügend Unterstützung gefunden wurde.	FG 32
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
17	**Andere Themen** • Bewertung PrePrint Modellierungsstudie Transmissionswahrscheinlichkeit von Goyal et al.: ○ [redacted] hatte Bewertung durch [redacted] angefordert. ○ Es geht um Superspreading – große Dispersion, wird erklärt durch Viruslast und Kontakt, Schwankungen durch aerosolische Übertragung ○ Insgesamt keine wichtigen neuen Erkenntnisse.	FG 34

	• 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? ○ Soll nochmal geprüft, aber wenn möglich abgesag werden *ToDo: LZ/[redacted] prüft, ob die Teilnahme abgesagt werden kann.* • Nächste Sitzung: Montag, 24.08.2020, 13:00 Uhr[redacted]	FG 36

252 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-08-24.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*24.08.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- AL1
  - Martin Mielke
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1

- [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage
	  ▪ Weltweit > 23 Mio. Fälle, >800.000 Todesfälle (3,5%)
	  ▪ Länder gleich geblieben im Vgl. zum 21.08.2020, 7 mit absteigendem Trend
	  ▪ Indien, Peru und Spanien mit ansteigendem Trend (dabei Spanien mit >43.000 neuen Fällen in den letzten 7 Tagen besonders auffällig).
	  • 7-Tage-Inzidenz >50 Fälle/100.000 Einw.: 35 Länder
	  ▪ In Amerika Paraguay neu hinzugekommen, in Asien der Libanon. In Europa Kosovo, Malta und Färoer Inseln weggefallen.
	  ▪ Die meisten Länder mit 7-Tage-Inzidenz >50/100.000 Einw. liegen in Amerika, v.a. Südamerika.
	  • Medienberichterstattung
	  ▪ Die FDA (USA) hat Empfehlungen zur Behandlung mit Blutplasma konvaleszenter COVID-19 Patienten veröffentlicht (großes Medienecho).
	  ▪ China hat einen SARS-CoV-2-Impfstoff im Rahmen eines Emergency Usage für Personen mit hohem Infektionsrisiko zugelassen.
	  ▪ Der Lockdown in Melbourne (Australien) dauert an, auch wenn die Anzahl neu gemeldeter Fälle abnimmt.
	  ▪ In Neuseeland wurde der Lockdown in Auckland verlängert.
	  • Zusammenfassung der europäischen Subregionen
	  ▪ Liste mit Ländern inkl. Anzahl der betroffenen Regionen über 50/100.000 Einw. enthält: Albanien (3 Regionen), Andorra, Belgien (1), Bosnien und Herzegowina (6), Bulgarien (1), Frankreich (2), Gibraltar, Kosovo, Kroatien (4), Montenegro, Nordmazedonien (2), Rumänien (12), Spanien (10).
	  ▪ [redacted]
		ZIG1

- [redacted]
- [redacted]

FG32

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 233.575 (+711), davon 9.272 (4,0%) Todesfälle (+3), Inzidenz 281/100.000 Einw., ca. 208.200 Genesene, Reff=0,98, 7T Reff=0,97
  - Keine großen Änderungen im R-Wert und bei der Zahl der ITS-Personen, geringer Fall-Verstorbenen-Anteil.
  - Die Fallzahlen montags sind häufig schwerer zu vermitteln, u.a. wehren sich die GÄ gegen die Darstellung, der Meldeverzug sei allein der fehlenden Übermittlung am WE geschuldet.
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
      - 15 LK mit 7-Tages-Inzidenz 25 bis 50/100.000 Einw.
      - 126 LK ohne Fälle in den letzten 7 Tagen
  - Expositionsländer der in den Meldewochen 31 bis 34 übermittelten COVID-19-Fälle: nach DEU v.a. Fälle aus Kroatien, Kosovo (langsame Nivellierung, aber weiterhin hoch), Türkei, Spanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Rumänien, Mazedonien, Albanien, Frankreich (in 34. KW doppelt so viele Fälle wie in Vorwoche).
  - Der Anteil der Fälle mit Angabe Expositionsort im Ausland liegt bei ca. 40% (insgesamt eher konservative Schätzung; Nachermittlungen könnten Anteil noch erhöhen).

	• Die Tabelle der am häufigsten genannten Expositionsländer und die Darstellung des Anteils der Fälle mit Angabe Expositionsort Ausland über die Zeit sollen ab morgen in den Wochenvergleich des Lageberichts aufgenommen werden. • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Eine nach Risikoregionen stratifizierte Auswertung der Positivraten bei Reiserückkehrern wäre ggf. hilfreich als Unterstützung für das Konzept der Risikogebiete, jedoch ist diese Stratifizierung nicht in den Meldedaten enthalten. AL3 hatte bereits bei Testzentren nachgefragt, aber regulär liegen die Daten nicht vor. *ToDo*: [redacted] bittet um regelmäßigen Hinweis bezüglich der Anzahl und Art der aktuellen Mitteilungen zu Kapazitätsengpässen und der Amtshilfeersuchen. [redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG

3	**Update digitale Projekte (nur montags)**
	• Aktuell werden Kurzvorträge zur Datenspende und zur CWA-App (hinsichtlich der Einbindung der Labore) vorbereitet und zeitnah in den Krisenstab eingebracht.
	• CWA-App:
	  • Inzwischen sind 118 Labore (End-zu-End-verschlüsselt) an die App angebunden, es fehlen noch weitere; außerdem soll T Systems für eine schnelle Anbindung der Labore der Universitätskliniken sensibilisiert werden. Einige für Reiserückkehrer eingerichtete Testzentren sind nicht an ein Standardlabor angeschlossen, über das der Link zur CWA-App gegeben wäre.
	  • Eine weitere Herausforderung stellt die Anbindung der Gesundheitsämter, insbesondere der Prozess der Verifikation, dar.
	  • Für die Interoperabilität der CWA-App in Europa und in Hinblick auf Drittstaaten werden mehr finanzielle Mittel benötigt, dazu muss eine stärkere Abstimmung erfolgen.
	  • Die Wirksamkeit der App soll besser bestimmt werden, jedoch erschwert der dezentrale Ansatz die Erstellung einer Bewertungsstruktur.
		FG21

	• Zum Einsatz der CWA-App im Transportsektor sind weitere Untersuchungen in einem Flugzeug (dazu Gespräche mit Airbus), in einem ICE und einer S-Bahn geplant. Der Zeitplan dafür steht noch nicht fest. • Es wird hinterfragt, wie Hausärzte mit der Vorlage einer Warnung durch die CWA-App, die nicht mit dem Namen des Patienten verbunden ist, bei der Erstellung von Attesten umgehen sollen. Laut FG21 könnte diese Fragestellung ggf. in das Papier über einen möglichen Missbrauch der CWA-App einfließen. • Seitens der BZgA wird angeregt, klarer zu kommunizieren, welche App zu welchem Zweck eingesetzt wird. Laut FG21 gibt es keine Interaktion zwischen den bestehenden Apps; es soll aber geprüft werden, ob die bisherige Kommunikationsstrategie zur Abgrenzung der einzelnen Apps verbessert werden kann.	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • [redacted] • Hinsichtlich der Funktionsweise der verschiedenen Masken gibt es ein hilfreiches Video der Sendung mit der Maus, das entweder über die Webseite verlinkt oder aber retweeted werden könnte. Dazu soll eine Rücksprache mit dem Ansprechpartner für soziale Medien erfolgen.	[redacted] Presse FG14

	• [redacted] • In einem ZEIT-Artikel wurden die Testkapazitäten angesichts der vielen Testungen asymptomatischer Reiserückkehrer thematisiert. Dabei sind die Testkapazitäten in DEU zwar groß, aber nicht unbegrenzt. Dies sollte in der Kommunikation zu Testkapazitäten berücksichtigt werden. In der AG Diagnostik soll nochmals die Anpassung der FAQs (auch hinsichtlich der Einordnung der Falsch-Positiven-Rate) diskutiert werden. Es wird um Rückmeldung an die AG Diagnostik zur Verhinderung möglicher Missverständnisse und Falschinterpretationen gebeten. Auch die Aussage [redacted] hinsichtlich der Einstellung der Testung der Reiserückkehrer angesichts von Engpässen soll in der AG Diagnostik diskutiert werden.	AL1
6	**Neues aus dem BMG** • Für die Gesundheitsministerkonferenz liegt eine Beschlussvorlage vor, in der u.a. die Belastung der PCR-Testkapazitäten durch Reiserückkehrer, die mögliche Einbindung von Antigentests, die Adaptation der nationalen Teststrategie, eine mögliche Verkürzung der Quarantäne-Dauer sowie eine Prüfung der Rolle von Abwasserproben thematisiert werden. • Hinsichtlich der Quarantäne wird die Fachebene im BMG gebeten, zwischen Isolation/ Selbstisolierung Erkrankter und Quarantäne von Ansteckungsverdächtigen zu unterscheiden. • Der Nutzen einer aktuellen Abwasserbeprobung wird seitens des RKI kritisch gesehen, Quantifizierungsversuche seien nicht verlässlich und aktuell wenig sinnvoll. Der Nutzen als Frühwarnsystem wäre nur an Orten gegeben, an denen regulär keine Fälle auftreten. Laut BMG soll in Zusammenarbeit mit dem Bundesumweltministerium ein Sachstandsbericht zur Rolle von Abwasseruntersuchungen erstellt werden, nachdem die Regierung von Liechtenstein einen entsprechenden Vorstoß an BM Spahn gerichtet hatte und die Europäische Kommission das Thema ebenfalls diskutiert. • FG15 hatte Proben aus Abwasser an ZBS1 weitergeleitet, in denen nach Aufkonzentrierung Spuren nachweisbar waren. Auch wurde ZBS1 um Unterstützung beim Nachweis von SARS-CoV-2 im Abwasser gebeten.	BMG Liaison
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** Einstufung DEU hinsichtlich Community Transmission (s. Anfrage WHO Euro speziell zu Schulen , 23.08.2020 08:35) • WHO fragt, ob DEU von einer onward transmission in Schulen ausgeht. Weitere grundsätzliche Überlegungen zur Statuseinschätzung in DEU wären für WHO-SitRep wichtig	FG32

	(Abgrenzung der Community Transmission vom Clustergeschehen). Der Austausch soll zunächst innerhalb von Abt. 3 stattfinden. Daten zu Fällen mit Exposition im Ausland sollen dazu miteinbezogen und im nächsten Krisenstab vorgestellt werden. **b) RKI-intern** Aktualisierung Strategiepapier, erforderliche Änderungen und Fahrplan • Das Strategiepapier war im Rahmen der Diskussionen der AG, die ursprünglich die Deeskalationsstrategie erarbeitet hatte, entstanden. Aktuell ist auf Bitte von Präs eine grundlegende Überarbeitung des Papiers geplant, welche im Krisenstab diskutiert werden soll. An der Aufnahme in die AG interessiert sind [redacted] und [redacted]. • Hinsichtlich der Zielsetzung könnte man den Ansatz der Bundesärztekammer(„aus der Krise lernen“) nutzen und eine Standortbeschreibung mit Lessons Learned sowie einer Perspektive für den kommenden Herbst erstellen. Zu Beginn des Papiers sollte in einfachen, klaren Worten die Zielsetzung dargelegt werden. Wichtige Aspekte wären die Effektivität der Maßnahmen, die verschiedenen zusätzlich möglichen Maßnahmen als Reaktion auf eine mögliche Verschärfung der Lage, das Aufzeigen einer Perspektive. • FG36 erstellt aktuell eine Übersicht zu den bisherigen Maßnahmen und Empfehlungen z.B. zu Schulen; diese Übersicht kann im Rahmen des Krisenstabs im Verlauf vorgestellt werden. • Das Thema Impfstoff müsste proaktiv angesprochen werden, auch wenn eine zeitnahe und ausreichende Verfügbarkeit ggf. nicht vorhanden sein wird und ein Plan B beschrieben werden müsste. Jedoch ist zu beachten, dass aktuell 170 Impfstoffe in der Pipeline sind, die weitere Entwicklung schwer abschätzbar ist und mit einer zeitlichen Verzögerung nach der Zulassung eines möglichen Impfstoffes zu rechnen sein wird. • Aufgrund dieser schwierigen Perspektive sollten auch weitere Aspekte wie die Verringerung der Krankheitslast durch Pneumokokken- und Influenzaimpfungen sowie die Stärkung der Resilienz der sozialen Systeme (z.B. auch der Schulen durch Planung unterschiedlicher Unterrichtsmodalitäten und Unterstützung vulnerabler Gruppen) diskutiert werden. Auch die Mobilität sollte thematisiert werden. Der Schutz vulnerabler Gruppen sollte hinsichtlich der unsicheren Impfperspektive im Vordergrund stehen. Das Anstreben einer Herdimmunität ist angesichts der möglichen Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2-Infektion nicht sinnvoll. • Die Teststrategie ist sicherlich Teil des Strategiepapiers. Ggf. wäre als Unterpunkt auch die Frage der Heimtestung aufzunehmen. [redacted]	ZIG/alle

	• [redacted] • Es wird angeregt, den Begriff des Positionspapiers gegen Strategiepapier auszutauschen. *ToDo:* [redacted] wünscht sich eine Überarbeitung des Strategiepapiers bis 07.09.2020. Es wird zeitnah um Rückmeldung zum Strategiepapier gebeten. Fahrplan Impfstoffstrategie und -umsetzung • Es wird berichtet, dass die Bundesländer über die geplante Zulassung von Impfstoffen ab Ende des Jahres überrascht waren und nun die Implementierung und Logistik planen müssen. Eine zentrale elektronische Erfassung der Impfquoten ist notwendig, bei der Sicherheit und Wirksamkeit mit erfasst werden sollen. Die Bundesländer haben einstimmig befürwortet, DEMIS dafür zu nutzen. Jedoch ist im BMG diesbezüglich eine Entscheidung ausstehend. Es wird darum gebeten, dass die Leitung diese Entscheidung erneut mit dem BMG thematisiert.	FG33
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG37

10	**Labordiagnostik**
	• ZBS1:
	  • In der vergangenen Woche wurde 1.473 Proben untersucht (die meisten Proben pro Woche bisher), davon waren 43 positiv für SARS-CoV-2 (2,9% Positivenrate). Es werden aktuell weitere Studien vorbereitet.
	• FG17:
	  • Weiterhin geringe Anzahl an Einsendungen (zuletzt 60 Proben, davon ein Drittel positiv für Rhinoviren). Die Falsch-Positiven-Rate liegt im niedrigen Promillebereich; im Ringversuch gibt es bei einigen Laboren häufiger falsch-positive Ergebnisse.
	• [redacted]
	• [redacted]
	• Es wird darauf hingewiesen, dass die aus Frankfurt stammende kritische Anfrage einige Fehler enthielt, ggf. könnte der Fallbericht auch auf einer Verwechslung beruhen (z. B. bei Massentestung am Flughafen). Jedenfalls sollen die FAQs geschärft und ggf. durch eine Beispielrechnung ergänzt werden.
		ZBS1
		
		FG17
		
		FG32/AL1/ VPräs

	• Eine 2. Testung an einem anderen Labor ist in der Regel unnötig; vielmehr sollte ein 2. Target im Rahmen eines Bestätigungstests untersucht werden. Sollte das Labor im Rahmen des Ringversuchs negativ auffallen, könnte eine 2. Testung ggf. sinnvoll sein.	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** Corona-KiTa-Studie (Folien hier) • Die Daten aus Grippe-Web zur Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen legen ein typisches jahreszeitliches Niveau nahe, das primär durch Rhinoviren charakterisiert wird. • [redacted] • Die Inzidenz der übermittelten COVID-19-Fälle/100.000 in der Altersgruppe der 11- bis 14-Jährigen ist angestiegen; auch der Anteil der COVID-19-Fälle ist bei den Altersgruppen der 6- bis 10-Jährigen und 11- bis 15-Jährigen (also bei den Schulkindern) angestiegen. • In SurvNet liegen aktuell 42 Ausbrüche in Kindergärten / Horten vor, wobei ¾ der Ausbrüche Fälle mit Kindern unter 15 Jahren und ¼ nur >15-Jährige (am ehesten das Personal in den Einrichtungen) enthalten. • In den Schulen zeigt sich ein ähnliches Bild: 78% der Ausbrüche enthalten Fälle mit Personen <21 Jahren, die übrigen Ausbrüche enthalten nur Fälle bei Personen >21 Jahre (Personal). *ToDo*: Es wird gebeten, die Corona-KiTa-Studie regelmäßig montags unter der nationalen Lage in der Agenda aufzuführen.	FG 36
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** Nächste Sitzung: Mittwoch, 26.08.2020, 11:00 Uhr [redacted]	

254 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-08-26.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*26.08.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Martin Mielke (Abt. 1)

Teilnehmende:

- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 24
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- ZIG (INIG)
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • 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) *To dos:* • *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* • *aktuelle Situation in Schweden soll in einer der nächsten Sitzungen beleuchtet werden, da Sonderstellung in europ. Raum* **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • 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, ○ [redacted] *To do: v.a. Einreisende und familiäres Umfeld betroffen, Formulierung nicht ganz eindeutig, ggf. Rückfrage und Anpassung* ○ Bayern: derzeit etwas abgeflacht ○ BaWü: erneuter Anstieg ○ → schwer zu interpretieren, weiter beobachten, keine Entwarnung, Trend ansteigender Fallzahlen, siehe auch Vergleich Meldewochen 33 und 34 (s.u.) • Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Landkreise): 19 keine Fälle in letzten 7 Tagen übermittelt, 17 über 25, einer (Offenbach) über 50 • 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	ZIG FG32

(+105%), Bayern (+59 %) und Hessen (+ 43 %) bzw. Bremen (+46 %); demgegenüber starke Abnahme in SH (-44 %), Thüringen (-25 %), NRW (-22 %)

To do: bei den Anstiegen sollte verfolgt werden, ob es sich um linearen oder exponentiellen Anstieg handelt

To do: Meldedatenauswertung: Anfrage an [redacted], ob Sonderauswertung für Freitag oder Montag möglich sei

- Wochenvergleich KW 10 - 34: COVID-19-Fälle nach Geschlecht, Alter, Hospitalisierung, Verstorbene :
  - 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

    To do: Bitte um graphische Darstellung für kommende Sitzungen
  - Anm.: Zählung von an Covid-19 Verstorbenen:
    - 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 Organtropismus v.a. bei schweren Fällen ist Covid-19 in mutmaß-lich 75 % der Fälle direkt ursächlich für das Versterben
    - insgesamt ist Untererfassung sehr wahr-scheinlich (bspw. lost follow-ups)

    To do: Erhebung der Zeitdauer zwischen Laborbestä-tigung 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-Konsultations-inzidenz 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.)
- ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 33. KW: Covid-19-Anteil an SARI zurückgegangen
- 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
- *To do: weitere Analyse hinsichtlich Auswirkung von Feriende, v.a. auch hinsichtlich Bayern und BaWü*

Laborbasierte Surveillance (Folien hier)
Anzahl

- Labore: 70
- Krankenhäuser: 959
- Arztpraxen: 20.476
- Testungen mit Ergebnis: 4.490.888
- 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
- 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
- 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 % • Testverzug: KW 33 zeigt geringfügig steigende Tendenz, ein Erreichen der Testkapazität schlägt sich hier jedoch noch nicht nieder • Anm: Stratifizierung der Positivrate nach Altersgruppe: 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 *To do: Testkapazität wird erst im Laufe des Mittwochs gemeldet, wird am Freitag präsentiert*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Derzeit kein Anpassungsbedarf.	alle
5	**Kommunikation** [redacted] **Presse** • Für kommenden Sonntag geplante Corona-Demonstration wurde vom Senat verboten.	[redacted] Presse
6	**Neues aus dem BMG**	BMG-Liaison

	• Nicht besprochen	
7	**Strategie Fragen** **Allgemein** Covid-19-Testgeschehen und Quarantäneregime (Folien hier) Beschluss besitzt Diskussionsbedarf: • 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. [redacted] / 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 **RKI-intern** • Verweis auf Papier von [redacted] als Basis für weitere Diskussion	
8	**Dokumente** **RKI-Zwischenbericht-COVID-19** (Dokument hier) • Kurzvorstellung 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 *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* **Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2** (Dokument hier) • „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 – dies ist schon seit geraumer Zeit der Fall o Ggf. ist hier ein Hinweis zur Priorisierung nötig im Falle des Erreichens des Kapazitätslimits: Rückwärts-	FG32 [redacted] FG36/FG37

	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“ *versus* sich vorne und hinten anschließende Sitzreihen: 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 solle 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	

	• 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) *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* *To do: Infografikanpassung sollte nach Anpassung des Papiers am Freitag möglichst zeitnah vorgenommen werden* Anm.: Anpassung der Infografik und des Papiers gehen i.d.R. Hand-in-Hand, die Ausarbeitung sollte im Dialog erfolgen **Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal** (Dokument hier) • Nicht weiter besprochen *To do: sämtliche Dokumente sollten bis Freitag nochmal durch den Krisenstab zirkuliert werden (Teile ggf. als Fußnoten im „Mutter-dokument" (s.o.) auslagern)* Besprechung der Dokumente am Freitag, den 28.08.	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG37
10	**Labordiagnostik** • Aktuelle Lage unverändert: übersichtlicher Probeneingang, ggf. geringfügig mehr Aufkommen, nachweislich ausschließlich Rhinoviren detektiert, 50 % der eingesandten Proben positiv • Nachweis endemischer Coronaviren kann aufgrund geltender Rechtsvorschriften nicht tagesaktuell durchgeführt werden, Schadensfrist muss abgewartet werden, dazu derzeit Anfrage bei Datenschutz und Rechtsabteilung • Zu „falsch positiven Ergebnissen": eine Erörterung wurde kürzlich an den Spiegel geschickt, Auszüge werden für die FAQs verwendet werden können 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 *To do: Ergänzung des FAQs unter Berücksichtigung o.g. Aspekte*	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**	FG36/IBBS

	• Nicht besprochen	

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	Arbeit der WHO IPC Gruppe zu MNS und Atemschutz sowie zu Übertragungswegen im Gesundheitswesen (Folien hier)
	
	<u>Veröffentlichung des WHO Expertengremiums bezüglich möglicher Übertragungswege im Gesundheitswesen und Schutz des medizinischen Personals</u> (Kommentar, kein systematic review)
	
	• Vorherrschende Übertragungswege im Gesundheitswesen: Respiratorische Tröpfchen und/oder Kontaktroute
	• 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
	• „opportunistic" airborne Übertragung bei aerosol-generierenden medizinischen Maßnahmen („AGMPs") bei > 1 m Entfernung möglich
	Erforderliche Maßnahmen für den Schutz des medizinischen Personals:
	• Einsatz von PSA oder Abstand von > 2m
	• Laut WHO sind MNS („medical masks") oder Atemschutz („respirators"; N95) grundsätzlich geeignet für die Versorgung von an COVID-19-erkrankten Personen
	• In DE wird der Einsatz von Schutzmasken von BAuA/Arbeitsschutz geregelt (bei Versorgung von COVID-19-infizierten: FFP oder mehr).
	• Wichtige Faktoren beim Einsatz von MNS und Atemschutz sind:
	  ○ 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.
	• 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)
	
	Freitag: Telefonkonferenz mit BMG zur Versorgung von Covid-19-Patienten und Personalschutz:
	To do: das betreffende Papier dazu sollte bis dato noch detaillierter begutachtet werden
		FG14 [redacted]

13	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG32

15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**
	• Einsatz mobiler Containment Scouts:
	  • 3 am RKI, 17 in Gesundheitsämtern
	  • 50 % mobil einsetzbar, 50 % vor Ort
	  • Antrag für „Folge-Containment“: zukünftig sollen 10 Containment Scouts am RKI stationiert werden
	  • sehr kurzfristige Mobilisierung derzeit problematisch, diese muss konzeptionell überarbeitet, bzw. die Priorität auf Einsatz / kurzfristige Mobilisierung gelegt werden
	• [redacted]	

16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 28.08.2020, 11:00 Uhr – 13 Uhr[redacted]	

256 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-08-28.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG28
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• Ca. 24,2 Mio. Fälle und ca. 826.000 Verstorbene (3,4%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ Wie bisher an erster Stelle Indien, USA, Brasilien
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ Seit Mittwoch keine neuen Länder hinzugekommen
	  ○ Belize, Jungferninseln sind nicht mehr in Liste.
	• Zusammenfassung der Europäischen Subregionen
	  ○ Neu ist Malta und 1 Kanton der Schweiz
	  ○ Außerdem 2 Regionen in Kroatien, Rumänien und Spanien
	• Genaueres zur Situation in Schweden wird am Montag berichtet.
	• Ist zur Testhäufigkeit in Europa mehr bekannt, um Inzidenzen besser einschätzen zu können.
	  ○ Im Moment starke Arbeitsbelastung für ZIG, da keine gute Informationsquelle, keine Liste mit Testhäufigkeit.
	  ○ Es wird diskutiert, ob das ECDC eine Datenquelle hierzu aufmachen wird.
	• Die Frage, ob die Testhäufigkeit Einfluss auf die Zahl der pos. Ergebnisse hat, ist nicht ganz einfach zu beantworten.
	  ○ Normalerweise geht die Positivenrate runter, wenn mehr getestet wird. Durch Reisetätigkeiten kommen jedoch neue Expositionen dazu mit zusätzlichen Fällen.
	  ○ Importierte Fälle sollten nicht dem deutschen Geschehen zugerechnet werden. Anlass, warum getestet wird, ist wichtig.
	  ○ Diese Frage kommt aus politischem Bereich, von Presse und von Bürgern.
	  ○ Es gibt eine FAQ dazu, diese etwas zu präzisieren wäre sinnvoll. Es sollte dennoch nicht zu sehr ins Detail gegangen werden.
	ToDo: [redacted] *entwirft eine FAQ dazu.*
	ToDo: Folien zu Fällen im Ausland werden an [redacted] *und* [redacted] *weitergegeben.*
	
	National
		ZIG1

	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o 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 o Aktuell auf ITS 241 (+13), davon beatmet 140 (+7) o Fallzahlen geringer als letzte Woche, trotzdem aber noch relativ hoch, Anzahl der Verstorbenen steigt nur minimal. o 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer ▪ 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. o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Aus 21 LK keine Fälle übermittelt ▪ 1 LK mit Inzidenz > 50 Fälle: Rosenheim ▪ Ein paar hessische LK mit Inzidenz >25 ▪ [redacted] o Anzahl Labortestungen ▪ In KW34 wurden fast 1 Mio. Testungen durchgeführt. Anzahl pos. Tests liegt auf Niveau der Vorwoche, Positivenrate ist leicht gesunken. ▪ [redacted] o Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland ▪ 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.	FG32
	• Trend der Fallzahlen nach Bundesländern (Folien hier) o Entwicklung der Anzahl neuer Fälle, Unterteilung in Exposition im Ausland ja, nein, unklar : Anstieg seit Anfang Juli, im Moment Plateaubildung o Trend: exponentieller Anstieg, im Mittel 2,8% pro Tag; Verdoppelungszeit: 25 Tage; mittlerer R-Wert: 1,12 o 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 o Nowcasting: bundesweit Plateau o Hessen: ▪ Zwischenzeitlich wieder sinkende Fallzahlen, Anstieg der Fallzahlen ging über Ferienende hinaus. ▪ Trend der letzten 30 Tage: exponentielle Rate: 3,7%;	FG34 [redacted]

	ohne reiseexponierte Fälle: 2,9%, Anstieg flacher ▪ Nur letzte 21 Tage berücksichtigt: bei nicht reiseassoziierten und unbekannten Fällen ist Kurve sogar etwas steiler. ○ Baden-Württemberg: ▪ 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: ▪ 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 sinken. ○ Nordrhein-Westfalen: ▪ 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. ○ [redacted] *ToDo:* [redacted] *schickt Folien ans Lagezentrum. Diese sollen bei der AGI auf die Tagesordnung gesetzt werden.* [redacted]. ○ Könnten diese Ergebnisse bei der Publikation von [redacted] untergebracht werden? Könnte versucht werden mit Trends zu kombinieren, sollte möglichst zeitnah publiziert werden mit Konzentration auf Reisefragestellung. Konsequenzen aus Fallanstieg sind relevant.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Ausweisung von Risikogebieten: vermehrte Anfragen von	ZIG

	qualitative Daten • Anträge zu corona global (Projekte für die nächsten 2 Jahre) werden mit BMG besprochen. • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] ToDo: [redacted] nimmt Kontakt auf mit Bundeswehr auf.	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Allgemeine Einordnung soll im Lagebericht geringfügig angepasst werden. Soll evtl. Montag besprochen werden.	Alle
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • 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. • [redacted] ist 2 Wochen im Urlaub, kurzfristige Veröffentlichungen im Epid.Bull sind in dieser Zeit schwierig.	[redacted] Presse
6	[redacted] • [redacted]	[redacted]

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Beschluss der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder zur Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie vom 27.08.2020 ○ [redacted] wird Arbeitsaufträge ans RKI schicken. ○ 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. **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	FG32
8	**Dokumente** • RKI-Zwischenbericht-COVID-19 ○ 2 Teile: Entwicklung der Lage und spezielle Themen, viele Fachgebiete haben beigetragen, Stand 15. Juli *ToDo: PDF wird im Krisenstab zirkuliert.* [redacted] *sieht sich Vorwort und Fazit bis Montag an.*	FG32 [redacted]

	○ 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. ▪ 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. • Kontaktpersonenmanagement und Optionen bei med. Personal (Dokument hier) ○ 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: ▪ 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 getragen. Adäquate Maßnahmen bei aerosol-produzierenden Maßnahmen. ○ 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.	FG32, FG37

	○ 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 *ToDo: FG37 informiert FG36 auf welches Dokument verlinkt werden soll.* ○ 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	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • ZBS1 ○ In der KW 35 gingen 577 Proben ein, davon waren 41 (7%) positiv auf SARS-CoV-2. • Virologische Surveillance ○ 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 Promille. • 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.	ZBS1 FG17

11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • [redacted] o [redacted] o Ziele: ▪ Wie viele sind akut infiziert oder haben die Infektion bereits durchgemacht? ▪ Wie oft verläuft die Erkrankung ohne Symptome? ▪ Wie viele Erkrankungen sind unentdeckt? o Methoden: Erhebung vom 23.6 .- 4.7., repräsentative Stichprobe, 2.153 Teilnehmende (Response ca. 59%) o Ergebnisse: ▪ 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. o Nur bei 60% der Teilnehmenden mit selbstberichteter pos. PCR war der Neutralisationstest positiv. o Publikation: für 1. Ort Kupferzell ist eine Kurzpublikation in Euro-Surveillance innerhalb der nächsten 2 Wochen geplant, analog auch eine deutsche Publikation. o Inhalte sollen sein: die Seroprävalenz nach IGg, NT und hochgerechnet mit PCR-positiven. o Nicht alle PCR-positiven zeigen Antikörper, dies wird bei Hochrechnung miteinbezogen. o Leichte Erkrankungen im Nasenraum führen erfahrungsgemäß nicht unbedingt zur Antikörperbildung. Kann abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil derjenigen ist, die keine Antikörper gebildet haben? Mit Limitationen behaftet. o Es gibt die Idee die zelluläre Immunität zu untersuchen und dafür weitere Proben von Teilnehmern zu nehmen, deren PCR positiv und Antikörper negativ waren. *ToDo:* [redacted] *nimmt hierzu Kontakt mit* [redacted] *(FG12) auf.*	FG28 [redacted]

14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Stand Projekt „Digitale Aussteigekarte“ ○ Nicht besprochen	FG32

15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**
	• Viele neue Mitarbeiter; 2 neue Personen bei Schichtleitung, hier evtl. noch Bedarf
	• Amtshilfeersuchen des RKI bzgl. int. Kommunikation
	  ○ Nicht besprochen
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted]
	  ○ 5 Containment Scouts vor Ort
		FG32

16	**Wichtige Termine** •	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 31.08.2020, 13:00 Uhr[redacted]	

258 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-08-31.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Nicht besprochen **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o 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 o Aktuell auf ITS 246 (+1), davon beatmet 128 (-3) ▪ Alle BL haben am Wochenende Zahlen übermittelt. ▪ Zahlen etwas unter Niveau der Vorwoche o 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer ▪ 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. o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 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. o Anteil COVID-19-Fälle mit Expositionsort im Ausland, nach Meldewoche ▪ KW35: Exposition im Ausland bei 59% der Fälle mit entsprechender Angabe und 36% aller Fälle. Anteil geht leicht zurück. o Anteil COVID-19-Fälle mit Expositionsort im Ausland, nach Altersgruppen ▪ Bei Personen unter 50 Jahren ist der Anteil mit Expositionsort im Ausland am größten. o Am häufigsten genannte Expositionsländer KW32-35 ▪ Kroatien und Kosovo, Fallzahlen sind jedoch zurückgegangen. ▪ 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? o Anteil der Hospitalisierten ist gleich geblieben. Kommen die geringeren Todesfälle durch eine Verschiebung der betroffenen Altersgruppen? ▪ Bis Mittwoch sollen Auswertungen nach Alter und Hospitalisierung überblicksartig dargestellt werden. • 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.	FG32

2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Anbindung der CWA an Labore auf 02.09.2020 vertagt	FG21

4	**Aktuelle Risikobewertung**
	• Kleine Änderungen zur Risikobewertung im Lagebericht
	  ○ 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 Reiserück-kehrern 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 Glaubwürdigkeits-probleme 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.
	  ○ Auch die Risikobewertung: „seitdem nahm die Fallzahl zu und scheint sich in den letzten Tagen zu stabilisieren“ bleibt bis Mittwoch und wird dann erneut besprochen.
	• Eingang Unterlassungsklage zu Risikoeinschätzung des RKI
	  ○ Wurde mit [redacted] besprochen, hat nicht viel Aussicht auf Erfolg. Fraglich, ob Verwaltungsgericht überhaupt aktiv wird. Möglicherweise ist Zivilrecht zuständig, dann müsste der Kläger erklären, warum er/sie persönlich davon betroffen ist.
		Alle

5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Nichts besonderes	Presse
6	**Neues** [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	[redacted]

	○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted]	[redacted]
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Strategiepapiers ist für Freitag vorgesehen.	
8	**Dokumente** • RKI-Zwischenbericht-COVID-19 ○ Es gab noch ein paar Rückmeldungen mit Nachbesserungs-bedarf. Dies sollte bis Ende der Woche abgeschlossen sein. Der Bericht ist als interner Zwischenbericht für BMG und RKI gedacht.	FG32
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • ZBS1 ○ In der KW35 gingen ca. 1.000 Proben ein, davon waren 6,4% (64 Proben) positiv auf SARS-CoV-2. ○ Es gibt immer mehr Anfragen von GA, ob Scheine zur Weiterleitung an die CWA zugeschickt werden können. ○ [redacted] • Virologische Surveillance ○ 55% Rhinoviren , keine weiteren Erreger ○ Zurzeit viel Literaturrecherche, in Vorbereitung für die Antigenschnelltests. • 3 Hauptfragen in Abt. 1: Standardisierung, Rolle von Antikörpern bei HCW, Sachstand Antigenteste. Kontakt mit BfArM, TK am Montag und Mittwoch, 1.Entwurf (Deadline 8.9.) steht. Morgen findet die AG Diagnostik statt. • FG36 hat Kontakt mit [redacted] zwecks Vorbereitung des Forschungsantrags zur Stärkung der	ZBS1 FG17 Abt.1 FG36 / FG17

	syndromischen und virologischen Surveillance um COVID-19 Geschehen weiter zu beobachten. Co-Antragsteller ist FG17. • Von [redacted] kam die Idee die virologische Surveillance mittels Schnelltests von Abbott stark ausbauen. Dies erscheint nicht sinnvoll. Antigenteste nicht Mittel der Wahl, Methoden, die Sequenzierung ermöglichen, wären zu priorisieren. ->PCR Stärkung und Ausweitung	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Update zur Webseminarreihe des Infektiologie-Beratungsnetzwerks des STAKOB: Zentren werden gestärkt 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. • 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? *ToDo: Weitergeben dieser Frage an die Fachgruppe* [redacted] • In wieweit wirken sich die unterschiedlichen Behandlungsansätze (Antikoagulation, Cortison) auf Schwere der Krankheitsverläufe, Hospitalisierungen, Liegedauer und Fallsterblichkeit aus? ○ 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 [redacted]. ○ ICOSARI: betrachtet hospitalisierte Patienten, unklar, ob Zahl ausreicht um Unterschiede zu erkennen. Wird sich [redacted] ansehen.	IBBS FG34 FG36
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] 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.	FG37 / FG14
13	**Surveillance** • [redacted] ○ [redacted] ○ Ausbruch ist Bundesland übergreifend. Soll RKI bei	FG32

	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. • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) ○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ entspricht dem jahreszeitlichen Verlauf in den verschiedenen Altersgruppen, Zirkulation von anderen Atemwegsviren ○ Entwicklung Fallzahlen: 0 – 5 Jahre ▪ wieder deutlicher Rückgang ○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Inzidenz und Anteil stabilisiert sich in verschiedenen Altersgruppen ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ Nur wenige dazugekommen ○ Ausbrüche in Schulen ▪ 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. • [redacted]	FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • [redacted] ○ [redacted]	FG32
16	**Wichtige Termine**	Alle

	•	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 02.09.2020, 11:00 Uhr[redacted]	

260 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-09-02.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade (VPräs)

Teilnehmende:

- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- ZIG (INIG)
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- MF3
  - [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • 25.509.135 Fälle gemeldet (Stand: 01.09.2020), davon 3,3 % Verstorbene • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: Indien, vereinigte Staaten, Brasilien, Argentinien, Kolumbien, Spanien, Peru, Frankreich, Mexiko, Russ. Föderation • 40 Länder/Territorien mit einer 7-Tages-Inzidenz > 50 Fälle / 100.000 Ew.: neu: Französisch Polynesien, Belize, Brit. Jungferninseln, Honduras, Montenegro, San Marino, Monaco; nicht mehr gelistet: Kosovo, Färöer Inseln, Luxemburg • Zusammenfassung der Europäischen Subregionen: Subregionen in der EU/EEA/UK-Region plus Albanien, Bosnien und Herzegowina, Kosovo, Montenegro, Nordmazedonien, Schweiz , Serbien mit einer 7- Tages-Inzidenz >50 pro 100.000 EW; Länder: Albanien (1), Andorra, Belgien (1), Bosnien und Herzegowina (6), Frankreich (3), Kosovo, Kroatien (7), Montenegro, Nordmazedonien (2), Rumänien (11), Schweiz (2), Spanien (18), Tschechische Republik(1), Vereinigtes Königreich (1) (Datenstand 01.09.2020) **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • 1.256 neue Fälle und +11 Verstorbene im Vergleich zum Vortag; insgesamt ist der Anteil Verstorbener rückläufig • R-Wert und 7-Tage-R unter 1 • ITS im Vergleich zu den Vorwochen weiterhin um die 250 Fälle (aktuell 235) • 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer: seit in etwa dem 22.08.2020 zeichnet sich eine gewissen Umkehr ab – leichte Rückläufigkeit in nahezu allen BuLä • Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz: kein LK mit 7-Tages-Inzidenz >50-100 Fälle/100.000 Einw.; 12 LK mit 7-Tages-Inzidenz >25-50 Fälle/100.000 Einw. (davon ausschl. LK Trier-Saarburg > 40 und 4 weitere LK > 30 Fälle/100.000 Einw.) • Im Wochenvergleich KW 34 und KW45: in mehr als 50 % der BuLä rückläufige Inzidenz • Anteil der Altersgruppen an Hospitalisierten: rote Linie = Gesamtzahl; Höchststand in KW 14, dann rückläufig und ab ca. KW 22 in etwa konstant • Anteil Hospitalisierter je Altersgruppe an COVID-19 Fällen: rückläufiger Trend KW34/35 aufgrund des Zeitverzuges der Diagnosestellung mit Vorsicht zu interpretieren, insgesamt	ZIG1 FG32 FG36

	recht konstant • 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 • Anteil Verstorbener 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-Jähigen • Deutlicher Hinweis, dass sich der Anteil an Verstorbenen über die Zeit verändert hat, Rückläufigkeit sehr interessant: o Vermehrte Testung nicht ursächlich, da in dieser Altersgruppe im Vergleich nicht zunehmend getestet wird o Dezidierte Aufschlüsselung hinsichtlich Altersgruppen nötig, auch hinsichtlich möglicher Ursache dieser Abnahme o Hierbei ggf. relevante Parameter: Meldedaten, Positivraten, syndromische Daten, Anzahl der Tests, absolute Fallzahlen, therapeut. Regime, klinische Verläufe und outcome, Setting, Hospitalisierung j/n, Geburtscohorten o Dezidierte Aufschlüsselung auch hinsichtlich Kommunikation hochrelevant o Weiterhin Analyse hinsichtl. Stratifizierung der Anzahl der Verstobenen im Ländervergleich von Interesse, ebenso der jeweilige Anteil der Verstorbenen nach Altersgruppe o Gesamtbetrachtung nötig *To do: Bitte um Schärfung der Fragestellung und dementsprechende, gezielte Auswertung* • 7-Tages-Inzidenz von COVID-19 in Abhängigkeit vom Ende der Ferien (Folie hier) o Hochrelevant und höchstwahrscheinlich Gegenstand zukünftiger Kommunikation/Diskussion o 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“ o Cave: sehr vorsichtige und zurückhaltende Interpretation nötig, bestenfalls ausschließlich hinsichtlich der Reiserückkehrer formulieren, zumal zeitlicher Verzug der Meldedaten wahrscheinlich o Wäre auch für das BMG in abgerundeter Narrative von Interesse *To do: Einbettung in den Lagebericht gewünscht*	

	Laborbasierte Surveillance (Folien hier) • Anzahl Testungen pro 100.00 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 *To do: Bitte an [redacted] um Bereitstellung einer Datentabelle 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: o Bayern, BaWü: niedrige ARE-Raten o Berlin/BB: starker Anstieg in Vorwoche, derzeit wieder absteigend o NRW: Anstieg unabhängig der Ferien • ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle: o Covid19 spielt für Aktivität als Einzelerreger in der Bevölkerung keine Rolle (hier bei ca. 1 %; unter den SARI-Fällen (=hospitalisiert) konstant unter 3 %) o Nutzung als sensitives Instrument der zeitnahen Erfassung, wann Covid19 hier eine entscheidende Rolle spielt, möglich? o 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 [redacted] (Kommunikation hier) • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] *To do:* [redacted] *(P1) und Abt. 3 (jew. Lageberichtsautor*innen) schließen sich dazu kurz, Implementierung erst ab nächster Woche* • 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 *To do: Als TOP einer der nächsten Sitzungen*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur diese Woche am Mittwoch)** Anbindung der CoronaWarnApp an die Labore (Folien hier) • 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	[redacted]

	muss via Hotline Tele-TAN erbitten); Arzt muss vor Probenahme Einverständnis von Patienten zur elektron. Übermittlung über WarnApp einholen;
	• Problematiken:
	  • Angeschlossene Labore
	  ○ 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:
	  ○ 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
	  ○ 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:
	  ▪ 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:
	  ○ 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 Grenzübergangen und Flughäfen	

4	**Aktuelle Risikobewertung** • 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 *To do: Vorschlag dazu soll im Anschluss im Krisenstab-Verteiler verschickt werden (Vorschlag hier: „muss weiter intensiv beobachtet werden")*	alle
5	**Kommunikation** **BZgA** [redacted] **Presse** • Englischsprachige Website zu COVID-19 im Aufbau • Begrifflichkeiten „Isolierung" (von Erkrankten) versus „Quarantäne" (von Kontaktpersonen) werden weiterhin vermischt *To do: Bitte an Presse um ersten Aufschlag hinsichtlich einer Erklärung Isolierung versus Quarantäne* **Allgemein** • Antigen-Test als Vortest: prinzipiell denkbar in Abhängigkeit des Testmaterials, der Verwendung (als Screening?), Warnung vor Empfehlung von Tests unklarer Spezifität, bleibt zur Diskussion o Heute und Montag Telefonkonferenzen mit BMG und BfArM geplant o Klares Signal von Länderseite zur differenzierten Umsetzung nötig aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse der Praxen (Pädiatrie weitaus höhere Anzahl potentiell infektiöser Patienten als Internisten bspw.) o Ggf. Zusammenarbeit mit KBV/KV hinsichtlich gemeinsamer Lösung / Empfehlung denkbar? o Wird bei Tagung der beim BMG diesbezüglich	BZgA Presse [redacted]

	angesiedelten AG am Donnerstag thematisiert • Bundesgesundheitsblatt - Konzept wurde weitgehend zugestimmt • Vorschläge zu Verbesserungen wurden eingereicht • Artikel zu Schulen oder zu Deutschland im internationalen Vergleich mit Einreichungs-Deadline 01.10. sehr willkommen	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG-Liaison
7	**Strategie Fragen** **Allgemein** Diskussion zur Verkürzung der Quarantänezeit: • 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 [redacted] und Kolleg*innen wird dazu verfasst • Cave: Compliance sollte berücksichtigt werden • Erlass muss noch bearbeitet werden • Diskussion wird vertagt **RKI-intern** Strategiepapier „COVID-19: Die Pandemie in Deutschland in den nächsten Monaten“ (Dokument hier) • Wurde im Krisenstab vormittags in aktueller Version (in Positionierung erneut angepasst) verbreitet • Zur Vorlage bei Herrn [redacted] am Montag • Ggf. bei Bedarf Diskussion der Zielstellung am Freitag (ggf. inkl. ppt in Abhängigkeit des Umfanges der Änderungs-vorschläge) *To do: Bitte von [redacted] an den Krisenstab um Durchsicht hinsichtlich der jeweiligen Expertise und Signal bis Donnerstag hinsichtlich zu überarbeitender Punkte*	Hanefeld
8	**Dokumente** • Dokument „Marginalisierte Gruppen“ finalisiert • Wurde BMG bereits vorgelegt, Rückmeldung dazu ausstehend • [redacted]	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Arbeitsschutzstandards der stationären Altenpflege der BGW nicht besprochen	FG37

10	**Labordiagnostik** • 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** • Nicht besprochen	FG36/IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • 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)** • 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 [redacted]	

262 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-09-04.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade (VPräs)

Teilnehmende:

- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG13
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- L1
  - Joachim-Martin Mehlitz
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]

- [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ZIG (INIG)
  - [redacted]
- ZIG 2
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• 26.059.065 Fälle gemeldet (Stand: 04.09.2020), davon 3,3 % Verstorbene
	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
		ZIG1, BMG

	○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] • [redacted] **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • 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. • 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. • [redacted]	FG32
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] • [redacted] • Risk Communication and Community Engagement (RCCE) during the COVID-19 pandemic: a multi-site international study (Folien hier) ○ 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) wird in anderer Studie untersucht, Fokus auf RCCE Strategien der Regierung, Partner: Singapur, Guinea,	ZIGL ZIG2

	Nigeria, in jedem Land unterschiedlicher Fokus ○ Vorschläge für Masterarbeiten bei [redacted]: Bitte sich die Themen anzuschauen (S. 8) und bei Interesse RM zu geben	
3	**Update digitale Projekte** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Besprochene kleine Änderungen wurden in Risikobewertung eingefügt. Ausführlicher geändert wurde die Beschreibung im Lagebericht, die positive Entwicklung wurde hervorgehoben. Die sprachlichen Änderungen von [redacted] sind später eingetroffen und werden ggf. bei nächster Anpassung eingefügt.	FG32, VPräs
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Verschiedene FAQs wurden vorbereitet: ○ Zusammenhang zw. Testzahlen und Fallzahlen, Spezifika bzgl. Testzahlen, die vom RKI erhoben werden ○ Isolierung und Quarantäne ○ FAQs für Visiere wird überarbeitet – nicht gleichwertig zu MNB laut diversen Studien **Allgemein** **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	BZgA Presse L1, VPräs, FG34, FG36, AL1, IBBS

	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. • [redacted] • 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 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. • Sollte es sich abzeichnen, dass Selbstteste genehmigt werden, muss die Kommunikation dazu rechtzeitig vorbereitet werden. *ToDo:* [redacted] *und Presse entwerfen eine Sprachregelung zur Antwort auf die Fragen aus der Presse, die sich auf den formalen Prozess beschränkt.* *ToDo:* [redacted] *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.* *ToDo: LZ setzt Testkriterien im Hinblick auf PCR-Testungen auf die Agenda einer der nächsten Krisenstabssitzungen.*	

6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**Strategie Fragen** **Allgemein** • [redacted] 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. *ToDo:* [redacted] *wird beratendes Mitglied im Lenkungsasschuss NABKON und informiert den Krisenstab in regelmäßigen Abständen über die Vorhaben der NABKON.* **RKI-intern** **Differenzierung zwischen COVID-Fall, -Erkrankten und SARS-CoV-2 Infizierten** • Von Laien wird häufig ein COVID-19-Fall mit einer COVID-19-Erkrankung gleichgesetzt, da der Begriff COVID-19 die Bezeichnung der Erkrankung ist. • 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. • Auf dem Dashboard und der Webseite sollte diese Definition im Disclaimer wiederholt werden. • 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. *ToDo: Lagebericht, Webseite und Dashboard werden entsprechend angepasst.*	AL2 VPräs, AL1, AL3, FG36, FG37, FG32

8	**Dokumente**
	• Dokument „Allgemeine Hinweise für Gesundheitsbehörden zur Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit marginalisierten Bevölkerungsgruppen“ ist online.
	• Überarbeitung des Dokuments zum Kontaktpersonenmanagement besprochen
	  ○ 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. *ToDo:* [redacted] *finalisiert Kontaktpersonenmanangementdokument.*	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • ZBS1 wird am Montag über erste Austestungen eines Lateral Flow AG-Tests und eines isothermalen Tests berichten.	ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Thema der aerosolproduzierenden Maßnahmen wurde in KRINKO reingetragen und wird dort diskutiert	
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 einscannt 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. • [redacted] • 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). *ToDo:* [redacted] *schreiben einen Initiativbericht ans BMG, in dem sie auf die Probleme mit diesen Aufgaben und die möglichen Folgen hinweisen.*	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 [redacted]	

264 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-09-07.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG13
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse

- [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• Ca. 26,9 Mio. Fälle und ca. 881.800 Verstorbene (3,3%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ Insgesamt wenig Veränderung
	  ○ Trend in Vereinigten Staaten, Kolumbien und Peru absteigend
	  ○ Größte Veränderung in Frankreich
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ Neu dazu: Libyen mit 7T Inzidenz von 61
	  ○ In Afrika eher Rückgang, vor allem in Algerien, Südafrika
	  ○ Nord- und Südamerika ähnlich stark betroffen
	  ○ In Asien vor allem Indien betroffen, auch Anstieg in Indonesien, Nepal und Vereinigte Emirate.
	  ○ In Europa geht Trend weiterhin nach oben.
	  ○ Ozeanien: in Melbourne wurden Ausgangbeschränkungen um 2 Wochen verlängert.
	• Subregionen in EU/EEA/UK und CH mit 7d-Inzidenz >50/100.000 Ew.
	  ○ Neu auf der Liste: 1 Region in Bulgarien, 4 Regionen in Frankreich (ansteigender Trend), 2 Regionen in Kroatien, die Region Viken in Norwegen, Wien in Österreich, 2 Regionen in Rumänien, Fribourg in der Schweiz, Prag in Tschechien, Budapest in Ungarn.
	  ○ Nicht mehr dabei sind Dänemark (Faroe), 2 Regionen in Kroatien, Malta, Monaco, 2 Regionen in Rumänien.
	  ○ In Frankreich findet ein regelmäßiger Survey zur Einhaltung der Bekämpfungsmaßnahmen statt. So kann die epidemiologische Situation der Einhaltung der Maßnahmen nach Altersgruppen gegenübergestellt werden.
	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  ○ 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)
	  ▪ Am Wochenende haben 14 von 16 BL übermittelt, keine Übermittlung aus MV wegen geringer Fallzahlen
		ZIG1
		
		FG32

	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. o 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer ▪ Gesamt-Inzidenz seit längerem auf Plateau ▪ Entspannung in Hessen ▪ Fallzahlen in BY und BW noch nicht rückläufig. o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 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 o 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. *ToDo: Anpassen des Wording der Zusammenfassung und allgemeinen Einordnung im Lagebericht und Altersverteilung ansehen, gehen die Fallzahlen bei den Älteren hoch? (FG 32)* • Flussschema COVID-19 Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen o Jeder mit akuten respiratorischen Symptomen soll getestet werden, unabhängig von Risikofaktoren. o [redacted] o [redacted] o ECDC nennt Husten, Fieber oder Atemnot. Möglicherweise könnten Symptomkombinationen oder Zusatzkriterien epidemiologischer Art verwendet werden. o Eine Teststrategie ist vorhanden. In dieser wird die Testung symptomatischer Patienten priorisiert. 2.Priorität haben Kontaktpersonen der Kat 1. o Auf Routinetestung und Screeningmaßnahmen könnte zuerst verzichtet werden. o Bei Isolierung und Quarantänezeitverkürzung mit abschließenden Tests könnte die Quarantänezeit wieder verlängert und auf Tests verzichtet werden. o 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. o 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	[redacted]/ Alle

	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. *ToDo: Teststrategie bei einzelnen Szenarien im Strategiepapier überlegen; Arbeitsauftrag für Strategiegruppe, FF [redacted] (AG Diagnostik?)*	
	• Verkürzung Isolierungsdauer ○ In der Presse herrscht ein großes Durcheinander zwischen Isolierung und Quarantäne und Aussagekraft der Ct-Werte. ○ Ist es sinnvoll nach Ct-Werten zu entscheiden, ob ein Patient infektiös ist? Es handelt sich um eine individual-medizinische 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. *ToDo: Schreiben eines Epid.Bull.-Artikels; FF Autorenteam aus IBBS, FG37, ZBS, [redacted] und FG17; Zeitrahmen bis Mitte nächster Woche* ○ 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	[redacted] / Alle

	Sicherheit, für die Modellierung [redacted] dazu nehmen.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] **Presse** • Nichts Neues	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** • [redacted] • [redacted] *ToDo: Bewertung vom RKI erwünscht, FF ZIG*	BMG-Liaison
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	

8	**Dokumente**
	• Die Krankheitslast durch COVID-19 in Deutschland (Folien hier)
	  ○ Ziel
	  ▪ Krankheitslast von Covid-19 einordnen, Methoden entwickeln
	  ▪ Bereits verschiedene Studien aus anderen Ländern vorhanden
	  ○ Krankheitslast
	  ▪ 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
		FG24
		[redacted]
		/FG34
		/FG37

vorzeitiges Versterben zurückzuführen
    - DALY steigen mit Alter stark an
    - Anteil der YLD an den DALY geht mit dem Alter zurück
- 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 Geschlechter-unterschiede: Männer ø12,0 Jahre, Frauen ø 8,7 Jahre
    - Relativ großer Anteil der Krankheitslast bei Personen < 70 Jahre: 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 berücksichtig, 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.	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	

10	**Labordiagnostik**
	• ZBS1
	  ○ In der letzte Woche gingen 942 Proben ein, davon wurden 83 positiv auf SARS-CoV-2 getestet (8,8 %).
	  ○ Schnellteste von 2 Firmen werden zurzeit systematisch getestet. Die Ergebnisse sollen auf einer Folie zusammengestellt und mit dem Krisenstab geteilt werden.
	• Virologische Surveillance
	  ○ Von 85 Proben wurden in den letzten 2 Wochen 59% pos. auf Rhinoviren getestet; kein Nachweis weiterer Erreger.
		ZBS1
		
		FG17

11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ Aufarbeitung Cluster Freising
	  ▪ Studie zu Transmission ausgehend von asymptomatischen, präsymptomatischen und symptomatischen Fällen
	  ▪ Telefonische Befragung der 59 Fälle im Cluster mit einem standardisierten Fragebogen zu:
	  • Exposition (Quellfall, Fasching),
	  • Symptomatik,
	  • Kontaktpersonen in infektiösem Zeitraum, Symptome nach Kontakt, Kontakt während prä- oder symptomatischer Phase, Test, Ergebnis
	  ▪ Deskriptive Auswertung, Modellierung Transmissionskette
	  ▪ Berechnung von Transmissionsraten und Relativen Risiken
	  ○ Ergebnisse
	  ▪ Respons Rate von 90% (53 Fälle)
	  ▪ 7 asymptomatische Fälle
		[redacted]

	▪ Am häufigsten wurde Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Husten, Geschmacksverlust und Fieber genannt. o Transmissionskette (modelliert, da manche Fälle mehr als eine Quelle nannten): ▪ mittleres serielles Intervall: 4,7 Tage, mittlere Inkubationszeit: 5 Tage, mittlere Generationszeit: 4,8 Tage ▪ Kein asymptomatischer Fall als Quellfall o Transmissionraten auf Kontaktpersonen ▪ höchste Transmissionsrate in präsymptomatischer Phase o Schlussfolgerungen ▪ 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 o Manuskript ist fast fertig, soll bald in Emerging Infectious Diseases und für die Escaide eingereicht werden. o [redacted]	
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) o GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ Entwicklung setzt sich fort. Inzidenzen steigen weiter an und liegen leicht über Niveau Vorjahr; Nachweise von Rhinoviren. o Entwicklung der Fallzahlen: 0-5 Jahre ▪ Mittlerweile wieder KiTa-Regelbetrieb in allen BL, COVID-19 Fallzahlen gehen zurück. o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Kurzer Anstieg um 33.Woche, dann Rückgang o Betreuung in einer Einrichtung gemäß §33 ▪ Steigender Anteil bedeutet nicht automatisch, dass Fälle durch Betreuung infiziert wurden. ▪ Kann in naher Zukunft genauer analysiert werden. o [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] o [redacted] ▪ [redacted]	FG36 [redacted]

	[redacted]	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • 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	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • [redacted]	FG32
16	**Wichtige Termine** •	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.09.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

266 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-09-09.pdf

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* [redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG23
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]

- BMG
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage
	  ▪ 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:
	  ▪ 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 Länderniveau
	  ▪ 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
	  ▪ 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.
	• Diskussion
	  ○ Fallzahlen sind aktuell vielerorts hoch aber die Sterblichkeit niedrig, kein Land bis auf Israel wo die Todesfallzahlen
		ZIG1

steigen, oder?
    - Mancherorts werden viele asymptomatische Fälle ausgewiesen (z.B. in Frankreich 50%) und viel mehr getestet, Positivanteil in KW 35 lag dort bei 4,3%, was dennoch auf ein aktives Infektionsgeschehen hinweist
    - Anzahl der >60-jährigen Fälle ist sehr gering
    - Krankenhauseinweisungen sind auch gering, sowie geringe Belegung der IST
    - In Südafrika wurde in Afrika am meisten getestet (650.000 Fälle, 15.000 verstorbene), hier wird viel über das Alter der Bevölkerung diskutiert und dass dieses eine Rolle gespielt hat bei der relativ geringen Sterblichkeit
  - Die Schwere der Erkrankungen muss für die Erwägung von Maßnahmen gut beobachtet werden

National FG32

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 253.474 (+1.176), davon 9.338 (3,7%) Todesfälle (+9), Inzidenz 305/100.000 Einw., 7-Tage-Inz. 9,4/100.000, ca. 228.000 Genesene, Reff=0,88 7T Reff=0,95 (HH hat nicht übermittelt)
  - Inzidenzen
    - ggf. Stabilisierung auf diesem höheren Niveau, heraus stechen BY, dann BW, dann BE
    - 3 Kreise in BY mit 7-T-I >50/100.000, manche großen Stadtkreise mit Inzidenzen >35/100.000
    - 28 Kreise haben keine Fälle übermittelt
    - 11 BL mit rückläufigem Trend, in manchen sehr kleine Fallzahlen (Änderung nicht gut interpretierbar)
  - Exposition im Ausland
    - Ist erwartungsgemäß rückläufig mit ca. 32%, betroffene Länder v.a. Kroatien, Kosovo, Türkei, Bosnien und Herzegowina, Spanien, Rumänien
    - Anstieg in den letzten Wochen vor allem durch Exposition im Ausland bzw. unklar aufgrund mangelnder Information zum Expositionsort
  - Asymptomatischer Anteil bei Fällen ist relevant, vor allem bei jenen mit Exposition im Ausland (nicht auf Folien)
  - Wenn die Kapazitäten der GA ausgeschöpft sind leidet ggf. die Datenerhebung, es wäre interessant ein Gefühl dafür zu bekommen, bei wie vielen Fällen die Datenermittlung für die GA stemmbar ist und ab wann sie aus Kapazitätsgründen nicht mehr gut gesichert werden kann, dies sollte nicht auf nationaler Ebene sondern kleinteilig erörtert werden
  - Feedbackbogen für GA ist in Vorbereitung, dieser könnte Auskunft hierzu liefern, siehe unten unter Surveillance
  - Mitte Oktober wird die Teststrategie verändert und es wird eine Herbstferien Reisewelle geben, die Folgen hiervon werden wegen der fließenden Übergänge wahrscheinlich nicht klar auseinanderzuhalten sein (z.B. unterschiedliche

FG36

	Ferientermine) • Syndromische Surveillance (mittwochs) (Folien hier) ○ 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 • Testkapazität und Testungen (mittwochs) (Folien hier) ○ 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)	FG37
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	

5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] **Presse** • Heute wird voraussichtlich die englische RKI-COVID-19-Seite freigeschaltet	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **ÖGD-Pakt** • Die Beschlüsse zum Pakt von ÖGD werden besprochen wenn die Leitung dabei ist **b) RKI-intern** **Update zu Themen aus der EpiLag gestern** • Impfen: am 18.09. gibt es ein Gespräch auf Regierungsebene wo die Strategien dargestellt werden sollen, was macht BMG was machen die Länder • Digitalisierung Aussteigerkarte • Überarbeitung der Testverordnung, keine bezahlten Testungen mehr für einreisende • Diskussion und Erwartung, dass RKI sich zur Verkürzung der Quarantänezeit äußert und dass das Flussdiagramm in Hinsicht auf den Schnupfenplan angepasst wird • [redacted]	FG32
8	**Dokumente** **Veröffentlichung „Soziale Ungleichheit und COVID-19“** • Im Journal of Health Monitoring ist eine interessante Studie erschienen mit Schwerpunkt soziale Ungerechtigkeit und COVID-19: erste Auswertung der Meldedaten auf Basis von ökologischen Vergleichen, Kollaboration RKI Abt. 2 und 3, Link hier: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/JoHM/2020/JoHM_Inhalt_20_S07.html	FG24
9	**Labordiagnostik** • FG17: Probeneinsendungen auf üblichem Niveau, nur Rhinovirus	FG17

	Nachweise
	• Übergang auf multiplex PCR wird vorbereitet, andere saisonale Coronaviren werden einbezogen
	• Vorbereitung der Influenza Saison
	• Influenza
	  ○ 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 Anzüchtung, 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	

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Zur Kenntnis: in der AGI findet aktuell die Abstimmung eines Dokumentes zu Veranstaltungen statt	FG32

12	**Surveillance**
	Corona Monitoring Studie (Folien hier)
	• Vorstellung der bundesweiten Studie
	  ○ Kooperation zwischen RKI und dem deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)
	  ○ DIW betreibt das sozio-ökonomische Panel (SOEP), eine haushaltsbasierte nationale Langzeitstudie, innerhalb dessen Informationen der teilnehmenden aus früheren Erhebungswellen benutzt werden können
	  ○ Ziele sind u.a. Erhebung der Seroprävalenz, des Anteils unerkannter Infektionen, PCR-Test-Prävalenz, Risiko- und
		FG23

	Schutzfaktoren, und weitere Auswertungsziele ○ Erhofft sind ca. 22.000 teilnehmende inkl. Abstriche aus Eigenbeprobung (Mund-Nase-Abstrich, Kapillarblut) und Fragebögen zu COVID-19 Testungen, Symptomen und möglicher vergangener Infektion ○ Projektplanung ist fortgeschritten: Protokoll steht und Material wurde beschafft, Ethikvotum erhalten, Feldstart ist in Blöcken ab Ende September geplant • Diskussion & Fragen ○ Ergebnisse sind teilweise auch falsch positiv, ist auch ein Neutralisationstest geplant? Ja, ebenso wie auch bei Corona-Monitoring lokal ○ Seroprävalenz ist eventuell nicht dauerhaft, wie viele Zeitpunkte sind für die Abstrichnahme geplant? Aktuell ist noch keine längerfristige Finanzierung vorhanden, die SOEP-Befragung findet regulär zweimal im Jahr, nächster Kontaktzeitpunkt wäre im nächsten Frühjahr, eine erneute Beprobung dann ist angedacht ○ Wäre es möglich an bestehende nationale Studien anzuschließen, z.B. NAKO? Kontakt zu anderen Instituten besteht, direkte Zusammenarbeit aktuell nicht ○ Studienergebnisse werden sich ergänzen, kein direkter Link zu Studien mit Blutspendediensten? ○ Abt. 3 führt eine Fallkontrollstudie (StoppCOVID) zur Evaluierung von Maßnahmen auf Populationsebene durch, hier gibt es ggf. Austauschmöglichkeiten ○ Bei der gerade in Straubing anlaufenden 3. Corona-Studie ist die Beteiligung geringer als bei den vorhergehenden, sind 65% Response nicht etwas optimistisch? ○ Bei SOEP handelt es sich um teilnahmefreudige Personen die bereits rekrutiert sind, dies darf nicht zu sehr ausgenutzt werden aber eine Grundbereitschaft besteht bereits ○ Zusammenarbeit zwischen Abt. 2 und 3 soll noch verstärkt werden **Feedbackbögen für BL und GA** • Individuelle Feedbackbögen für alle GA und BL zur Vollständigkeit einiger zentraler Variablen (Datenqualität) in den letzten 30 Tagen (COVID-19 in Meldedaten) sind in Vorbereitung • Jedes BL sieht nur seine Daten und die seiner GA, GA sehen nur die Informationen zu wenigen Indikatoren für ihren Kreis • 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 • Ein anonymes Beispiel zur Darstellung ist in Vorbereitung • Dies soll helfen zu sehen, wo die Kreise stehen, letztendlich ist eine Verbesserung der Datenqualität erhofft durch das Identifizieren und Erheben von möglichen Problemen	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)**	

	• Nicht besprochen	FG32
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG32
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 11.09.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

268 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-09-11.pdf

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* [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Leitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- L1
  - Joachim-Martin Mehlitz
- IBBS
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse

- [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	
	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  ○ SurvNet übermittelt: zum Vortag +1.484 neue Fälle; +1 Todesfall
	  ○ R-Wert bei 1,00 (95% KI: 0,78-1,25); 7-T. R-Wert bei 1,11 (95%-KI: 0,99-1,25)
	  ○ Rückmeldung aus dem BMG: Der 4-T. R-Wert wird bevorzugt betrachtet
	  ○ Werte befinden sich insgesamt auf einer Plateau-Phase
	• 7-Tages-Inz. nach Meldedatum Bundesländer
	  ○ Bayern bleibt Platz 1mit deutlichem Abstand; zeigt weiter Anstieg
	  ○ Die restlichen der Top 5 Bundesländer sind: Berlin, Baden-Württemberg, Hamburg und Hessen
	• Geografische Verteilung in Dtl.: 7-T.-Inz.
	  ○ Nach Kreisen: 22 keine Fälle übermittelt
	  ○ 3 bayrische Kreise mit Inz. > 50 Fälle/100T Einw.
	  ○ 5 Kreise mit > 30 Fälle/100T Einw.
	• Anzahl der SARS-CoV-2 Testungen (Stand 08.09.20)
	  ○ Im Vergleich zur vorherigen KW: Testkapazität relativ gleich geblieben, pos. Rate liegt gleich
	• Rückstau an PCR-Proben zur SARS-CoV-2 Diagnostik
	  ○ Diese Abb. im Lagebericht neu eingeführt
	  ○ Probenrückstau seit KW 31 angestiegen, aktuelle KW leicht abgenommen
	  ○ In KW 36 gaben 66 Labore einen Rückstau von insgesamt 29.964 abzuarbeitenden Proben an
	  ○ 44 Labore nannten Lieferschwierigkeiten der Reagenzien
	• Wöchentliche Sterbefallzahlen
	  ○ Freitags im Lagebericht Mortalität, kaum Veränderungen, keinen Anstieg durch Hitze zu erwarten, Covid 19 Sterberate sehr niedrig
	• Sind Menschen bei Sicherheitsfirmen durch prekäre Arbeitssituationen größerem Infektionsrisiko ausgesetzt? Spielen diese als Überträger eine Rolle?
	  ○ Keine Daten über Berufstätigkeit in den Meldedaten
	
	ToDo:
	In nächster Epilag nachfragen, ob durch enge Kontakte Mitarbeiter von Sicherheitsfirmen vermehrt betroffen sind.
		FG32
		
		Leitung [redacted]
		
		FG32

2	**Internationales (nur freitags)**	

	• Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] **Presse** • Risikogebiete Zuständigkeit ○ Vermehrt Anfragen zur Ausweisung der Stadtregion Prag als Risikogebiet ○ [redacted] [redacted]	BZgA Presse/ [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	RKI-Strategie Fragen **a) Allgemein** • Beschlüsse für den Pakt ÖGD (Dokument hier) Wesentliche Punkte zum RKI: ○ Wir sind nicht bei Lehre aufgeführt ○ Änderungen: Ein externes unabhängige Expertengremium berufen von Bund und Ländern, um den ÖGD auf künftige Notlagen vorzubereiten (unter Punkt 5). Hier könnte RKI Vorschläge für Experten einbringen. ○ Stärkung ÖDG, personell und Ausbildung ○ RKI mit DEMIS und vielen weiteren Ebenen erwähn	[redacted]

- 50 Mill. Euro zur Stärkung auf Bundesebene: 24 Mill. Euro Aufbau DEMIS, sowie 10 Mill. Für Forschungs- und Evaluierungszwecke und 16 Mill. zur personellen Stärkung der beteiligten Bundesbehörden.
- 50 Mill. Euro für Förderprogramm zur Modernisierung von Flug- und Seehäfen nach dem IGV-Gesetz vom Bund bereitgestellt.

[redacted]

- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- AG Diagnostik Bericht zu konkreten Einsatzgebieten der Antigen-Teste; ist keine Empfehlung sondern Ergänzung des bereits vorliegenden Berichts; Problem: Bisher nur Herstellerangaben zu den Antigen-Tests im EU-Raum vorhanden. Zur klinischen Validierung der Tests liegt die FF beim PEI unter Zuarbeit deutscher Kooperationspartnern
- [redacted]
- Hier gilt es das Institut durch Vorabkommunikation und Gesprächsnotiz zu schützen.
- Durch verkürzen der Q. für KP müsste das Tätigkeitsverbot für relevante (Med.) Berufe wiedereingeführt werden.
- Eine 5-tägige Quarantäne bei Reiserückkehrern plus Testung, beste Variante von den politisch möglichen Lösungen. Bei Reiserückkehrern sind die pos. Rate vergleichbar mit der in der Bevölkerung. Somit sind Reiserückkehrer schon relevant beim Infektionsgeschehen. Aktuell wünscht sich das RKI 10 Tage Quarantäne plus Test.
- Präs bittet um Findung eines pragmatischen Kommunikationsweges zur im Oktober anstehenden Regelung

	b) RKI-intern *ToDo:* *-Zum Pakt ÖGD: Beim nächsten Jour Fixe beim BMG nachfragen, inwiefern Gelder an das RKI geht* *-Zum Ministertermin: [redacted] 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 [redacted]*	
8	Dokumente • Umfangreiche Updates zum Kontaktpersonenmanagement Als Info Punkt für alle	FG36, 37
9	**Labordiagnostik** • 673 untersuchte Proben • 7,3% pos. Rate • Promo-Proben aus Straubingen untersucht bislang alle negativ • Arbeitsschutz steht vor der Fertigstellung	FG17 IBBS
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Webseminare erhalten viel Interesse • Telemedizin Unterstützung beides läuft zum Ende des Jahres aus; wird zu Nachfragen dann führen, läuft bisher sehr gut	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • In der nächsten Woche wahrscheinlich SurvNet-Update • Kooperationsanfrage der Charité durch [redacted] 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. [redacted] schlägt Meldedatengruppe vor. Dies erfordert Koop-vertrag und Datenschutzvereinbarung. Im FG37 sind schon Aktivitäten zur Auswertungen von COVID-19 Fällen in Pflegeheimen (Fr. [redacted]). Gerne kann sie unterstützen.	FG32 FG23/ FG32/ FG37
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Update Scanlösung der Aussteigekarten Soll am kommenden Montag starten, es fehlt noch Kostenzusage an RKI für den Vertag mit der Post: [redacted]	L1

	• 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 • [redacted] 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.	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • BMG Termin zur Kürzung bzw. Frequenzreduktion des täglichen Lageberichts ○ [redacted] stimmte der Kürzung zu, möchte aber weiterhin täglich die Tabelle zu den Pflegeheimen ○ Es erfolgte Abstimmung dazu was am BMG wann gebraucht wird ○ Gekürzter Bericht wird am Montag einsetzen ○ Zur Info wird die ab Montag aktuelle Struktur einmal per Mail an Krisenstab geschickt • Vorstellung Schichten und E-Mail Kommunikation im Lagezentrum (Folien hier) • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • Rechtsreferent erhält viele Anfrage nach IFG • Zur Reduktion der kleinen Anfragen hat [redacted] sich bereit erklärt wöchentlich den Gesundheitsausschuss für Bundestag zu halten. Fragen werden vor Ort beantworten, damit weniger kleine Anfragen	FG32 Leitung
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen**	

	• Nächste Sitzung: Montag, 14.09.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

270 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-09-14.pdf

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* [redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Protkoll
  - [redacted]

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ 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) ○ 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 ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Syndromische Surveillance (mittwochs) ○ Testkapazität und Testungen (mittwochs)	ZIG1 [redacted] [redacted]
2	**Internationales** • [redacted] *ToDo:* *Abklärung: Teilnahme von* [redacted]	ZIG [redacted]

3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Corona WarnApp (CWA) - 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 • RKI-Labor ist in den letzten Zügen um an CWA angebunden zu werden • [redacted]	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	alle
5	**Kommunikation** • Plakat zu drei elementaren Risikosituationen https://www.infektionsschutz.de/fileadmin/infektionsschutz.de/Downloads/Merkblaetter/3Gs/Infografik_3g.pdf • [redacted] • RKI-Startseite wird leicht modifiziert • Dokumente, die häufig gesucht werden, sollen auf Startseite des RKI abrufbar sein (Link folgt) • A-Z soll entschlackt werden • Ziel: mehr Übersichtlichkeit • [redacted] berichtet von Interesse von Seiten der AGI zu Informationen zu Antigentests, er stellt sich im Sinne	BZgA Presse [redacted]

	des koordinierten Vorgehens und einer souveränen Planung den Fragen zur Verfügung *ToDo: gekürzter Lagebericht muss gut kommuniziert werden !!*	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen (Nachfolger*in von [redacted] noch nicht bestimmt)	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **Quarantäne- und Isolierungsdauer bei SARS-CoV-2 – Grundlagen für eine Risikoabwägung:** - [redacted] 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 **b) RKI-intern**	IBBS [redacted]
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)**	IBBS
10	**Labordiagnostik** • 1076 untersuchte Proben • 7,25 % postive 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.	FG17 [redacted]

	SARS-CoV-2 und Flu A/ Flu B, war negativ. • [redacted] erwartet Stellungnahme des BMG (Reaktion des GMK Beschlusses)	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	FG36/IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Infos zum Impfen: ab jetzt immer fester Top Freitags • Abordnung von [redacted] (FG33) ans BMG • [redacted] 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/	[redacted]
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 *ToDo:* [redacted] *stellt am Freitag, 18.09.2020, Fragen zur Hospitalisierung vor*	FG32 FG36 / [redacted]
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	

272 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-09-16.pdf

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:	[redacted]

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- AL1
  - Martin Mielke
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) Ca. 29 Mio. Fälle und ca. 928.000 Verstorbene (3,2%) Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Insgesamt wenig Veränderung o Indien, am 15.09 84 000 neue Fälle, und USA weiterhin führend o Trend in Vereinigten Staaten, Brasilien, absteigend; Kolumbien, Indien nehmen weiterhin zu o Spanien und Frankreich, größte Veränderung in den letzten 7 Tagen, zeigen einen zunehmenden Trend Fallzahlen nach WHO Regionen weltweit o Amerika: Fallzahlen nehmen etwas ab, bildet weiterhin der größte Anteil o Süd-Ostasien: Fallzahlen (Indien und Indonesien) nehmen zu o Europa: Fallzahlen (v.a. in Spanien, Frankreich, Israel) nehmen zu o Afrika: Rückläufige Fallzahlen 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner o Keine Starke Veränderung. Aktuell 40 Länder mit einer 7-Tages-Inzidenz > 50 Fälle / 100.000 Ew o Nord- und Südamerika ähnlich stark betroffen; neu dazugekommen ist Ecuador, Südamerika fast komplett betroffen o Afrika keine Veränderung o Asien: Oman (neu) o Europa: Malta (neu) Subregionen in EU/EEA/UK und CH mit 7d-Inzidenz >50/100.000 Ew. o Neu auf der Liste: Normandie/Frankreich, Dublin/Irland, Malta, Voralberg/Österreich o In Tschechien sind 2 Regionen dazugekommen, somit haben 10/14 Regionen 7d-Inzidenz über 5/100 000 Ew. o drei weitere Regionen in Ungarn **National** Heute Morgen gab es Serverprobleme, diese scheinen behoben zu sein Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o 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 o ITS Kapazitäten: keine Veränderungen	ZIG1 FG32/ Alle

	7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer ○ 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 Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ○ 2 LK >50-100 Fälle/100.000 Einw ○ Führend in der Liste: Würzburg und Garmisch- Partenkirchen (GP) [redacted] COVID-19-Fälle mit Expositionsort im Ausland ○ Angabe zu Expositionsort Ausland nimmt trotz Fallzunahme in KW 37 ab. Es scheint, dass die Mehrzahl der Übertragungen in Deutschland stattfindet, das sollte weiter beobachtet werden Häufigsten genannte Expositionsländer der in den Meldewochen 34-37 übermittelten COVID-19-Fälle ○ Weiterhin häufig Balkanstaaten ○ In KW 37 ist Türkei führend ○ Tschechische Republik nimmt im Zeitraum KW34-KW37 zu ○ Bild übereinstimmend mit der internationalen Lage Wochenvergleich Verteilung nach Altersgruppen ○ Verschiebung in ältere Altersgruppen hat zugenommen Ausbrüche: ○ [redacted] ○ ○ Interpretation/Allgemeine Einordnung im Lagebericht sollte angepasst werden angesichts der Zunahme der autochthonen Fälle sowie Zunahme der Fälle unter den Älteren Jede Anpassung des Lageberichts sollte gut durchdacht erfolgen, da diese viel zitiert werden. Die Graphik (Folie 4) sollte genaue beschrieben werden, genaue Berichterstattung fördert Transparenz Anpassung der allgemeinen Einordnung wird am Freitag erneut diskutiert. **Syndromischen Surveillance (Folien hier)** ○ Entwicklung der ARE-Rate entspricht dem Vorjahr mit einer	FG36/ Alle

	zeitlichen Verschiebung um eine Woche nach vorne (Folie2) ○ 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-Jährigen ist der Wert im Saisonvergleich erhöht. ○ 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 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. **SARS-CoV-2 in ARS (Folien hier)** ○ 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 Lob für das Erfassungssystem; wichtiges Zeichen wie wertvoll, dass die Zahlen zu Testung in dieser Weise auswertbar sind Qualitativ gesicherte Diagnostik durch Validierung durch Fachleute ist der Begrenzungsfaktor bei Ausweitung der Testkapazitäten	FG37
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** • nicht anwesend **Presse**	BZgA

	○ Keine Rückfragen an die Presse zur Änderung des Lageberichtes. Es wurde eine gute Lösung mit der Erklärung online gefunden Bereitstellung von Daten an die Datenjournalisten: Bereits Anfang Juli gab es ein Treffen der Datenjournalisten mit [redacted]. Es wurden besprochen, dass die Ergebnissein Tabellenform im Situationsbericht verfügbar gemacht/dargestellt werden Aktuell einige Nachfragen seitens Journalisten zu dem Stand dazu. ○ Tabellenerstellung sowie die Morgenmail an wird BMG/BMI mit Fallzahlentabelle wird aktuell automatisiert. Die kumulativen Fallzahlen müssen epidemiologisch eingeordnet werden. ○ Position Lagebricht 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. Anpassung Pressemeldungen ○ [redacted] *TODO Presse: Pressemitteilungen-E-Mails anpassen* [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] Morgen trifft sich die Kommunikationsgruppe des Health Security Committees. Es wurde die Presse und Wissenschaftskommunikationsgruppe dazu gebeten.	Presse

6	**Neues aus dem BMG** • [redacted] *TODO: Anfragen, ob FG33 am Freitag im Krisenstab teilnehmen wird.* • [redacted]	BMG-Liaison
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** Antigen-Test: Morgen AG Diagnostik unter Leitung BMG 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.	AL1
8	**Dokumente** ○ Die Ausformulierung/detaillierte Darstellung der Kategorisierung von KP in Klassen/Kita hat zu vielen Rückfragen, ob Quarantänisierung ganzer Klassen erforderlich ist, geführt. Es sind keine Vorgaben sondern nur Vorschläge, das Vorgehen situationsbedingt anzupassen, wenn eine Kategorisierung nicht möglich ist. ○ 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 /FG36 FG38
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen •	
10	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance Niedriges Niveau der Aktivität und es werden bis zu 90% Rhinoviren nachgewiesen. [redacted]	FG17

	[redacted] 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.	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • EpiBull Artikel wird von [redacted] erstellt und zur Kommentierung mit Abt1 und FG37 geteilt. Genaueres dazu soll am Freitag im Krisenstab besprochen werden.	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** DEMIS Update: ○ 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 Angaben nicht ausfüllen. Antigen-Test: ○ 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. ○ [redacted] SurvNet-Update: ○ 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.	FG32 FG37/FG32/ alle FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)**	

	• Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • Krisenstabstreffen BMG/BMI • GMK zu Impfen • HSC • ECDC Impfen als Webinar	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 18.09.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

274 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-09-18.pdf

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* [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Leitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- BMG
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG33
  - [redacted]
- FG 32/FG38
  - [redacted]
- FG32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]

- FG38
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ZIG2
  - [redacted]
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]

[redacted]

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	
	• International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage
	  ▪ Mehr als 29 Mill. Fälle und über 940.000 Verstorbene (3,2%)
	  ▪ Top Länder haben sich die ganze Woche nicht verändert
	  ▪ Indien weiter an 1. Stelle, mehr als 90.000 Fälle/Tag
	  ▪ Spanien und Frankreich im Mittelfeld mit steigendem Trend
	  ○ Länder mit >70.000 neue Fälle in den letzten 7 Tagen
	  ▪ In der letzter Zeit Argentinien, Indien, USA und Brasilien stets dabei
	  ▪ Neu gelistet ist Spanien mit steigendem Trend
	  ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ▪ 7-Tages-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.:
	  -Israel im Laufe der Woche gestiegen
	  -Von EU-Ländern: schwanken Luxemburg und Ungarn über und unter die Schwelle
	  -Neu gelistet Östterreich mit 50,73 7-T.-Inz.
	  ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner - EU
	  ▪ Mit >50 haben folgende Länder:
	  -Spanien, Frankreich, Tschechien, Österreich, Ungarn
	  ○ Subregion in EU/EEA/UK und CH mit 7d-Inzidenz >50/100.000 Ew.
	  ▪ Seit Mi ttwoch neu dazu gekommen:
	  -Bulgarien, dessen Region schwankt um den Schwellenwert.
	  -Frankreich: zwei Regionen dazu gekommen
	  -GB: 1 Region über dem Schwellenwert; diese Region liegt in Schottland
	  -NL: Utrecht neu dazu
	  -Rumänien: stark schwankende Regionen;
	  -Tschechien: 2 weitere Regionen, alle Regionen des Landes über Schwellenwert
	
	  ▪ [redacted]
		ZIG1 [redacted]
		
		BMG

	[redacted]
	• National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  ○ Informationen für den Krisenstab
	  ▪ ansteigende Fallzahlen und ansteigende 7-Tage Inz.
	  ▪ Höchste Fallzahlen seit Ende April, deutlich mehr authochthone Fälle als importiert
	  ▪ R-Wert deutlich über eins; ITS keine großes Veränderungen
	  ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer (BL)
	  ▪ höchste in Bayern, gefolgt von Berlin, BaWü, NRW, HH
	  ▪ Aber auch BL mit niedrigeren Werten zeigen teilweise ansteigenden Trend
	  ○ Geographische Verteilung in Deutschland: 7-T.-Inz.
	  ▪ 3 LK >50 Fälle/100.000 Einw.: Würzburg, Kaufbeuren, Garmisch
	  ▪ 600 Fälle aus München übermittelt, heute keine neuen übermittelt
	  ○ Anzahl der SARS-CoV-2 Testungen
	  ▪ In dieser KW über 9.600 pos. Tests, pos. Rate 0,76%
	  ○ Rückstau an PCR-Proben zur SARS-CoV-2 Diagnostik (KW 15-37, 2020)
	  ▪ In KW 37 gaben 70 Labore einen Rückstau mit über 30.000 Proben an
	  ▪ 44 Labore gaben Lieferschwierigkeiten für Reagenzien an
	  ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen
	  ▪ Angaben des Statistischen Bundesamt (BA)
	  ▪ KW33 gab es eine größere Hitze und insgesamt Sterbezahlen in dieser Wo angestiegen. Statistische BA führt dies auf die Hitze zurück
	  ○ Woran liegt es, dass es weniger Testzahlen als Fälle sind?
	  ▪ Es wird länger gewartet bis zur Testwiederholung
	  ▪ In ARS kann in teilnehmenden Einrichtungen die Änderungen der Testwiederholungen untersuchen werden.
	  ○ Ab wann stufen wir uns als community transmission ein?
	  ▪ [redacted]
	  ▪ [redacted] hatte vor einiger Zeit eine Tabelle zur transmission Einstufung erstellt
		FG32 [redacted]
		
		FG32/FG38 [redacted]
		ZBS1/ [redacted]
		FG37/ [redacted]
		
		FG32/FG38 [redacted]

	▪ Nächste Woche wird diese Tabelle erneut diskutiert *ToDo:* *-[redacted]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.* *-Vorbereiten für nächste Wo.:Tabelle zu community transmission*	
2	**Internationales** • 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 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 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 o Numbers are very similar • To Summarize o The following measure were effective: restriction on gatherings, mask wearing requirements, school closing requirements, work closing requirements, the total number of	ZIG [redacted] [redacted]

	tests performed
	• Slide 10 was not discussed
	• Discussion:
	  ○ Total number of tests difficult to include since counted differently in countries
	  ○ The list on slide gives the order in which the factors were influencing outcome
	  ○ To summarize: As policy increases the growth rate decreases
	  ○ Not enough evidence for interaction effect, wanted to keep it as simple as possible
	  ○ 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	**Aktuelle Risikobewertung** • Risikobewertung an Entwicklung anpassen: Da Zunahme autochtoner Fälle, Zunahme älterer Betroffener • [redacted] hatte Formulierungsvorschlag geschickt. Dieser wurde nach kleinen Anpassung in folgender Form angenommen „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.“ • Anfang Lagebericht (blauer Kasten): „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.“ • Wir brauchen eine noch stärkere Awareness in der Bevölkerung: *ToDo: im englischen Lagebericht den Link auf Risikoeinschätzung einfügen*	[redacted] Alle

5	**Kommunikation**
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
		Presse
		
		FG38/32
		[redacted]

	[redacted] ○ 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	FG32 [redacted] Leitung/ [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nichts Aktuelles seit der gestrigen Morgenlage	[redacted]
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Strategiepapier von der informellen Beratergruppe an [redacted] zurück mit vielen Anmerkungen • 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. • Termin bei [redacted] ergab: Strategiepapier wird in gemeinsamer PK in erster Oktoberwoche vorsgetellt: ○ Bis dahin kann Papier verändert werden. ○ [redacted] sprach Teststrategie an: Antigentests 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 Antigentests eines mit BfArm und eines AG Diagnostik, heute Nachmittag Gesundheitsminister-Konferenz, Sachliche Infos sind an BMG kommuniziert • Validierungsprotokolle liegen im Verantwortungsbereich des PEI, da Abrechungsfähigkeit von diesen abhängt. Außerdem Validierungsprotokolle als Post-Marketing Maßnahme **b) RKI-intern** Nicht besprochen	IBBS [redacted] AL1 [redacted] Leitung [redacted] AL1 Leitung [redacted]/ AL1
8	**Dokumente** • RKI internes Lagemanagement	

9	**Update Impfen (nur freitags)**
	
	Aufzählung der wichtigsten Hintergrundaktivitäten zur Einführung der Impfung:
	• Zweiwöchentlichen Jour Fixe mit PEI und BMG
	• Intern am RKI Arbeitsgruppe für Impfempfehlung
	• Kontaktstudien: Erhebung zum Kontaktverhalten der Bevölkerung
	• Eigene Arbeitsgruppe in-house für die Kommunikation Presse, P1 und Team Kommunikation zur Impfakzeptanz (FG33)
	• International: WHO Eurogroup und WHO SAGE, sowie ECDC zur Evidence Aufarbeitung
	• Erstellung der nationalen Impfstrategie in Vorbereitung
	• Aktueller Stand der Impfstoffentwicklung:
	  ○ 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:
	  ○ Viele Vorschläge von den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
		FG33
		[redacted]
		
		[redacted]
		
		FG32
		[redacted]

	[redacted]	
10	**Info Arbeitsschutz** ABAS könnte bis Dezember 2020 fertiggestellt werden	IBBS [redacted]
11	**Labordiagnostik** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZBS1 [redacted] FG17 [redacted]
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen/kein Update nötig gewesen	FG36/IBBS
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nichts Neues	FG14

14	**Surveillance**
	Auswertung der Meldedaten zu COVID-19 (Folien hier)
	Beschreibung der ersten Welle mit Fokus auf Krankheitsschwere
	• Auswertung der ersten 200.000 Fälle der 1. Welle, diese sind im internationeln Vergleich jünger.
	• Hinweis zur Methodik: Berücksichtige Fälle haben Angaben zum Alter, Hospitalisierungs- und Verstorbenstatus, sowie nur Fälle mit Meldedatum bis zur KW20; Krankheitsverlauf gemäß Epi Bull Artikel vorgenommen
	• Krankheitsverläufe nach Altersgruppen
	  ○ 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:
	  ○ Mit zunehmend schwererem Verlauf sind mehr Risikofaktoren gemeldet
	  ○ Anteil Risikofaktoren: Herz-Kreislauf-Erkr. Am häufigsten, gefolgt von neurolog. Störungen und Diabetes
		FG36 [redacted]

	○ Ab April neorolog. 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 *ToDo:* *-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* • Neues SurvNet-Update ausgerollt ○ neue Version bietet neue Anwendungen für KoNa / Kontakt-Management, welches wichtige Funktionen für GÄ sind.	FG32/AL3
15	**Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags)** • 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 [redacted]
16	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Kommunikationslast nimmt etwas ab, viel IFG und nachwievor Erlasse • [redacted]	FG38/FG32 [redacted] FG38 [redacted] / AL3

	• [redacted]	
17	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
18	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 21.09.2020, 13:00-15:00	

276 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-09-21.pdf

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* [redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- Abt. 3
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32/FG38
  - [redacted]
- FG32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]

- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- INIG
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ 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 ▪ Insgesamt mit 47 Ländern mit 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.: Dies sind 5 Länder mehr als letze Woche; ▪ Südamerika am stärksten bestoffen, 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 ▪ NL und Belgien neu dazugekommen, ansonsten unverändert ○ Subregion in EU/EEA/UK und CH mit 7d-Inzidenz >50/100.000 Ew. ▪ 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 ▪ In Frankreich: Isolierungszeit auf 5 Tage verkürzt: Aber erst nach 7 Tagen Isolierung	INIG [redacted]

	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: ▪ Schweden haben kontinuierlich abnehmdenden 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 [redacted] später per Mail mit dem Krisenstab geteilt). • National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ Informationen für den Krisenstab ▪ 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) ▪ 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. ▪ 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	FG36 [redacted]/ FG38/32 [redacted]/ AL1 FG32 [redacted] AL3/ FG32 [redacted]

	○ COVID-19 Inz. nach Stadt-/LK und Meldewoche ▪ 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) ▪ 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) ▪ [redacted] ▪ [redacted] • Lagebericht: abgestimmte Sprachregelung zum gegenwärtig niedrigen Anteil der Sterbefälle unter den gemeldeten Fällen ○ 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 ▪ 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 Krankenhausaufenthalt (KH)	FG36 [redacted]/ FG38/32 [redacted]/ AL3 FG32 [redacted] Alle Leitung FG34 [redacted] Abt.3 [redacted]

	▪ 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 ○ Fall-Verstorbenen-Anteil (nach Meldewoche); getrennt nach mit ITS vs. keine ITS: ▪ kein ITS absteigender Trend ▪ Aber mit ITS erscheint Anteil-Fall-Verstorbene relativ konstant ○ Fazit: ▪ Absteigender Trend sowohl in den beiden Gruppen „kein KH“ und „KH ohne ITS“ ▪ Rückgang Fall-Verstorbenen passiert eher außerhalb KH ○ Diskussion ▪ 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 gebliebe; 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 verhanden ▪ Bisher keinen Hinweis, dass Virulenz von SARS-CoV-2 bedeutsam abgenommen hat. *ToDo: [redacted] übernimmt Formullierungsvorschlag, der mit Krisenstab abgestimmt wird. Ziel ist es, den abgestimmten Text in den Lagebericht am Dienstag zu integrieren.*	AL1/ AL3 FG36 [redacted] FG36 [redacted] BZgA FG38/32 AL3/ FG17 [redacted]
2	**Internationales** *Nicht besprochen*	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** *Nicht besprochen*	
4	**Aktuelle Risikobewertung** *Nicht besprochen*	

5	**Kommunikation** • [redacted]	BZgA
6	**Neues aus dem BMG** *Nicht besprochen*	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** Lagebericht: abgestimmte Sprachregelung zum gegenwärtig niedrigen Anteil der Sterbefälle unter den gemeldeten Fällen **Unter Punkt 1 besprochen.** **b) RKI-intern**	Leitung
8	**Dokumente** • RKI internes Lagemanagement	
9	**Update Impfen (nur freitags)**	
10	**Info Arbeitsschutz**	IBBS
11	**Labordiagnostik** • Hinweise zur Testung in welchem Ct Bereich Infektiösität; ein Labosstandard hierzu in Arbeit. Dies in Zusammenarbeit u.a. mit KL-Coronaviren • [redacted] • Letzte Woche: 1.120 Proben davon waren 109 positiv; knapp 10% pos. Rate • Komolo Proben untersucht; weiter bundesweit Studie vorbereitet, ab dem 01.10.2020 werden Proben an TN verschickt	AL1 ZBS1 [redacted]
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen/kein Update nötig gewesen	FG36/IBBS
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Kollegen von WHO verstärkt gemeldet, wollten diskutieren inwiefern zusätzliche Maßnahmen für pharmazeutische Interventionen effektiv sind.	FG14 [redacted]

14	**Surveillance**
	• Update Corona-KiTa-Studie (Folien hier)
	  ○ Anhand von Grippeweb, liegen alle Inzidenzen unter den Vorjahreswerten
	  ○ Meldezahlen: Inz. geht in der Woche zurück; SK München zeigt eine erhöhte Inz.
		FG36
		[redacted]

	○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe: Anteil der übermittelten COVID-19-Fälle hat sich stabilisiert. ○ Ausbrüche in Kita: ▪ 7 neue Ausbrüche: Anzahl der gemeldeten Fälle steigt; Anteil 15 - jährige höher ○ Ausbrüche in Schulen: ▪ 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 • Letzten Freitag wurde SurvNet RKI erfolgreich intern ausgerollt: ○ 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 Vereinfachnung des Kontaktpersonenmanagement ○ AL3 wird das erfolgte Update an das BMG kommunizieren ToDo: *Vorstellung der Schulausbrüche in der Epilag durch FG36*	FG32 [redacted]
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	

278 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-09-23.pdf

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:	[redacted]

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- FG12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG32/FG38
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- Protokoll
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien **hier**) Ca. 31 Mio. Fälle und über 960.000 Verstorbene (3,1%) Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Insgesamt wenig Veränderung o Israel, Frankreich, USA über 15% Zunahme Fallzahlen nach WHO Regionen weltweit o Leichter Rückgang in Indien, Kolumbien, Peru 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner o Keine Starke Veränderung; aktuell 49 Länder mit einer 7-Tages-Inzidenz > 50 Fälle / 100.000 EW o Am stärksten betroffen ist Nord- und Südamerika; neu dazugekommen sind die drei Inseln Bonaire, Saint Eustatius und Saba (Karibische Niederlande) Subregionen in EU/EEA/UK und CH mit 7d-Inzidenz >50/100.000 EW o Seit Montag, 21.09.2020, sind Dänemark und Island neu hinzugekommen, sie haben den Schwellenwert von der 7d-Inzidenz >50/100.00 EW überschritten Der ECDC Threat Assessment Brief: Reinfection with SARS-Cov-2: considerations for public health response wurde am 21.09.2020 veröffentlicht mit folgenden Zielen (Folien 4-7): ▪ Die Häufigkeit sowie Eigenschaften von bekannten Reinfektionen zu beschreiben ▪ Informationen über SARS-CoV-2-Infektionen sowie die Entwicklung von Antikörpern zusammenzufassen Fragen zu 7-Tages-Inzidenz: 1. Wird die Schwelle hochgesetzt? 2. Wird erwogen Länder mit > 50 Fälle / 100.000 EW nicht mehr in Risikogebiete einzuteilen? ▪ 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 ▪ ***Dank an ZIG 1 für die umfangreiche Berichterstattung – wird als ausgesprochen hilfreich angesehen!***	INIG [redacted] FG 32 /FG 38 [redacted] BMG / [redacted]

	3. Wie zielführend ist es, alles als Risikogebiet festzulegen?	FG34 / [redacted]
	▪ Trend: Anstieg der Inzidenzen, Abstimmung dazu erfolgt, relevante Informationen werden von [redacted] am Freitag, 25.09.2020, kommuniziert	BMG / [redacted]
	AGI: eventuell ist mit Klagen von Verwaltungsgerichten zu rechnen	FG32 / FG38 [redacted]
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien **hier**) o 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 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer (Folie 2) o Berlin führend, gefolgt von Bayern und Hamburg o Berlin und Bayern liegen deutlich über bundesweiter Gesamtinzidenz o Erhöhte Inzidenzen liegen in Baden-Württemberg, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Bremen vor Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz o 32 LK >25-50 Fälle/100.000 EW o 2 LK >50-100 Fälle/100.000 EW o Führend in der Liste: SK Hamm, SK Remscheid, SK Würzburg [redacted]	FG32 / FG 38 [redacted]
	COVID-19-Fälle mit Expositionsort im Ausland o Rückgang der im Ausland exponierten COVID-19-Fälle	
	Syndromischen Surveillance (Folien hier) o 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 o Konsultationsinzidenz ähnlich gleicher Verlauf, auch hier alles im saisonalen Rahmen o SARI-Fallzahlen und Anteil COVID seit KW 33 stabil bei 3%	FG 36/ [redacted]

	SARS-CoV-2 in ARS (Folien hier) ○ 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 Vorschlag: die Spannweite des Verzugs darzustellen (Perzentile)	FG37/ [redacted] FG36/ [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht anwesend **Presse** • Nicht besprochen / kein Update nötig	Presse / [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ▪ Bei Kürzungen und etwaigen Änderungen im Lagebericht bitte präzise bleiben! ▪ Im Lagebericht wird bei der der Sprachregelung der Fallverstorbenenanteil weggelassen ▪ Sinnvoll hier eine vorsichtige, ausweichende Klausel (Formel) einzufügen (in Fußnote klarifizieren) **b) RKI-intern** ▪ 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 durch Leitung publiziert - Richtlinien festhalten, die wir nach außen empfehlen!	FG32 / FG38 [redacted] FG36 / [redacted] FG37 / [redacted] FG32/ FG38 [redacted] Presse / [redacted] FG12 / [redacted]
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	

9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • keine Veränderung zur Vorwoche • geringer Rhinovirennachweis • kein Influenzavirennachweis	FG17 / [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Internationale Anfragen zur Übernahme von Patienten bespricht [redacted] mit dem BMG	IBBS / [redacted]
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** [redacted] lässt von seinem Besuch in Genf diese Woche bei der WHO als Chair des IHR Review Committes ausrichten, dass der Generaldirektor [redacted] und der Executive Director des WHO Health Emergencies Programme [redacted] 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". [redacted] sieht dies klar als Teamleistung des RKI, ist schwer beeindruckt von unserer Arbeit und spricht uns seine Hochachtung aus. • Nächste Sitzung: Freitag, 25.09.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	FG 38/ [redacted]

280 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-09-25.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Präs
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - [redacted]
- FG32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- IBBS
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** **Trendanalyse international, Maßnahmen** (Folien **hier**) Ca. 32 Mio. Fälle und über 978.000 Verstorbene (3,1%) Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: ○ 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 % 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew - EU/EWR/UK/CH: 11 Länder, wie Mittwoch, Malta neu hinzugekommen **RRA: Increased transmission of COVID-19 in the EU/EEA and the UK – 12th update** (24.09.2020) (Gesamtdokument **hier**) Hintergrundinformation (Achtung: Datenstand 13.09.2020!) • 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, Slowenien, 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) • Letzte 4 Wochen: 239 (0,%) schwere Fälle • Höchster Anteil schwerer Fälle zwischen 15-49 J (4 %)	FG32/INIG [redacted]

- 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 (≥ 60/100 000) or sustained increase (≥7 days) in 14-day case notification rates
- high (≥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)
- high (≥ 3%) or sustained increase (≥7 days) in test positivity
- high (≥ 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 **National** **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien **hier**) o 25.09.2020: + 2.153 bestätigte Fälle, 15 Verstorbene IST 296 (+3 zu Vortag), R: 0,91; 7-Tage-R: 1,01 o [redacted] o 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) o 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; o Wöchentliche Sterbefallzahlen KW34: 17.032 Todesfälle (-2.261 zur Vorwoche), ca. 3% über dem Durchschnitt der Vorjahre 2016-19 (Nachmeldungen aber noch möglich); o Frühere Todesfälle zu ca. 30 % ambulant, *zu aktuellen Todesfällen wird dies erst noch ermittelt (hospitalisiert oder ambulant)* **Syndromische Surveillance** o Nur Mittwoch **SARS-CoV-2 in ARS** o Nur Mittwoch **Die COVID-19-Daten von Bayern und München im Vergleich** (Dokument **hier**) o [redacted] o 7-Tages-Inzidenz nach Bundesländern relativ zum Ferienende/Schulstart – Bayern hat keinen Rückgang nach den Ferien, wie viele andere Bundesländer. o Möglicher Erklärungsansatz: Anstieg liegt im allgemeinen Trend (Trendüberlappung) o Altersadjustierte 7 Tagesinzidenzen (10 Jahresschritte) Bayern: Ausbrüche von jüngeren Altersgruppen getriggert (vor allem 20- bis 29-Jährige) o 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	FG37 / [redacted]

	getriggert [redacted] ○ Exposition Deutschland vs. Exposition Ausland: v.a. Rosenheim (Balkan) → Infektionsgeschehen derzeit v.a. durch Freizeit und private Haushalte getriggert → Bereits erste Ausbrüche in Krankenhäusern und Altenheimen zu verzeichnen	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht anwesend **Presse** • Nicht besprochen	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Initiativbericht an BMG – Quarantäne für Haushalte** (Dokument **hier**) ○ 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 Sekundärfalle in etwa ähnlich hoch (Abb. 1) – denkbar durch Kombination aus Fällen kurzer Inkubationszeit oder gemeinsamer externer Quelle überall hoch → 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):	FG36 / [redacted]

	▪ 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° verhalten (Kontakte auf Min. beschränken, Isolation & Testung bei Erkrankung) (NEU) → *erhebliche Quarantänedauer-Ersparnis bei weiterhin guter Vertretbarkeit und Effizienz* → *Zustimmung zu zukünftiger Handhabung* **SARS-CoV-2 Testkriterien: Anpassungen für Herbst 2020** (Dokument **hier**) ○ Anpassung der Testkriterien für kommende ARE Saison, um Überlastung Arztpraxen zu verhindern und optimale Nutzung von Labor-Kapazitäten zu ermöglichen ○ Beschränkung auf Prio1-Personen ○ keine vollst. Erfassung aller Fälle möglich ○ wichtige Maßnahme Selbstisolation bei ARE von mind. 5 d als akzeptables Maß Ziele: 1. Senken der SARS-CoV-2-bedingten Mortalität, indem a. Fälle mit erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf rechtzeitig erkannt und b. Erkrankungen bei Kontaktpersonen zu vulnerablen Personen(gruppen) früh identifiziert werden. 2. Erkennung von Fällen mit höherer Wahrscheinlichkeit einer Exposition. 3. Verbreitungsgefahren retrospektiv erkennen und prospektiv verhindern Testkriterien Symptomatische Personen (ARE) wurden angepasst (siehe Kommentar im Text) Hinweise: ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG36 / [redacted]

	[redacted] **Präventionsmaßnahmen in Schulen während der COVID-19 Pandemie** (Präventionsmaßnahmen - Dokument **hier**) (Orientierende Schwellenwerte/Indikatoren für infektionspräventive Maßnahmen in Schulen - Tabelle **hier**) Zielgruppe: hygieneverantwortliche Personen an Schulen Zur Diskussion: ○ Zu Präventionsmaßnahmen ▪ 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 ▪ [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) ▪ „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; ▪ [redacted] ○ [redacted]	FG 36 / [redacted]

	○ [redacted] **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 [redacted] **b) RKI-intern** ▪ Nicht besprochen	
8	**Dokumente** **Rapid Review der Wirksamkeit nicht-pharmazeutischer Interventionen bei der Kontrolle der COVID-19-Pandemie** (Dokument **hier**) Rapid Review durch ZIG2 Übersicht über 37 OECD Länder und Maßnahmenauswirkungen und Rapid Review der Literatur zu nichtpharmazeutischen Interventionen Submission als Publikation in den kommenden zwei Wochen geplant Systematische Literaturrecherche: 27 Studien in Review eingeschlossen, davon <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.: ○ 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, Schulunterbre-	ZIG / [redacted]

	chung, Tragen von Masken erscheinen besonders wirksam, Heterogenität jedoch vorhanden, aber recht eindeutig differenzierbar hinsichtlich untersch. Maßnahmen und deren Ausführungen 11 Studien hinsichtlich prädiktiver Simulationsmodellierung (Table 2: Evidence from simulation studies of the impact of policies on the COVID epidemic) ○ [redacted] Vorschlag: Analyse der Wirksamkeit der Kontaktverfolgung in Beispielländern in Abhängigkeit des Epidemiestadiums ○ 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	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • Nicht besprochen	FG17 / ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	FG 36 / IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	

14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG 32
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 28.09.2020, 13:00-15:00, via [redacted]	

282 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-09-28.pdf

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:	[redacted]

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG27
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Bundeswehr

- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• Ca. 32,9 Mio. Fälle und ca. 995.000 Verstorbene (3,02%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ Neu hinzugekommen ist Vereinigtes Königreich auf Platz 10, Peru ist weggefallen.
	  ○ Anstieg bei %-Veränderung ist besonders groß im in UK, Israel und Frankreich.
	  ○ Israel ist auf Platz 1 bei Inzidenz der letzten 7 Tage.
	  ○ Außer Indien und die Russische Föderation überschreiten alle Länder den Schwellenwert >50 bei der 7d-Inzidenz.
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ 51 Länder mit Inzidenz >50
	  ○ Seit Freitag neu auf der Liste ist Belize in Amerika und San Marino und Färöer Inseln in Europa.
	  ○ Vor allem Nord- und Südamerika sind stark betroffen.
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner Europa
	  ○ 11 Länder mit Inzidenz >50, seit Freitag ist Malta nicht mehr auf der Liste, UK ist neu dazugekommen.
	• Zusammenfassung
	  ○ Amerika: ca. 38% der neuen Fälle und 53% der neuen Todesfälle in den letzten 7 Tagen. Die meisten Fälle/Todesfälle in Brasilien, USA.
	  ○ Asien: ca. 40% der neuen Fälle und 33% der neuen Todesfälle, vor allem in Indien, Israel, Indonesien, Irak und Iran.
	  ○ Afrika: vergleichsweise wenig Fälle (2,6%), davon fast 29% in Marokko und 19% in Südafrika.
	  ○ Europa: weiterhin Anstieg in den meisten Ländern, ca. 20% der neuen Fälle, 11% der Todesfälle.
	  ○ Ozeanien: Rückgang der Fälle in Melbourne, Australien, Maßnahmen werden ab 29.09. gelockert.
	• [redacted]
	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  ○ 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
	  ▪ Auch am Wochenende Zuwachs von mehr als 1.000 Fällen.
		ZIG1 [redacted]
		
		FG32 [redacted]

	▪ 7-Tage-Inzidenz: 14 Fälle /100.000 Einw. o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Berlin mit höchster 7-Tage-Inzidenz, dann Bremen. ▪ In Bayern leichter Rückgang, insgesamt stetiger Anstieg. o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 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. ▪ [redacted] ▪ Leichter Rückgang der Inzidenz in München. ▪ [redacted] • Vorstellung Studie COALA (**Co**rona - **A**n**l**assbezogene Untersuchungen in Kit**a**s) (Folien hier) o COALA-Studiendesign (Modul 4 der Corona-Kitastudie) ▪ 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. o Fragestellungen ▪ Welche Rolle spielen Kinder im Infektionsgeschehen? Wie infektiös sind Kinder? • Berechnung der sekundären Attackrate (wie viele Kontaktpersonen hat ein infiziertes Kind angesteckt) im Vergleich zu Erwachsenen. ▪ Wie verlaufen COVID-19-Infektionen bei Kindern? Durch Symptomtagebücher und die Messung der Viral load alle drei Tage kann festgestellt werden: • 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? • Einfluss von Gruppenstruktur, Räumlichkeiten, Außengelände, Hygienemaßnahmen wird untersucht.	FG27 [redacted]

	○ Beginn mit Planungen im Juni 2020; bisher: Fertigstellung von Infomaterialien, Vernetzung, Genehmigung des Ethikantrags, Schulung des Feldteams. ○ Ab 12.10. Beginn Feldphase, Intensivierung der Kontakte mit den GA. ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] 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. • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ○ Berlin: ▪ Containment Scouts für Kontaktpersonennach-verfolgung, 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. ▪ [redacted] *ToDo: Kontaktaufnahme für weitere Informationen mit [redacted] durch [redacted].* *ToDo: [redacted] nimmt das Thema in die Montagsrunde mit.*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Corona Warn-App	FG21

	○ Letzten Donnerstag Vortrag von [redacted] bei Akademie für öffentlichen Gesundheitsdienst. ○ Nutzerfreundlichkeit der Information in App wurde verbessert. ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • Symptome von pos. Getesteten sollen mit dargestellt werden? Nicht Symptome, sondern Symptombeginn soll angefragt werden. Im Moment werden nach Freigabe des pos. Ergebnisses alle Personen gewarnt, die Kontakt in den letzten 10 Tagen hatten.	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Soll am Mittwoch besprochen werden.	
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • [redacted] **Bundeswehr** • [redacted] ○ [redacted]	BZgA Presse Bundeswehr

	○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: Abstimmung hierzu* [redacted]	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Update Strategiepapier (Dokument hier, Grafik hier) ○ Wurde nach Treffen mit Beratergremium nochmal überarbeitet und erneut [redacted] diskutiert. ○ In der Grafik werden 3 Szenarien beschrieben und Ziele, Schwerpunkte und Instrumente benannt. ○ Ziel ist Perspektiven, wie es weitergehen soll, aufzuzeigen. ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: wird per Mail im Krisenstab zirkuliert. Rückmeldung spätestens bis heute Abend.* **b) RKI-intern**	ZIG [redacted]
8	**Dokumente** • Änderungen im Kontaktpersonenmanagementpapier ○ Soll erst am Mittwoch besprochen werden	FG36/ FG37
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nichts Neues	
10	**Labordiagnostik** • ZBS1 ○ 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	ZBS1 [redacted] FG17 [redacted]

	○ 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.	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Therapiehinweise werden zurzeit umfangreich überarbeitet.	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Impfung ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Daten aus Phase 3 Studien liegen noch nicht vor. Es gibt bis zu 10 Impfstoffe, die peu à peu auf den Markt kommen werden. ○ [redacted] ○ 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.	FG33 [redacted]
13	**Surveillance** • Bevölkerungszahlen, SurvNet-Update ○ Ab Anfang Oktober werden neue Bevölkerungszahlen zu Grunde gelegt, möglicherweise wird dies in einzelnen LK Inzidenzsprünge auslösen. ○ [redacted] ○ Diese Variablen werden erst peu à peu in einem auswertbaren Zustand sein.	FG32

14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)**
	• Digitale Aussteigekarten
	  ○ Ab 01.11.: bis dahin Scan-Post-Lösung
	• [redacted]
	  ○ Presse erfährt auch erst frühestens eine Stunde vorher, was als Risikogebiet deklariert wird.
	  ○ [redacted]
		FG38

15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Interaction Review zum Lagemanagement im Haus wird diese Woche an alle Beschäftigten gehen.	

16	**Wichtige Termine**
	• CMO-Treffen EU-Ratspräsidentschaft
	  ○ Morgen einziges Treffen der CMO in dieser deutschen EU-Ratspräsidentschaft.
	  ○ Kontaktpersonennachverfolgung im Reiseverkehr ist auf der Agenda, Zeitrahmen ca. 2,5 Stunden.
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
		FG32/ FG38

17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 30.09.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

284 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-09-30.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade (VPräs)

Teilnehmende:

- Präs
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG 12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- MF 3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• Ca. 33 Mio. Fälle und ca. 1 Mio. Verstorbene (3,0 %)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  • Unverändert im Vergleich zu Montag, Indien weiter führend, Trends insgesamt leicht abnehmend, während Entwicklung in Europa dynamischer zu werden scheint
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew
	  • 50 Länder mit Inzidenz >50; Ozeanien: Franz. Polynesien neu hinzugekommen; Amerika: United States Virgin Islands und Guyana nicht mehr gelistet; Länder Eurasiens: unverändert
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew Europa
	  • Neu hinzugekommen: Rumänien
	• Telefonkonferenz zu Risikogebieten
	  • [redacted]
	  • [redacted]
	  • [redacted]
	  • WHO EURO Daten mit Farbkodierung (Folie 5): Rot = Schwellenwert (50, gestrichelte Linie in Grafik) überschritten und KEIN Risikogebiet (hier Wallonia, Flandern); Orange = Schwellenwert überschritten UND Risikogebiet laut RKI (hier Brüssel); Brüssel zudem bei > Schwellenwert (x / 10 T) von 10 = an 10 von 10 Tagen Schwellenwert-Überschreitung
	• Zusammenfassung:
	  • Mehr als 1 Mio. Todesfälle, vor allem Amerika, Asien
	  • Derzeit sehr aktives Infektionsgeschehen in Europa
	[redacted]
	National
		ZIG1 [redacted]
		FG 32

- 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
    - [redacted]
    - [redacted]
  - Am Dienstag in den Lagebericht aufgenommen: zwei Spalten in Tabelle 3 („Die dem RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Geschlecht sowie Anteil Hospitalisierung 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

[redacted]

Laborbasierte Surveillance (Folien hier) FG 37 [redacted]

- [redacted]
- 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 Altergruppen bei Positivraten von bis zu 15 %, jetzt Clusterung weit unterhalb 2,5 %
- [redacted]

[redacted]

- 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

Syndromische Surveillance (Dokument hier) FG 36 [redacted]

- Grippeweb: Gesamt-ARE-Raten bis 39 KW liegen unterhalb derer der letzten drei Vorsaisons
- ARE-Rate bis 39. KW: Kinder: Anstieg eine Woche früher im Vergleich zu Vorsaison; Erwachsene: derzeit Anstieg, aber unter Werten der letzen zwei Vorsaisons
- AG Influenza Praxisindez: relative Anzahl der ARE-Besuche in Arztpraxen im Vergleich zu letzten drei Vorsaisons insgesamt niedriger, kein derzeitig zu verzeichnender Anstieg
- ARE-Konsultationsinzidenz: zwei Peaks bei Kindern (0 bis 4 und 5 bis 14 Jahre) nach Lockdown bei partieller Schulöffnung sowie nach Ferienende
- 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
- 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)
- ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle: normales saisonales Niveau, transient höherer Anteil hospitalisierter Kinder wieder zurückgegangen
- Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose: in 38. KW auf 5 % gestiegen

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)	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein bedarf	alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht anwesend **Presse** • [redacted] **Bundeswehr** • Nicht anwesend	BZgA Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Containment Scouts überaus gutes Erfolgsmodell in der Unterstützung *To Do: In Rücksprache mit Gesundheitsämtern klären, wie Arbeitslast reduzierbar ist (bspw. hinsichtlich täglicher Anrufe der von in Quarantäne befindlicher Personen durch die Gesundheitsämter)* [redacted]	Leitung [redacted]

	[redacted] **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	

8	**Dokumente**
	Änderungen im Kontaktpersonenmanagementpapier (Dokument hier)
	• Kontaktpersonen Kategorie I, zwei Falldefinitionen unterschieden (siehe S. 3):
	  • A. Infektiöses Virus wird vom Quellfall über Aerosole/Kleinpartikel (im Folgenden als „Aerosol(e)“ bezeichnet) bzw. (in viel kleinerer Anzahl*) über Tröpfchen ausgestoßen (emittiert). […] Nahfeld > 1,5 m
	  • B. Aerosole können in einem nicht oder schlecht belüfteten Raum über Stunden schweben, wobei das vermehrungsfähige Virus eine Halbwertszeit von etwa 1 Stunde hat. […] Abstand zu Quelle irrelevant.
	  • *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): *Eine Testung asymptomatischer Kontaktpersonen der Kategorie 1 zur frühzeitigen Erkennung von prä- oder asymptomatischen Infektionen sollte durchgeführt wer-den. Die Testung sollte so früh wie möglich an Tag 1 der Ermitt-lung erfolgen, um mögliche Kontakte der positiven asymptoma-tischen 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 Wahr-scheinlichkeit für einen Erregernachweis besteht. Es ist zu betonen, dass ein negatives Testergebnis das Gesundheitsmonitoring nicht aufhebt und die Quarantänezeit nicht verkürzt!*
	• Synopse Kontaktpersonenmanagement (S. 12): Kontakt-reduktion 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)
	• [redacted]
		FG36 [redacted]

	[redacted]
	• [redacted]
	To Do: „bzw. (in viel kleinerer Anzahl) über Tröpfchen" : statt „bzw." bitte „UND" verwenden sowie „(in viel kleinerer Anzahl)" streichen
	[redacted]
	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!
	Hierbei ggf. zu berücksichtigende Diskussionspunkte:
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• 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 Testeinsparnis: so früh wie möglich ab Tag 1 der Ermittlung sowie an Tag 5 – 7:
	  • 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	

9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance: stabiles Niveau, 50 % Rhinovirus, keine weiteren Influenza/SARS-COV2-Nachweise	FG17 [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Zunahme von Patientenverfügungen auf Verzicht auf Beatmung zu beobachten *To Do: „Klinisches Management" bitte für Freitag in Agenda mitaufnehmen*	FG36/IBBS [redacted]

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	FG33
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 [redacted]
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 02.10.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

286 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-10-02.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade (Moderation)

Teilnehmende:

- Leitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG 12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 32/38
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Datenstand 01.10.20 o Top 10 unverändert im Vergleich zum Mittwoch, nur zwei Länder haben den Rang getauscht; o Anscheinend stabilisieren sich auf hohem Niveau die neuen Fälle auf dem amerikanischen und asiatischem Kontinenten. • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. o Heute 55 Länder mit 7-T.-Inz. > 50 Fälle/100.000 Ew. im Vergleich zum Mittwoch sind es heute 5 Länder mehr; o In Afrika: steiler Anstieg in Tunesien (50,74) • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa o Neu gelistet: Slowakei und Irland • 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“ o Gestern in PlosMed erschienen; in GB durchgeführt; o 78% der Pat. mit akutem Geschmacks- und Geruchsverlust wurden pos. auf SARS-CoV-2 getestet; o 40% von ihnen hatten kein weiteres Symptom (bedeutet in Studie kein Husten oder Fieber); o TN mit Geruchsverlust waren dreimal bzw. mit Geruchs- und Geschmacksverlust viermal häufiger seropositiv als TN mit akutem Geschmacksverlust; o Vorsicht: Hier wurden leichte Erkältungssymptome (Verstopfte Nase) als kein Symptom bewertet. • Zusammenfassung: o Hohes Niveau Anzahl der Neuinfektionen in Amerika und Asien, aber rückläufiger Trend erkennbar; o Weiterhin sehr aktives Infektionsgeschehen in vielen Ländern Europas (Spanien, Frankreich, GB, Tschechien, Niederlande, Slowakei; Polen) o POTUS und FLOTUS sind positiv auf COVID-19 getestet • Fragen o Wie häufig ist Geruchsverlust bei anderen Viruserkr., bzw. bei COVID? o Geruchsverlust ohne verstopfte Nase ein sehr spezifisches Symptom f. COVID-19, liegt aber nicht bei allen Infizierten vor; o Vorsicht bei GB Studie: Halten sich sehr an WHO Def. Hier sind leichte Erkältungssymptome gleich keine Symptome interpretiert **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • SurvNet übermittelt:	INIG [redacted] Presse FG 36 [redacted]

	+2.673 neue Fälle, dieser Anstieg im R-Wert noch nicht so deutlich; auch nicht bei ITS im Vergleich zum Vortag • 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ○ [redacted] ○ leichter Anstieg in NRW und HH ○ Im Bundesdurchschnitt wird ein leichter Anstieg fortgesetzt • Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ○ [redacted] • Anz. Der SARS-CoV-2 Testungen (Stand 30.09.2020) ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] • Mortalitätssurveillance diese bezieht sich auf Datenstand Ende August ○ zurzeit keine Übersterblichkeit erkennbar • ITS zeigt eine kleine Zunahme im Vergleich zu den letzten Monaten, Anfrage beim DIVI Team zur besseren Darstellung ist bereits erfolgt • [redacted] • STAKOB berichtet auch Zunahme der ITS-Belegung	FG 32 [redacted] FG32/38 [redacted] FG37 [redacted]
2	**Internationale Projekte (nur freitags)** • [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] • Neue Koordinatorin der globalen SeroStudien: Willkommen [redacted] ○ Ziel ist ein gemeinsamer RKI Ansatz	ZIGL [redacted]

	• [redacted]	
3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted]	Alle Leitung
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht anwesend **Presse** [redacted] **Bundeswehr** • Nicht anwesend	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht anwesend	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Quarantäne-Bedingung für Kinder: ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] [redacted]	Leitung [redacted] FG36 [redacted]

	b) RKI-intern • 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 • Personalrat schlägt nun doch das Aufstellen von Desinfektionsständer in den Liegenschaften vor; ○ [redacted] • Neues Testkriterien-Papier: Für welche Tests ist dies gültig? Gilt nur für PCR Tests, da einzigen validierten Tests, solange Antigen noch nicht validiert • (Positiver) Effekt der Coronamaßnahmen auf übertragbare Erkrankungen ○ [redacted] und Team bearbeiten das Thema bereits. [redacted] ist informiert. Das Thema wird demnächst vorgestellt ○ Interpretation erweist sich als schwierig ○ Viel Absprache mit FG33 ○ [redacted] zieht sich von der FF zurück • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] 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;	Leitung [redacted] Alle Leitung [redacted] / FG36 [redacted] FG12 [redacted] FG38/ alle
8	**Update Impfen** • Update zur Diskussion mit den BL zum Kauf bzw. Einsatz von Influenzaimpfstoffen: ○ Bund hat 6 Mill. Impfstoffdosen eingekauft ○ Beinhaltet auch 500.00 Impfstoffdosen von dem [redacted] Dieser wird eher in Altenheime eingesetzt, steht erst im Nov. zur Verfügung; • Erfassung der Covid-19 Impfquoten:	FG33 [redacted]

	[redacted] ToDo: Treffen auf Leitungsebene zum weiteren Vorgehen zur Erfassung der Impfquoten	
9	**Dokumente** • Nicht besprochen	FG36
10	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
11	**Labordiagnostik** • [redacted] • [redacted] ○ Mehrere teilnehmende Labore in Kooperation mit RKI	ZBS1 [redacted]

	○ [redacted] ○ 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 ○ [redacted] ○ Testungen in den anderen Instituten erfolgt ab jetzt ○ Großer Dank von Leitung an [redacted] und Team für diese Leistung in der kurzen Zeit	
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • [redacted]	IBBS [redacted]
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
14	**Surveillance** • Update SurvNet wird gerade runtergeladen, Infobrief in Vorbereitung; • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG32 [redacted] Presse/AL3 Leitung FG32

	• [redacted]	

15	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)**
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted]
		FG38

16	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**
	• Lagezentrum (LZ) Update mit Präsentation (Folien hier):
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ AL3 richtet Aufruf zu mehr Unterstützung der LZ Schichten vor allem an Mitarbeiter außerhalb der Abt. 3
		FG38

17	**Wichtige Termine** • Keine benannt	
18	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 05.10.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

288 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-10-05.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• Ca. 34,9 Mio. Fälle und ca. 1 Mio. Verstorbene (3,0%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ Länder nicht verändert
	  ○ Seit mehreren Tagen abfallender Trend in Vereinigten Staaten und ansteigendehierr Trend in UK und Russischer Föderation.
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ 55 Länder mit Inzidenz > 50
	  ○ Tunesien ist ganz knapp nicht mehr auf Liste.
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner Europa
	  ○ 16 Länder in EU mit Inzidenz > 50
	• Studie: Epidemiology and transmission dynamics of COVID-19 in two Indian states
	  ○ Große indische Studie mit ca. 85.000 Fällen und 600.000 Kontaktpersonen
	  ○ Ergebnisse:
	  ▪ Kinder aller Altersgruppen können sich anstecken und andere infizieren.
	  ▪ Eine kleine Anzahl von Personen (5%) ist für den Hauptanteil von Übertragungen (80%) verantwortlich. Die meisten Personen (71%) scheinen niemanden angesteckt zu haben.
	• Zusammenfassung (vergangene 7 Tage)
	  ○ Afrika: weiterhin geringer Anteil Fälle (2,6%) und Todesfälle
	  ○ Amerika: 37,6% aller Fälle
	  ○ Asien: 38,4% aller Fälle
	  ○ Ansteigender Trend in Europa (22,3% aller Fälle)
	  ○ 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?
		ZIG1 [redacted]
		
		FG32 [redacted]

	ToDo [redacted] 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 ▪ [redacted] • Welche Maßnahmen hat Bayern ergriffen, um den ansteigenden Trend zu stoppen? ○ [redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung**	

	• [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo:* [redacted] *schickt bis Mittwoch Formulierungsvorschlag in die Runde, dieser wird durch Krisenstab ergänzt.* ○ [redacted]	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted]	BZgA
	Presse • [redacted] • [redacted] ○ [redacted]	Presse

	○ [redacted]	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG-Liaison
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Bewertung des Referentenentwurfs zur Veränderung der Verordnung zum Anspruch auf Testung (Entwurf hier, Zusammenfassung Diskussion hier) ○ 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. ○ [redacted] ○ §4 präventive Testung: dafür nur Testkapazitäten in Form von Antigentesten vorgesehen. PCR Teste sollen nur im medizinisch- diagnostischem Bereich erfolgen. ▪ 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. ○ §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. ▪ GA können dies nur erheben, wenn sie diese Information auch erhalten. Diese Angaben müssten auf Anforderungsscheinen gemacht werden, der von KV erstellt wird [redacted] soll klären, ob Einfluss darauf genommen werden kann.	AL1 [redacted]

	▪ Müsste in Meldesoftware angepasst werden. ▪ Bei [redacted] 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? ▪ 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. ○ [redacted] ○ Zusätzliche Arbeitsbelastung für GA? Falldefinitionen haben keinen Einfluss auf durchgeführte Tests. Last bleibt bei GA. ○ Wurde in AGI diskutiert, Tests sind eingekauft, diverse Kosten drum herum müssen BL selbst organisieren. ○ [redacted] *ToDo: Bitte Anmerkungen bis morgen um 10 Uhr [redacted] in einer Mail zukommen lassen.*	
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG37
10	**Labordiagnostik** • Validierung von Ag-Testen (Vorschlag hier) ○ Jeder Antigentest, der abrechenbar ist, muss ein Vergleichsprotokoll durchlaufen. Hierfür ist die schnelle Gewinnung von klinischem Vergleichsmaterial zur Bewertung der Antigen-Schnelltests notwendig. ○ Plan von ZBS1: ▪ In ZBS1 positiv gemessene Patienten werden am nächsten Tag besucht und mit so vielen Tupfern wie möglich beprobt. GA könnten das mit Einwilligungs-bogen bei erster Probennahme vorbereiten. Ethikvotum und Aufklärungsbogen sind vorhanden.	ZBS1 [redacted]

	▪ 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) ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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 RKI steht im aktuellen Papier. ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Update Klin. Management ○ [redacted] ○ 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.	IBBS [redacted]

	○ Feedback aus STAKOB zu Teilnahmen an internationalen Missionen war sehr positiv. STAKOB-Geschäftsstelle stellt einen Personalpool zusammen für künftige Missionen. ○ ~~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.~~ ○ [redacted] ○ ~~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.~~ ○ ~~Feedback zu internationalen Missionen war sehr positiv. STAKOB stellt einen Personalpool für diese.~~ [redacted]	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Verkürzung der Isolierung auf 7 Tage ○ 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	**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** •	Alle
17	**Andere Themen** • [redacted] *ToDo: Organisation durch FG38* • Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.10.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

290 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-10-07.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda (Moderation)

Teilnehmende:

- Leitung
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- FG 12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Weltweit 35.523.518 Fälle; Verstorben: 1.042.398 (2,9%); o Seit Montag Top10 nicht verändert, aber die Reihenfolge innerhalb derer: -in der Reihenfolge UK höher gerutscht durch Nachmeldungen; mit Vorsichtig interpretieren; o Trend zeigt ein durchmischtes Bild, USA steigt leicht an; o Weltweite Geschehen von TOP5 getragen. • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. o 58 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.; o Südamerika mehr betroffen; o In EU nehmen Fälle zu; o Indien und Philippinen haben sich Zahlen anscheinend stabilisiert; o In Südafrika und Australien haben sich Fallzahlen erfolgreich stabilisiert; o China: alles importierte Fälle, sehr vereinzelt, glaubhafte Zahlen o Zahl der Testung bei Ländern mit Rückgang ist von Australien bekannt: pos. Anteil um 1% • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa o Neu gelistet: Malta, schwankte bisher o 17 EU-Länder über 50 Fälle/100.000 Ew. • Zusammenfassung o Anteil der gemeldeten Fällen in EU weltweit 24%; Anteil der weltweiten Todesfälle 12,4% (in den vergangenen 7T); o Amerika hat 36% der weltweiten Fälle gemeldet; Anteil der weltweiten Todesfälle 54% (in den vergangenen 7T); o Asien hat 37,3% der weltweiten Fälle gemeldet; Anteil der weltweiten Todesfälle 30,5% (in den vergangenen 7T); o Meisten Länder zeigen steigende 7-T.-Inz., v.a. Niederlande, Polen und Slowakei; o Frankreich, Schweden und Italien zeigen einen sinkenden Trend; o Zurzeit steigt Europa von allen Kontinenten am meisten an; • Fragen/Diskussion o Überlegung zum Vergleich der CFR international vs. Deutschland; Idee verworfen, da einige Länder eine Untererfassung haben bzw. die CFR anders erfassen; o Ausbrüche in KH und Altenheime nehmen zu; Verzögerung zwischen neuen Fällen – Hospitalisierung – Todesfälle; manche Länder wie Belgien verlegen Fälle innerhalb des Landes gemäß dieser Verzögerung	INIG FG37/INIG/ FG32

	○ FG37 berichtet, dass sie zur Unterstützung zu einem KH-Ausbruch eingeladen sind. AL1 bittet zu erfassen, ob und in welcher Weise im KH ein Aufnahmescreening durchgeführt wird;	AL1/FG37
	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • SurvNet übermittelt: ○ +2.828 Fälle; +16 Verstorbene; 4-Tage-R: 1,10; 7-Tage-R: 1,11; ○ Anstieg im Vgl. zum Vortag, die Verstobenen noch gering aber zweistellige Zunahme; R-Wert weiter um die eins; sehen keine weiteren Entwicklungen • Anzahl der übermittelten COVID-19-Fälle nach Meldewoche ○ Anzahl der übermittelten Fälle steigt kontinuierlich an • Übermittelte Anzahl der COVID-19-Fälle sowie Inzidenz pro Bundesland in Deutschland in den MW 39 und 40 ○ Die größte Änderung im Vgl. KW 39 vs. 40 zeigten Mecklenburg-Vorpommern (+139%) und das Saarland (+134%); • 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ○ Weiterhin sind Berlin und Bremen Spitzenreiter; ○ Aber es ist ein Anstieg auf niedrigerem Niveau auch in meisten anderen BL zusehen; ○ Saarland steigt deutlich an; ○ Aber Bayern zeigt noch keinen Anstieg; • Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ○ 58 LK über 25-50 Fälle/100.000 Ew.; ○ Hotspots in NRW mit Ausbrüchen und Berlin mit diffusem Geschehen • Darstellung der übermittelten COVID-19-Fälle/ 100.000 Ew. in Deutschland nach Altersgruppen und MW; ○ Gruppe der 15-34-jährigen liegt seit KW 28 oben und zeigt deutlichen Anstieg; ○ Leider steigen die 80-jährigen wieder an; • Die 14 neben Deutschland am häufigsten genannten Infektionsländer der übermittelten COVID-19-Fälle, KW 37-40; ○ Deutschland am häufigsten angegeben; ○ Polen von KW39 auf KW40 deutlich häufiger als Infektionsland genannt; • Fragen/Diskussion ○ Wie in Bayern zieht ein Anstieg bei Jüngeren einen Anstieg bei den 80+ nach sich; ○ 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;	FG 32 [redacted] FG32/FG37 FG32 AL3/FG36/ Alle

	○ 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: - Zeitliche Verzögerung von Maßnahmen und Effekt erklären; - Gegen eine Verkürzung der Quarantäne ○ Denn nach neuester Schätzung erfolgt bei Verkürzungen auf 10 Tage eine Erhöhung des Restrisikos ums 6-fache; ○ [redacted] • 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; • Ergebnisse der syndromischen Surveillance akuter Atemwegserkrankungen: GrippeWeb, AG Influenza, ICOSARI (Folien hier) • GrippeWeb bis 40. KW 2020 ○ ARE Aktivität auf Bev.-ebne noch nicht über Jahreszeitendurchschnitt; • AG Influenza – ARE-Konsultationen bis zur 40. KW 2020 ○ Älteren Altersgruppen beginnen einen Anstieg; • Vergleich COVID-Meldedaten-Inz. mit ARE-Konsultations-Inz. pro 100.000 Ew. ○ vier Darstellungen: gepunktete: ARE; durchgezogen: COVID Meldezahlen ○ Bayern und BW gehen in Sommerferien ARE Kurven zurück, aber COVID-Fälle steigen; • ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) bis zur 39. KW ○ Gesamtzahl stationär behandelter Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI); ○ In KW 39 sind SARI-Fälle nur in 60+-jährigen leicht angestiegen; • ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 39. KW ○ In KW40 Anstieg der COVID Fälle unter den SARI Fällen, Auch im KH-System Anstieg bei den Älteren • Update zu den Testkapazitäten erfolgt am Freitag, den 09.10.2020, mit einer Präsentation zu ARS-SARS-CoV-2 *To Do: Update zu den Testkapazitäten durch FG37 auf die Agenda*	Präs FG32 FG36 FG37
2	**Internationale Projekte (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIGL
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	

4	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted] (Dokument hier) ○ 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 *To Do:* *-[redacted] (P1) und [redacted] (FG36) machen einen gemeinsamen Formulierungsvorschlag, der kein blaming beinhaltet, sondern eine Inklusion der jungen Erwachsenen. Dann geht diese Risikobewertung in den Lagebericht ein.* *-Presse gibt an webmaster den Auftrag, die aktuelle Risikobewertung prominenter auf die Website zu stellen.*	FG36/Alle Presse P1 Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht anwesend **Presse** • Außer BPK und Vorbereitung des Sprechzettels [redacted] nichts außergewöhnliches	Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht anwesend	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Kritik von [redacted] am Krisenmanagement: ○ [redacted] bemängelt zu wenig Berater des Bundes aus dem ÖGD kommen ○ Gerne mehr ÖGD-Fachärzte in den Gremien hinzunehmen ○ Überlegung zum direkten Austausch mit [redacted] **b) RKI-intern** ○ Keine Punkte eingebracht und besprochen	Leitung FG38 Alle

8	**Dokumente** • Kontaktpersonen-Nachverfolgung (Dokument hier) ○ Dokument ganz intensiv diskutiert worden, auch auf Basis von GÄ Anfragen, besonders von [redacted] und [redacted]; ○ Noch deutlicher die Grundlagen vorangestellt werden auf denen Maßnahmen basieren (gelb unterlegt); ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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; ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Unter dieser Bedingung wurde das Dokument angenommen	FG14, FG37 und FG 36 [redacted] AL3 FG36 AL3 FG37 AL3 Alle
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • [redacted] • Entwurf TestVO ○ [redacted]	FG17 AL1

	○ Dokument zur Absprache an: [redacted] ○ Bitte bis morgen 9 Uhr mit Anmerkungen zurücksenden, dann stellt AL1 dies als Beantwortung zusammen	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Update Klinisches Management *Nicht besprochen*	IBBS [redacted]
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Verkürzung der Isolierung sowie der Quarantäne Wurde weiter oben von Leitung unter 1. Aktuelle Lage National besprochen	[redacted]
13	**Surveillance** • Keine weiteren Ergänzungen	FG32 [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine** • Bundespressekonferenz Donnerstag, 08.10.2020, 9:00 Uhr	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 09.10.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

292 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-10-09.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda(Moderation)

Teilnehmende:

- Leitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Weltweit Fälle: 36.194.764, Verstorben: 1.053.961 (2,9%) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Seit Montag Top10 nicht verändert, aber die Reihenfolge: UK auf Platz 3 gerutscht nach Indien, USA, Brasilien; o [redacted] o UK reagiert mit Ausgangssperre, haben ein stufenbasiertes Lockdown-System, es gibt eine Erhöhung der Sterbefälle, Cluster werden in Bildungseinrichtungen beobachtet • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. o 59 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.; o Neu hinzugekommen Katar und San Marino • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa o Neu San Marino aufgrund kleiner Bevölkerungszahl führen einige Fälle schnell zu einem Anstieg o 17 EU-Länder über 50 Fälle/100.000 Ew. o Dänemark hat Veranstaltungen privat und öffentlich auf 50 Personen beschränkt, Restaurants und Bars müssen ab 22 Uhr schließen; MNS-Pflicht in vielen öffentlichen Bereichen, weitreichende Einschränkung der Kontakte inklusive home office empfohlen; • Zusammenfassung o Großteil der Neuinfektionen der vergangenen 7T weiterhin in Amerika und Asien (jeweils 36%) o Großteil der Todesfälle der vergangenen 7T in Amerika (> 50%) und Asien (ca. 30%) o Mehr als ein Viertel der Neuinfektionen der vergangenen 7T in Europa (Großbritannien, Frankreich, Russland, Spanien, Ukraine) o 13% der Todesfälle der vergangenen 7T in Europa (Russland, Spanien, Frankreich, Ukraine, Rumänien) • Fragen/Diskussion o Frage nach Hospitalisierungen in den Ländern: In Frankreich, UK, Spanien bereits ansteigende Hospitalisierungen;	ZIG1 AL1/ZIG1

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
- SurvNet übermittelt:
  - +4.516 Fälle; +11 Verstorbene; 4-Tage-R: 1,34; 7-Tage-R: 1,37;
- Zahl der Verstorbenen noch niedrig aber Effekt der ansteigenden Fallzahlen erst in 2-3 Wochen erwartet, R-Wert deutlich über 1;
- Anzahl der übermittelten COVID-19-Fälle nach Meldewoche
  - Anzahl der übermittelten Fälle steigt kontinuierlich an
- 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
  - Weiterhin sind Berlin und Bremen Spitzenreiter deutlich >50/100.000 Ew;
  - Anstieg auch in NRW, Hessen, BW zu sehen;
  - Auch Bayern steigt wieder leicht an;
- Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
  - 1 LK mit >100 Fälle/100.000 Ew.;
  - 14 LK mit >50-100 Fälle/100.000 Ew.;
  - 79 LK über 25-50 Fälle/100.000 Ew.;
  - [redacted]
  - Testzahlen: trotz Rückgang der Testanzahl in KW40 mehr positive Fälle, Positivenrate geht hoch auf 1,6%
  - Todesfälle (alle Ursachen) KW 36: 16.308 (-32 zur Vorwoche), ca. 1,6% über dem Durchschnitt der Vorjahre 2016-19 (Nachmeldungen aber noch möglich)
  - Keine Übersterblichkeit derzeit beobachtet

- Fragen/Diskussion
  - Frage kam u.a. in der Bundespressekonferenz auf, ob im Lagebericht evtl. zusätzliche einige wichtige Fallzahlen dargestellt werden sollten evtl. könnte DIVI Zahl berichtet werden;
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]

FG 32 [redacted]

[redacted]/ FG32/ FG36/ Präs/ AL3/ FG38

	○ Anzahl Genesene ist grobe Schätzung mit nicht so großer Aussagekraft, es sollte diskutiert werden wie damit umgegangen wird ○ Ggf. könnte Zahl der Infektiösen / Akuten Fälle angeben angegeben werden ○ Weitere Indikatoren wären DIVI, Positivenquote, dies ist bereits im Lagebericht aber Frage nach der Stellung und ob es weiter nach vorn soll, ○ Beim R Wert ist es gut, dass dieser nicht vorn ist, *ToDo [redacted], FG 32, FG36:* *[redacted] 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;* *Begriff Genesene und Ausweisung Anzahl Genesene diskutieren und überarbeiten;*	FG32/FG38/ FG37/FG36
	• [redacted] ○ [redacted] ○ Frage: soll dies zur Verfügung gestellt werden oder nicht, ○ Lagebericht weist aus ARS zum Teil differenziert aus, ○ FG37 [redacted], Daten könnten eigentlich wöchentlich auf Bundelandebene 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 ○ [redacted] ○ Entscheidung: Daten werden geteilt, auch wenn sie nicht 100% repräsentativ sind *ToDo: Klärung der Zuständigkeit ggf. soll FG31 die Übermittlung übernehmen (TESSY), sollte soweit als möglich automatisiert erfolgen*	FG37
	• Testkapazität und Testungen (Folien hier) ○ [redacted] ○ 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 ○ [redacted]	

	○ 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, ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG37
2	**Internationale Projekte (nur freitags)** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] bedankt sich bei [redacted] und [redacted] aus FG 38 für die gute Zusammenarbeit, ○ Zusammenarbeit wird hoffentlich im Rahmen von GHPP in den nächsten Jahren ausgebaut, ○ [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZIGL

3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Aktualisiert am 7.10. Formulierung deckt Fallanstieg der letzten Tage mit ab	
5	**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 [redacted] zu Veröffentlichung des Strategiepapiers, dieses soll Dienstag online gehen, • Rückmeldung von AL1 zur BPK: großer Respekt für die gestrige Vorbereitung	Presse AL1
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht anwesend	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Containment und Protection: [redacted] **b) RKI-intern** • Thema Reinfektionen.	Leitung/ FG38/ AL3/ FG32/

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Wäre etwas für ein Projekt, dazu gibt es bereits auch einen Projektantrag, ○ Dennoch LZ hat dazu viele Anfragen und die Bitte der Klärung der RKI-Zuständigkeit und Federführung ○ Vorschlag Fragen auflisten und schauen welche offen sind und dann Klärung *ToDo: LZ soll Liste mit offenen Fragen erstellen* • Situation um Testung und Kapazitäten: wird sich vermutlich durch Regelungen der BL und Beherbergungsverbote zuspitzen, ○ Eindruck scheint entstanden zu sein, dass ein Anspruch auf Testung besteht, ○ [redacted] ○ [redacted]	FG32/ FG38/ FG34/ FG36/ AL1/ VPräs FG34/ VPräs
8	**Dokumente** ○ Testkapazität und Testungen: ausführliche Tabellen mit Erklärtext auf Homepage und nur Kurzversion im Mittwochs-Lagebericht ○ Kontaktpersonen-Nachverfolgung (Dokument hier) ○ Änderungen in Dokumenten: ○ Testung ist Einzelfallentscheidung ○ Formulierung zu negativem Testergebnis geändert in „ein negatives Testergebnis ersetzt Quarantäne nicht“ anstatt „ein negatives Testergebnis verkürzt Quarantäne nicht“ ○ [redacted]	FG 36/ AL3/ AL1/ VPräs

	[redacted] ○ 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 ○ Weitere Diskussion zur Formulierungen bei Quarantäne, z.B. Umgang mit zuvor bereits infizierten Personen, ○ [redacted] ○ Kinder in Quarantäne: (Dokument hier): Flyer wurde umgeschrieben, neue Formulierungen zu Kindern in Quarantäne, ○ Formulierung: Regeln soll in Hygieneregeln umgeschrieben werden (Kein Abstand zu Kindern durch Eltern) ○ [redacted] ○ [redacted] [redacted]	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** ○ Es gibt sehr hohes Probenaufkommen am RKI, ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG17/ ZBS1/ Präs
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Dauer Isolierung bleibt bei 10 Tage Maßgabe *Nicht weiter besprochen*	FG36/IBBS

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Rückmeldung über die Umfrage zur Akzeptanz der Dauer der Quarantäne und Isolation in der ÖGD-Feedbackgruppe (Folien hier) ○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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 ○ Abnahme der Compliance mit Dauer der Quarantäne ○ Unverständnis unterschiedlicher Zeitspannen Isolation, Quarantäne KP/ Reiserückkehrer (Wunsch nach Vereinheitlichung) ○ Hoher Erklärungs- & Beratungsbedarf ○ [redacted]	[redacted]
13	**Surveillance** • COSIK ○ 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 Surveillancesystemen. ○ 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	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine** • [redacted]	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 12.10.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

294 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-10-12.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda(Moderation)

Teilnehmende:

- Leitung
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32 [redacted]
- FG34
- FG 36
- FG 37
- FG 38
- IBBS
- P1
- P4
- Presse
- ZBS1
- ZIG 1
- Bundeswehr
- BZGA

- Protokoll
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien **hier**)
	• Weltweit Fälle: 37.287.908, Verstorben: 1.073.675 (2,9%)
	  ○ [redacted]
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew.
	  ○ 64 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.;
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa
	  ○ 17 EU-Länder über 50 Fälle/100.000 Ew.
	
	• Zusammenfassung
	  ○ Indien hat Peak offenbar überwunden
	  ○ USA scheint die 3. Welle zu beginnen
	  ○ Kanada verzeichnet ansteigende 2. Welle (wird in Verbindung mit Gastarbeitern in der Landwirtschaft gebracht, diese sind in prikären Unterkünften beherbergt)
	  ○ Israel hat Peak offenbar überwunden, das Militär wurde nach Haifa gesandt, zur Unterstützung der Krankenhäuser
	  ○ Ozeanien verzeichnet stärkste Zunahme der 7d Inzidenz in Französisch Polynesien
	  ○ Leichter Rückgang auf beiden Kontinenten
	  ○ Europa steigend
	
	• Fragen/Diskussion
	  ○ [redacted]
	
	National
	
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien **hier**)
	• SurvNet übermittelt:
	  ○ 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
	• Über 22 000 neue Fälle in den letzten 7 Tagen
		ZIG1
		
		AL 1 / ZIG1 / FG 36
		
		FG 32

	• Weiterhin überschreiten Berlin und Bremen deutlich >50 / 100.000 EW
	• Hamburg eventuell Abflachung (beobachten)
	• Geografische Verteilung in Deutschland: trotz regelmäßigem Ausbruchsscreening wird das Geschehen diffuser
	• 32 Landkreise haben die „50er-Marke“ überschritten
	• Fragen/Diskussion:
	  ○ Fragen nach Amtshilfeersuchen (Wo und Wie?), hier ist eine Info von [redacted] 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:
	  ○ Inzidenzien der weiteren Landkreise in das Dashboard einpflegen (Dashboard ersetzt allerdings keine Liste)
	  ○ Alternative: 7 Tages Inzidenz der Länderkreise pro Tag
	  ○ Enorme Zeitersparnis für Bürger
	
	ToDo: finale Abstimmung mit Leitung muss dazu noch erfolgen
	
	• Update Kita-Corona Studie (Folien **hier**)
	  ○ Anstieg parallel zur Gesamtentwicklung in der Bevölkerung
	  ○ Deutlichste Zunahme bei der Altersgruppe der 15-20 Jährigen
	• [redacted]
		AL3 / Präs
		
		FG32/ FG34 / FG 37 /FG38 / AL3 / Presse
		
		Leitung
		
		FG36
		
		BZGA

2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • 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 inzwischen herausgerechnet werden • Zahlen und Kurven stehen Experten zur Verfügung • Komplett 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 [redacted] 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 Piplines - sowohl in der Bioinformatik als auch in diesem Bereich • Demnächst wird die Corona-Warn App wieder ausführlicher vorgestellt • ITZ-Bund: Chatboard (nähere Infos folgen) *ToDo: Aufnahme einer Charge mit entsprechendem kurzen Begleittext in den Lagebericht*	FG21, P4 Präs FG21 FG36 P4 Präs FG 21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Wird auf Freitag verschoben	
5	**Kommunikation** • [redacted]	BZgA Presse

	• Unter Hochdruck wird an den Vorbereitungen für die Teilnahme an der Regierungs-Pressekonferenz zur aktuellen Corona-Lage am 14.10.2020 gearbeitet • [redacted] • Diverse Anfragen zum Vorwurf des Alarmismus	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht anwesend	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln) ? *ToDo: wichtiger Hinweis für Tagesordnung am Mittwoch* **b) RKI-intern** • [redacted] • [redacted] • Geschultes Personal und Prozessoptimierung für KoNa • Entwicklung ähnlich gemeinsamer Methodik bei Amtshilfeersuchen (Lagezentrumunterstützungen) • Zustimmung zur Zusammenarbeit (Key performance indicator sind sehr hilfreich, so ein Tool ist sehr vorteilhaft) und Unterstützung • AG Teskapazitäten: Empfehlung in den Algorithmus Bedeutung eines regionalen Teststellen-Koordinators mit aufnehmen *ToDo: Folienvorschlag für Dashboard wird von [redacted] zur Mitzeichnung des RKIs an den Verteiler geschickt (in einer Modelstadt-Standards vom RKI)* • Hinweis zum Testen: am 15.10.2020 erfolgt Ankündigung an 500 Labore (1. Mitteilung) • [redacted] ist als Sachverständiger zum Gesundheitsausschuss eingeladen (Thema: Reisefreiheit durch Testen) • [redacted]	FG36 AL3 Bundeswehr Präs AL1 AL1

	ToDo: *1.* [redacted] *2.*	FG36 / Präs
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • [redacted]	IBBS
11	**Labordiagnostik** • heute erste PCR Testungen (30 Röhrchen) • 2360 Proben-Eingang • Lob von [redacted] und Dank von [redacted] für ausgesprochen umfängliche und bemerkenswerte Leistung! • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] [redacted]	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	

296 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-10-14.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- FG 14
  - [redacted]
- FG 16
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG 1
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien **hier**)
	  ◦ Weltweit 37.875.422 Fälle, 1.081.632 Verstorbene (2,9 %)
	  ◦ Kolumbien und Mexiko Platz 9 und 10 getauscht, ansonsten seit Montag unverändert
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew.
	  ◦ 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
	  ◦ [redacted]
	  ◦ [redacted]
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa
	  ◦ 20 EU-Länder über 50 Fälle/100.000 Ew. (neu: Italien und Liechtenstein)
	• EU Kommission Empfehlungen zur Koordinierung von Maßnahmen mit Auswirkungen auf Freizügigkeit
	  ◦ [redacted]
	  ◦ [redacted]
	  ◦ 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)
	• Kriterien:
	  ◦ [redacted]
	  ◦ Gebiete sollen farblich gekennzeichnet werden
	• Beschränkung der Freizügigkeit:
	  ◦ Mitgliedstaaten sollten Reisenden aus anderen Mitgliedstaaten die Einreise grundsätzlich nicht verweigern
	  ◦ Unterschiede zwischen orangen und roten Gebieten sollten beachtet und verhältnismäßig vorgegangen werden
		ZIG1
		[redacted]

- Epidemiologische Lage in eigenen Hoheitsgebieten sollte berücksichtigt werden

[redacted]

FG 32

National

[redacted]

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien **hier**)
- SurvNet übermittelt:
  - 334.585 (+ 5.132), davon 9.677 (2,9%) Todesfälle (+43), Inzidenz 402/100.000 Ew, ca. 281.900 Genesene, Reff=1,04; 7T Reff=1,16
  - 43 neue Todesfälle sind nicht Nachmeldungs-bedingt, Anstieg der Fallzahlen schlägt sich auch hier nieder, detaillierte Auswertung folgt
  - Zahlen für Inzidenz, ITS und „Invasiv beatmet“ steigen
- 7-Tages-Inzidenz (Folie 2): Berlin und Bremen deutlich über 50, Anstiege auch in andere BuLä, z.T. recht steiler Anstieg
- 7-Tages-Inzidenz (Folie 3) 123 LK >25-50, 44 LK >50-100, 3 LK >100-500 Fälle/100.000 Ew.
- v.a. städtische Regionen betroffen, kein LK ohne Fälle
- [redacted]
- Anzahl der COVID-19-Fälle nach Expositionsort im In- und Ausland: Anteile aus Ausland (blau) nehmen derzeit ab, Anteile aus anderen BuLä sehr gering (rot), steigende Zahl unvollst. Angaben (grau), somit scheinbar untergeordnete Rolle des Reisens
- Anzahl der COVID-19-Fälle nach wahrscheinlichem Infektionsort in Deutschland (Folie 5):
  - [redacted]
  - [redacted]
  - aber: längerer und engerer Kontakt übertragungsrelevant, dieser jedoch auch leichter ermittelbar, mindert somit nicht die Evidenz des Hauptübertragungsweges

ToDo: Abb. Folie 5 ggf. in Wochenbericht mitaufnehmen, aber explizit nennen, dass hier Ausbruchsgeschehen betrachtet werden (vorsichtige Interpretation, s.o.)

FG 36

Syndromische Surveillance (Folien **hier**)

[redacted]

- 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 COVID-19 an SARI-Fällen entsprechend gleichbleibend • 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 **Testkapazitäten und Testungen** (Folien hier) • Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Woche – bundesweit (Folie 2) KW 30 bis 41 nahezu konstant • Anzahl Testung pro 100.000 Ew. nach Altergruppen und KW (Folie 3): keine spezifischen Altergruppen mit starkem Anstieg, in letzten zwei Wochen Positivenanteil (Folie 4) in allen Altergruppen steigend, vor allem zwischen KW 40 bis 41, Testverzug (Folie 5) steigt ebenfalls an	FG 37 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Wurde auf Freitag verschoben	
5	**Kommunikation** • [redacted] • [redacted]	BZgA [redacted]

	[redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Derzeit Bundes PK zur Grippeimpfung	Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht anwesend	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln)? • [redacted] Gibt es Punkte, an denen die Strategie ohne zusätzliche Belastungen gut ergänzbar ist? • Bspw. ausreichende Verkehrmittelverfügbarkeit oder Verbesserung der Belüftung, damit Übertragungswahrscheinlichkeit gesenkt wird (MNS nur für Nahübertragung relevant, Aersole 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 geschlossenener Raum zu betrachten) • Fokus soll nicht von größeren Risikoherden genommen werden • Es sollten weiterhin allgemeingültige Empfehlungen ausgesprochen werden *To Do: Neue Strategieaufgabe an gesamten Krisenstab: Frist bis Freitag 12 Uhr, koordiniert durch* [redacted]	AL3

	• Tests auf Sars-Cov2 darf jetzt auch von Nicht-Ärzten (Zahnärzte und Veterinärmediziner) *in vitro* durchgeführt werden *To Do: Bitte an FG 36 um Prüfung ob § 13-Punkte korrekt übenommen wurden* **b) RKI-intern** • [redacted]	
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	FG36
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Labordiagnostik** • [redacted] • Influenza: keine weiteren Nachweise • Vorbereitung neuer Influenzasaison gestartet • [redacted] *To Do: im Lagebericht soll ausdrücklich an prominenter Stelle auf neue Teststrategie hingewiesen werden, hierbei wording von großer Bedeutung,* [redacted]	FG 17 [redacted] AL1 [redacted]
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Wird auf Mittwoch verschoben • Aktualisierte Aufstellung zur Therapiestrategie: im Dt. Ärzteblatt und auf RKI-Seite: tabellarische Übersicht dazu • [redacted]	FG36/IBBS [redacted]

	[redacted] • Infektiologie und Beratung: Konsiliarangebot - neue Website mit Webseminarreihe • Kleeblattkonzept: wird für internationale Anfragen aus dem Ausland überarbeitet [redacted]	
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
14	**Surveillance** Diskussion der Kennzahlen aus Lagebericht • Kennzahlen aktueller Entwicklung: kumulative Zahlen in Klammern, neue Zahlen dickgedruckt vorangestellt • 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 Vorschlag wird begrüßt, sinnvolles Vorgehen soll diskutiert werden, weitere Vorschläge und Eingaben: • 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 öffentlichkeitsrelevant) • Am Ende des Lageberichts Aufzählung der Randbemerkungen • [redacted] • Algorithmus: bislang nicht veröffentlicht, Berechnungen und ihre Limitierungen sollten transparent nachvollziehbar sein und kommuniziert	FG34/FG32 [redacted] erst ab 12:00 dabei)

	werden (bspw. hinsichtlich nicht mehr aktiver Fälle – bei Hospitalisierung längerer Sicherheits-Zeitraum) • Die durch stark ausgelastete Testkapazitäten (bspw. hinsichtlichtlich erhöhtem Aufkommen durch Reisewillige) eintretenden Überlastungen sollten ggf. Eingang in die Berichterstattung halten [redacted]	
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: Freitag 16.10.2020, 11:00-13:00	

298 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-10-16.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Präs
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- FG 17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen o 38.581.234 Fälle; 1.093.140 Verstorbene (2,8%); o Anteil der Verstorbene über die Wochen gesunken; o Top 10 Länder sind dieselben wie am Mittwoch; o Argentinien und Russland haben Position getauscht; stärker Anstieg in Frankreich; o Top 4 sind: Indien, USA, Brasilien, Frankreich; • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. o Seit Mittwoch wenig Änderungen; o 68 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.; o Bonaire, Saint Eustatius and Saba und San Marino nicht mehr auf der Liste o Monaco wieder auf der Liste o [redacted] o Russland: zweiter Impfstoff zugelassen; bisher keine öffentlichen Daten zum release stage; • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa o Neu dazu: Bulgaria (55 Fälle/100.000 Ew.); o Notstand in Frankreich und Tschechische Republik; • Update: EU Kommission Empfehlung zur Koordinierung von Maßnahmen mit Auswirkungen auf Freizügigkeit o ECDC wird jetzt donnerstags vier Karten veröffentlichen mit dem Datenstand von dienstags 23:59 Uhr in der TESSy Datenbank: 1. Zahl der neu gemeldeten Fälle pro 100 000 Ew. in den letzten 14 Tagen (14-Tage-Inzidenz); 2. Zahl der Tests, die pro 100 000 Ew. in der letzten Woche durchgeführt wurden (Testquote); 3. Prozentualer Anteil der positiven Tests an den in der letzten Woche durchgeführten Tests (Testpositivätsrate) 4. Kombinierte Indikatoren (1-3) • Bsp Karte für diese Karten: o [redacted] o [redacted] o [redacted]	ZIG1 [redacted] FG 32 [redacted]/ Präs

	[redacted]	FG32 [redacted]

	National
	
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	• COVID-19: Lage National, 16.10.2020
	  ○ 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;
	• COVID-19 Fälle nach Berichtstag (Änderungen zum Vortag)
	  ○ wir haben weniger Untererfassung als im März/April und es zeigt sich deutlicher Anstieg
	• 7-T-Inz. der Bundesländer (BL) nach Berichtsdatum
	  ○ In fast allen BL Anstieg zu sehen: Es ist zurzeit ein beschleunigter Anstieg, kein exponentieller Anstieg;
	• Geographische Verteilung in Dtl.: 7-T.-Inz.
	  ○ [redacted]
	  ○
	  ○
	  ○
	• Anzahl der SARS-CoV-2 Testung
	  ○ In KW42 Positivenquote auf 2,48% angestiegen;
	• Fragen/Diskussion:
	  ○ [redacted]
	  ○ Von [redacted] 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;
	• [redacted]
	  ○
		FG32 [redacted]
		
		Präs/AL3
		
		AL1
		
		Presse [redacted]
		
		Präs/AL3/Alle
		
		AL3/Präs
		
		FG37 [redacted]

	[redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] • Umsetzung der EU-Ratsverordnung hat viele Ressourcen gebunden: mehrere Anfragen schon beantworte; 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;	ZIG [redacted]
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted] • Jetzt als sehr dynamische Lage bereits angepasst; • Wird nächste Woche besprochen, ob ein Zahlen-basierter Trigger und/oder Beschreibung der Gesamtsituation verwendet werden; • Brauchen nä. Wo. zum Pressebriefung eine Position hierzu; *To Do: Auf Agenda für Montag*	AL3/Präs/ FG34 [redacted]/ Presse/Alle
5	**Kommunikation** • [redacted]	Presse [redacted]

	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• Unmut aus Bevölkerungen, dass es Wartelisten bei Grippeschutz-Impfungen gibt, wobei stark für die Grippeschutzimpfung geworben wird;
	  ○ 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;
	• Punkt Lüften ausgelassen;
		BZgA [redacted]
		
		FG36 [redacted]/
		
		AL3

6	**Neues aus dem BMG** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	BMG [redacted]

7	**Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	• Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln)
	Schon vorher besprochen (siehe unter Punkt 1 zu [redacted]) und kein weiterer Gesprächsbedarf;
	• Referentenentwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite
	  ○ Punkte zum Referentenentwurf d. Dritten Bev.schutzgesetz: (Verabschieden [redacted]);
	  ○ [redacted] stellt die kritischen Punkte vor (Dokument hier):
	  ○ [redacted]
		AL3
		
		FG32 [redacted]

	○ [redacted] ○ In vitro Diagnostik sollte nicht gemeldet werden; so können Antigen Tests als Schnelltests nicht als meldepflichtig gelten. Auch hier Bedarf für Anpassung; ○ 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; ○ Weitere Rechtssicherheit für wichtige Daten, die für Int. Komm. Nötig sind; ○ Syndromische Surveillance und AntibiotikaResistenz-Surveillance zurzeit nametlich genannt; ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Gesetz könnte schon Anf. Nov in Kraft treten; ○ Der Entwurf geht am Mi ins Kabinett; **b) RKI-intern**	AL3 Präs FG38 [redacted] FG32 Präs

	• (Von Mittwoch) Ergänzung der Strategie mit weiteren Maßnahmen mit geringen Belastungen ○ Bereits weiter oben besprochen	
8	**Dokumente** • Stand Veröffentlichung: Management von Kontaktpersonen: ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] fügt dies in das Dokument zur online-Veröffentlichung ein; steht ab nächste Wo. online; ○ [redacted] *To Do: FG 36 stellt aktualisiertes Dokument zum KP-Management online.*	FG36 [redacted] FG38 [redacted] FG36 [redacted]/AL3
9	**Update Impfen (nur freitags)** • [redacted]	AL3 Präs AL3
10	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Labordiagnostik** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Antigen-Tests können sinnvolle Bereicherung darstellen, da PCR-Testung mit Kapazität am Anschlag und Reagenzien Mangel;	AL1 [redacted]

	• 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;
	• Virolog. Surveillance:
	  ○ Von 220 Proben-Einsendungen waren 4 SARS-CoV-2 positiv;
	• Stand der Validierung der Antigen-Tests:
	  ○ 11 verschiedene Teste von 6 Laboren validiert; große Bandbreite in der Qualität 50% Detektionsrate zw. 600 und 10.000 pro Test;
	• SARS-CoV-2 Testungen von eingesendeten Proben:
	  ○ 214 pos.; 13,4% pos Rate; immer mehr Proben von KOMO, ansonsten sind einige technische Geräte defekt;
	• Verortung auf lokale Ebene zur Testkapzitätskoordination:
	  ○ [redacted]hier ein guter Kandidat; bitte in nä. AGI aufnehmen
		FG17 [redacted]
		ZBS1 [redacted]
		AL1

12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] • Präs bittet Hinweise zur Überlastung an ihn zu richten. Bedarf zur Unterstützung setzt er soweit ihm möglich um; • RKI Personalentwicklung hat Angebote für die Vermeidung zur Überlastung; • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG38 [redacted] Präs FG38 [redacted] Präs FG37 [redacted] FG36 [redacted]/ 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 [redacted]
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	

300 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-10-19.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Präs
  - Lothar Wieler
- VPräs
  - Lars Schaade
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- BZgA

- [redacted]
- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o 39.774.852 Fälle, 1.110.902 Verstorbene (2,8%); o 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, o starker Antsieg in Tschechischer Republik und Italien • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. o 68 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.; o Europa (nicht EU/EWR/UK/CH) Albanien dazugekommen o Afrika Botswana nicht mehr auf Liste • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa o Notstand in Frankreich und Tschechische Republik, o Platz 1 Tschechische Republik, • Zusammenfassung / Überblick (der vergangenen 7T) Update: o Afrika: 2,9% der neuen Fälle und 4,6% der neuen Todesfälle o Top 5 Länder mit den meisten Fällen: Marokko, Südafrika, Tunesien, Libyen und Äthiopien o Amerika: 32,1% der neuen Fälle und weiterhin der Großteil der neuen Todesfälle (44,5%) o Die Vereinigten Staaten, Brasilien, Mexiko, Peru und Kolumbien meldeten die meisten Todesfälle o Weiterhin ansteigende Trends in Kanada und den USA o Asien: 27,7% der neuen Fälle und 29,6% der neuen Todesfälle o Rückläufiger Trend in Indien, aber 15% der gesamten Todesfälle weltweit o Nach einem 4-wöchigen Lockdown und wegen absteigenden Fallzahlen werden die Maßnahmen in Israel gelockert o Europa: Großteil der neuen Fälle (37%) und 21,3% der neuen Todesfälle o Anstiege der Fälle in ca. 83% der Länder o Italien, Frankreich und die Tschechische Republik haben am Wochenende Rekorde bei der Zahl neuer Fälle binnen 24 Stunden erreicht (Italien und Tschechien >10.000, Frankreich >30.000) o Ozeanien: 0,08% der neuen Fälle und 0,05% der neuen Todesfälle o Die meisten gemeldeten Fälle sind aus Französisch Polynesien o [redacted]	ZIG1 [redacted]

	[redacted] ○ Update zur Ausweisung der Risikogebiete und der Abstimmung bezüglich des Vorgehens bei Umsetzung der Empfehlungen, Veröffentlichung Mittwoch Abend und die Einstufung wird dann ab Freitag 0 Uhr wirksam • Fragen/Diskussion: ○ [redacted] ○ [redacted] **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • COVID-19: Lage National, 19.10.2020 ○ 366.299 bestätigte Fälle, 9.789 Verstorbene, Anteil Verstorbene 2,7%, ○ Schätzung 4-Tage-R: 1,35, 7-Tage-R: 1,25 ○ steigende Trends in allen BL, Berlin und Bremen weiterhin hoch, ○ Saarland zeigt sprunghaften Anstieg in der 7-Tages Inzidenz, aber dort können aufgrund der niedrigen Einwohnerzahl geringe Fallzahlen bereits dazu führen, ○ Schwerpunkte sichtbar im Süden und Westen und Städten, ○ [redacted] ○ 107 LK überschreiten Inzidenz von 50/100.000 Ew, ○ Deutschland wird die Grenze insgesamt vermutlich bald überschreiten, • Fragen/Diskussion: ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG 32 [redacted] Präs/ VPräs/ FG32/ FGL36/ AL3

	○ Anmerkung, dass auch die Seite der Ärzt*innen und klinischen Fachgesellschaften wichtig ist bei der Bewertung der Lage, Einbeziehung eine*r Klinker*in für Pressekonferenz sinnvoll, ○ Klinik (DIVI) zeigt Zunahme der Belegung, *To Do:* *- Enstcheidung zur Risikobewertung soll Mittwoch besprochen werden*	
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • App Datenspende wurde bereits zuvor vorgestellt, • Vorschlag Update digitale Projekte nächste Woche	FG21 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Hochstufung der Risikobewertung siehe Diskussion zur nationalen Lage;	
5	**Kommunikation** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	BMG [redacted]

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted]: • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted], • [redacted] • [redacted], • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	

	• [redacted] Pressestelle RKI [redacted]: • 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	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG [redacted]
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Wann sehen wir in Ballungszentren die Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln) • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • 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 **b) RKI-intern** ○ Nicht besprochen	AL3/ AL1/ FG36/ FG32/ Alle
8	**Dokumente** • Stand Veröffentlichung: Management von Kontaktpersonen ging heute online	FG36 [redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	

11	**Labordiagnostik** • FG 17 hatte in der virologischen Surveillance der AGI in den letzten zwei Wochen 104 Proben-Einsendungen, davon waren: - 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. • 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 Einsendugen positiv	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** Vortrag zu RKI_COVIDTestCalculator (Folien hier) • 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 Models 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 Inzidenzszenarios und Dunkelziffern, • Tool wurde validiert, am Mittwoch gibt es ein Treffen mit Team um [redacted] zur gemeinsamen Abstimmung, danach soll das Tool kostenlos zur Verfügung gestellt werden, Fragen/Disksussion: • [redacted] • 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 Bespiele 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	AL3 MF5/P5 [redacted] FG14 [redacted]

	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 Einzelfallauslegung der Quarantäne/Isolierung suggeriert wird, • 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 FAQ Luftreinigungsgeräte diskutiert • [redacted] • 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 *ToDo: Vergleich der FAQs, diese nochmal zirkulieren für nächste Sitzung, Lüften und Nahfeld prüfen, ob es eine Informationslücke gibt*	
14	**Surveillance** • 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, [redacted]
15	**Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Information aus dem Lagezentrum(nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
17	**Wichtige Termine**	FG32

	• 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: Mittwoch 21.10.2020; 11:00Uhr	

302 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-10-21.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • 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: o Vereinigte Staaten: zunehmender Trend o Indien und Brasilien: abnehmender Trend • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner o 73 Länder mit Inzidenz > 50 Fälle o 5 Länder mehr als am Montag: Honduras (Amerika); Zypern, Litauen, Deutschland, Dänemark (Europa) • Zusammenfassung o Afrika: ▪ sehr geringer Anteil an weltweiten Fällen (1%) ▪ Top 5 Länder: Südafrika, Marokko, Ägypten, Äthiopien, Nigeria ▪ fast 80% Community transmission o Amerika: ▪ 33% der neuen Fälle und 45% der neuen Todesfälle ▪ [redacted] o Asien: ▪ 22% der neuen Fälle und 20% der neuen Todesfälle ▪ Rückgang der neuen Fälle in Südost Asien ▪ Nepal ist einziges Land mit Anstieg. o Europa: ▪ 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 o Empfehlung des Rates für eine koordinierte Vorgehensweise bei Beschränkung der Freizügigkeit wurde am 13.10. von den EU-Ländern angenommen. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 380.762 (+7.595), davon 9.875 (2,6%) Todesfälle (+39), 7-Tage-Inzidenz 51,3/100.000 Einw. o 4-Tage-R: 1,09; 7-Tage-R: 1,17 o ITS: 879 (+28), invasiv beatmet: 411 (+22), Zunahme der auf Intensivstation betreuten Patienten o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ höchste Inzidenzen in Berlin und Bremen ▪ Trend Zunahme außer Saarland o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 133 LK mit Inzidenz > 50 ▪ Spitzenreiter nach wie vor LK Berchtesgadener Land o Anzahl COVID-19-Fälle nach Expositionsort in Deutschland	ZIG1 [redacted] FG32 [redacted]

	▪ 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. ▪ [redacted] möchte die Abbildung fürs Pressebriefing morgen verwenden. *ToDo: kurzen Hintergrund für Pressebriefing vorbereiten* [redacted] o Wo würden Bars, Clubs, Großveranstaltungen in dieser Kategorisierung auftauchen? ▪ Vermutlich bei Freizeit oder sonstiges? ▪ In neuer SurvNet-Version ist genauere Differenzierung möglich. *ToDo: bis Freitag Auswertung der Angaben, die über neue SurvNet-Version übermittelt wurden* [redacted] o [redacted] ▪ [redacted] o [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ 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.	
	• Testkapazitäten und Testungen (Folien hier) o Anstieg Positivenanteil, Trend ist in ARS sehr deutlich. o In den Altersgruppen wird unterschiedlich häufig getestet. Am häufigsten wird bei über 80 Jährigen und 15-34 Jährigen getestet. o 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. o Testverzug ist relativ stabil über die letzten Wochen.	FG37 [redacted]

	• Was kann getan werden, damit mehr Labore an ARS angebunden werden?
	  ○ 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 Repräsentativität ist.
	  ○ Wenn auch negative Labormeldungen über DEMIS gemeldet werden, wären einzelfall- und wohnortbezogene Meldungen vorhanden.
	  ○ [redacted]
	  ○ 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.
	
	• Syndromische Surveillance (Folien hier)
	  ○ GrippeWeb bis 42.KW:
	  ▪ Weiterhin Zahlen unterhalb der ARE-Raten der Vorsaisonen
	  ○ Konsultationsinzidenz:
	  ▪ 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
	  ▪ 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%.
	  ▪ [redacted]
	  ▪ 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. Tendenziell sind die Fälle jünger, müssen länger beatmet werden und haben tendenziell weniger Vorerkrankungen als SARI-Fälle in Vorjahren.
	ToDo: Vergleich Anteil COVID-Fälle an SARI-Patienten Frühjahr-Herbst, FF [redacted]
		FG36 [redacted]

2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	

3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Soll eine Hochstufung vorgenommen werden? Bzw. wann soll für die Allgemeinbevölkerung von „hoch“ auf „sehr hoch“ hochgestuft werden? • Eine Überarbeitung des Wordings der Risikobewertung wäre sinnvoll. Eine Hochstufung auf eine Zwischenstufe: „hoch-sehr hoch“ dürfte jedoch nicht zur Klarheit beitragen. • 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. • Entscheidung: Die Risikobewertung, Bevölkerung hoch, Risikogruppen sehr hoch, bleibt. • Das Wording wird angepasst, grundsätzliches Einverständnis zum Änderungsvorschlag von [redacted] • 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. *ToDo:* [redacted] *versendet seinen Änderungsvorschlag an den Krisenstab für Anmerkungen.*	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Morgen wieder Pressebriefing am RKI mit [redacted] • Neue FAQ zum Lüften, die auf das Umweltbundesamt verweist • FAQ zu Luftreinigungsgeräten ist in Abstimmung, Rücksprache mit BZgA hierzu • Teaser auf Startseite wurde angepasst	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG-Liaison
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Brief zur Qualität der vom RKI veröffentlichten Statistiken und Vorschlägen zur Verbesserung (hier) ○ Zentrale Kritikpunkte:	FG38 [redacted]

	▪ Ausdruck „Schätzung der Genesenen“, da Zahl der chronischen Verläufe relativ hoch ist. Vorschlag RKI sollte Spätfolgen erfassen. ▪ Antikörperteste sollten differenziert werden. o Ausweisung der genesenen Fälle soll durch aktive Fälle ersetzt und in Fußnote erklärt werden, wie diese Zahl berechnet wird. o [redacted] o Frage, wie soll generell mit Kritik umgegangen werden? ▪ Kurze, sachliche Antwort: Verweis auf die Limitationen im Meldewesen, Verweis auf bereits existierende Studien und die Möglichkeit selbst Fördermittel für neue Studien zu beantragen. o Vorschlag: Veröffentlichung von Fragen und Antworten aus Transparenzgründen ▪ Schreiben müssten anonymisiert werden. ▪ Wenn Plattform geboten wird, kann damit gerechnet werden, dass noch mehr Schreiben kommen. ▪ [redacted] o Deshalb soll weiter so wie bisher verfahren werden: kurze Antwort auf ernstzunehmende Fragen. o 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. • [redacted] • [redacted] • In der Teststrategie wird umfangreiches Testen als Grundlage für Lageeinschätzung genannt. • Einblick in Lage kann auch aufgrund von Surveillance-instrumenten 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	FG36 [redacted]

	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 umfangreichen Fehlzeiten der Eltern führen. Die Empfehlung bezieht sich auf alle und dient der Aufrechterhaltung von Betreuungs- und Bildungsangeboten. • Eine Trennung von Haushaltsmitgliedern wird bei COVID eher aufrechterhalten als bei sonstigen Infektionen. Könnte das zu mehr Infektionen in Haushalten führen? Nur ein sehr kleiner Teil der ARE sind auf COVID-19 zurückzuführen. • [redacted]	
8	**Dokumente** • Kennzahlen Lagebericht (Vorschlag hier) o Überarbeitete Version, insgesamt mehr Fokus auf Entwicklung der aktuellen Fälle innerhalb der letzten 7 Tage, kumulative Fallzahlen in Klammern o Legende mit Erklärungen, was die einzelnen Punkte bedeuten, wurde eingefügt. o 7-Tage-Inzidenz gesamt und bei >60 Jährigen, Anzahl Kreise mit 7-T Inzidenz > 50 und >100 o DIVI-Intensivregister: aktuell in intensivmedizinischer Behandlung: Anstieg zum Vortag sowie in Klammern gesamt; neu abgeschlossene Fälle, davon %-Zahl der Verstorbenen o Warum wird der Begriff „aktive“ und nicht „akute“ Fälle gewählt? ▪ Umfasst auch asymptomatische Fälle, aktive Fälle werden berechnet aus Genesene – Verstorbene. ▪ Werden auch im Ausland „active cases“ genannt. o Wie sollen „Genesene“ genannt werden? Sollen im Lagebericht nicht mehr ausgewiesen werden. o Genesene könnten auch auf Dashboard weggelassen werden, da die kumulative Zahl immer weniger aussagekräftig ist. International werden sie als „recovered“	FG34 [redacted]

	ausgewiesen, man könnte von „überstandenen aktiven Infektionen“ sprechen. [redacted] • FAQ Luftreinigung (hier) ○ Wurde überarbeitet: „…. das Risiko einer Übertragung im Nahfeld … nicht effektiv verringern kann.“ Dem Vorschlag wurde zugestimmt. • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG14 [redacted] FG36 [redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance ○ Sporadisch SARS-Fälle, sonst nur Rhinoviren ○ Üblicher Rückgang der Probenzahl in den Herbstferien ist dieses Jahr sehr ausgeprägt. • [redacted]	FG17 [redacted] Abt. 1 [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Auf Freitag verschoben	
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** •	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 23.10.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

304 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-10-23.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG35
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]

- [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- MF
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• 41 Mio Fälle, >1 Mio Verstorbene (2,7%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ Alle Länder bis auf Indien zunehmender Trend
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ 73 Länder mit Inzidenz > 50 Fälle/100.000
	  ○ 2 Länder neu hinzugekommen seit Mittwoch: Kirgisistan und San Marino
	  ○ Kleine Länder haben hohe Inzidenz
	• Europa:
	  ○ 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, Rebupblik Moldau, Armenien, Ungarn, Nordmazedonien, Rumänien, Bosn./Herz und Spanien
	  ○ Mehrheit der Länder meldet community transmission
	  ○ häuptsächlich urbanes Geschehen
	  ○ Länder mit höchstem Anstieg: Frankreich, Russland, UK, Tschechien
	• Warum hat Tschechien eine so niedrigre CFR? Das liegt wahrscheinlich an dem jungen Alter der Infizierten
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	[redacted]
		ZIG1
		[redacted]

	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 403.291 (+11.242), davon 9.954 (2,5%) Todesfälle (+49), 7-Tage-Inzidenz 60,3/100.000 Einw. ○ [redacted] ○ 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. *TODO: Zusammen mit den Fallzaheln wird ggf. ein Disclaimer an die Presse und Morgenschicht rumgeschickt* [redacted] [ERLEDIGT] ○ 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 ▪ 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 ▪ 131 LK mit > 50/100.000 ▪ Spitzenreiter nach wie vor LK Berchtesgadener Land, gefolgt von Berlin-NK und Berlin-Mitte ○ [redacted]aus FG32 hat heatmap erstellt zu den Inzidenzen seit der 10. KW nach Altersgruppen: ▪ Seit der 40. KW steigen die Inzidenzen in allen Altersgruppen an, davor haupstäschlicher Anstieg bei Jüngeren ○ [redacted] ○ Testzahlen: in der 42. KW: ▪ Positivenquote 3,62%	FG32 [redacted]

	• Ausbreitung in DE und erste Auswertungen zum Infektionsumfeld bei Fällen: ○ [redacted] und [redacted] (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. ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ 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): : ▪ 6.000 Fälle mit Angaben zu wahrscheinl. Infektionsumfeld stehen zur Verfügung ▪ Top 3 der wahrscheinlichen Infektionsumfelder: privater Haushalt, Arbeitsplatz, Gesundheitseinrichtungen ▪ [redacted] ▪ 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 Vebindung zur Ansteckung nicht herstellt. ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ Grundmessage: man kann sich überall anstecken, nur das Risiko differiert zwischen den einzelnen Infektionsumfeldern ▪ Kommunikation mit [redacted] ausstehend	

	▪ Risikowahrnehmung in der Allgemeinbevölkerung: Risiko geht von Fremden aus, nicht von Vertrauten, dass Vertraute mindestens ebenso riskante Kontakte darstellen muss besser kommuniziert werden ▪ 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. *TODO: Einerseits: Fall-Kontroll-Studie realisieren, andererseits werden Surveillancedaten nochmal ausgewertet, zudem Imputation mit Meldedaten vergleichen, um Verzug besser zu beurteilen* [redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted]	ZIG [redacted]

	• [redacted]	
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Neues Dokument von [redacted] wurde kommentiert und ist auf Zustimmung gestoßen • 3 Säulen der Bewältigung (Containment, Mitigation, Protection) müssen sich gegenseitig ergänzen und fortgeführt werden • Dokument wird auf die Homepage gestellt	[redacted]/alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • *Nicht anwesend* **Presse** • [redacted] ○ [redacted] • [redacted] • Danke an alle für die sehr gute Vorbereitung des gestrigen Pressebriefings	Presse [redacted] Präs
6	**Neues aus dem BMG** • *Nicht anwesend*	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Vorstellung des Preprint Papers *Keeling et at.* bezüglich 2-wöchiger Mini-Shutdowns in UK, reine Modellierungsstudie (Folien zum Paper hier, Vortragsfolien hier) ○ Untersuchung von zeitlich limitierten (2 Wochen) aber intensiven, vorbeugenden Maßnahmen („breaks“ oder „Bremsen“) um negative Auswirkungen der Notfallmaßnahmen durch Planung zu verringern ○ Theoretische Effekte: Reduktion der Infektion, Zurücksetzen („reset“) im Pandemieverlauf, stärkere Maßnahmen haben längeren Effekt,	FG36 [redacted]

	größerer und längerer Einfluss auf Infektionen als auf Hospitalisierungen und Todesfälle ○ Methodisch gutes Paper, prinzipiell Effekt auf Infektionsgeschehen wahrscheinlich, Größe des Effekts jedoch unklar da nicht 1:1 übertragbar auf Deutschland (andere Bevölkerungsstruktur, anderes Gesundheitssystem als UK), Effekt sehr stark abhängig von compliance der Bevölkerung, teilweise gesamtgesellschaftl. Kollateralschäden, Nachhaltigkeit fraglich ○ Neben Verzögerung scheinbar auch Peak-Verringerung ○ [redacted] ○ 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. ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ 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	alle

	○ 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 • Ergänzung Strategie-Paper **b) RKI-intern** • [redacted] [redacted]	FG36 [redacted]
8	**Dokumente** • Stellungnahme zu FFP2-Masken in Allgemeinbevölkerung: ○ 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 ○ [redacted]	alle

	[redacted]	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • entfällt	FG33
10	**Labordiagnostik** • [redacted] ○ [redacted] • [redacted]	Abt. 1 [redacted] ZBS1 [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • [redacted] ○ [redacted] *TODO:* [redacted] *verschickt SOP zu Abstimmungsprozessen*	IBBS [redacted]
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • entfällt	
13	**Surveillance** • Vorstellung „KeInzidenzschätzer basierend auf SARS-CoV-2 Genetik „ (Folien hier) ○ Inzidenzhistorie wird statischtisch 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	MF5/P5 [redacted]

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] *TODO: FG32 wird bei Manuskript hinsichtlich der Limitationen der Meldedaten fachlichen Beitrag leisten (MF5/P5 & FG32)* • [redacted] *TODO: RKI wird sich diesbezüglich positionieren und die Wichtigkeit der Beibehaltung unterstreichen (FG32)*	FG32 [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Ab 20.10. ist Flug-KoNa ausgesetzt	FG38 [redacted]
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • [redacted]	FG38 [redacted]
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 26.10.2020; 13:00Uhr	

306 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-10-26.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG24
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32/38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]

- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1 / INIG
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• 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:
	  ○ Alle Länder bis auf Indien zunehmender Trend
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ 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:
	  ○ 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)
	  ○ die fünf Länder, die die meisten Fälle melden: Russland, Frankreich, Spanien, das Vereinigte Königreich und Italien.
		ZIG / INIG
		[redacted]

- ECDC RRA vom 23.10.: erhebliche weitere Zunahme der COVID-19-Infektionen in jüngeren und auch älteren Altersgruppen.
- Ozeanien:
  - 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:
  - 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.

TODO: INIG Folien über Australien vorbereiten
TODO: INIG soll recherchieren, ob es andere Länder gibt, die die gleichen Maßnahmen wie China erfolgreich durchgeführt haben.

Kommentiert [SD1]: [redacted]

National

- 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 Bundeskanzleramt geschickt, Bericht soll regelmäßig aktualisiert werden.
- 7 Tage Inzidenz soll zukünftig auch nach Altersgruppen aufgeschlüsselt dargestellt werden und ggf. auf erste Seite des

FG32 [redacted]

	Lageberichts abgebildet werden. Vorschlag dazu erstellt; Rückmeldung aus dem BMG steht noch aus • Vorschlag, das von [redacted] 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 Fälle 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. *TODO: [redacted] (FG32) nutzt das Tool von [redacted] zu Mobilität um die aktuellen Fälle zu analysieren* **Vorstellung Corona-Kita Studie (Folien hier):** • 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 Grundschülern. Gibt es eine Möglichkeit diese aufzuheben? Verweis auf Papier von [redacted] 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 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Verschoben auf Mittwoch	[redacted]
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Nachfrage ob abgestimmte Risikobewertung am 26.10.2020 auf der Webseite aktualisiert wurde. Die Aktualisierung ist erfolgt.	Alle
4	**Kommunikation** BZgA: • [redacted] • CWA: Im Rahmen der App soll ein Kontakttagebuch eingepflegt werden. Da es auch Personen gibt, die die CWA nicht nutzen, bietet die BZgA an, ein analoges	BZgA

Kommentiert [SD2]: [redacted]

	Kontakttagebuch zu gestalten. Diese Idee wurde vom Krisenstab begrüßt. • Nachfrage zu Antigentests und deren Nutzung in Pflegeheimen. Wie sollen diese genutzt werden und wer bezahlt diese. Das RKI bereitet dazu eine FAQ vor. • [redacted] Pressestelle: • 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. [redacted] • [redacted]	Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **Modellierung weiterer Pandemie-Verlauf -benötigte Kapazitäten (Wunsch Kanzleramt) (Dokument hier)** • Auf Wunsch des Kanzleramtes hat [redacted] eine neue Modellierung durchgeführt, die heute noch ans Kanzleramt geschickt werden soll. [redacted] hat die bestehende	FG34 [redacted]

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 berücksichtig 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.
- [redacted]
- 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?**
  - 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**
  - 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 gerade eine Veröffentlichung vorbereitet.

b) RKI-intern

	• Nicht besprochen	
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
10	**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.	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	IBBS
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie: Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren s. aktuelle Lage	FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 28.10.2020, 11:00 Uhr	

308 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-10-28.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

Dürrwald

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
- FG17
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32/38
  - [redacted]
- FG33/ZIG
  - [redacted]
- FG34
- FG36
- FG37
- IBBS

- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien **hier**)
	• 43,6 Mio Fälle, 1,1 Mio Verstorbene (2,7%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ USA an erster Stelle, alle Länder steigender Trend außer Indien
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ Statt 77 Ländern am Montag heute 81 Länder > 50; neu: Kanada, Malediven, Aserbaidschan 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:
	  ○ “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 möglich)
	  ○ Schließung der Grenzen zwischen NSW und Victoria
		ZIG / [redacted]

	○ 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 • Mitte September: ○ 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 • Zusammenfassung: ○ 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 • Diskussion zu Australien: ○ 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	
	National **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien **hier**) • SurvNet übermittelt: 464.239 bestätigte Fälle (+14.964), davon 10.183 (2,2 %) Todesfälle (+85), 7-Tage-Inzidenz 93,6 /100.000 Ew • ITS Fälle steigen stetig, aktuell 1.470 (+108) • R zwischen 1,2-1,4 (vom 27. und 26.10.); Zahlen vom 28.10. aufgrund eines Serverupdates heute erst später lieferbar • Anstieg der 7 Tage Inzidenz in jedem Bundesland deutlich, Abflachung bei einzelnen Ländern (bspw. Sachsen) höchstwahrscheinlich kein langfristiger Trend	FG32 / [redacted]

	• 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 • 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 • 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 • 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 • Diskussion: o Anteil Verstorbener auf erster Seite im Bericht ggf. mitaufzunehmen, aber: möglicherweise recht unklare Indikatorfunktion im Sinne der Kommunikation nach außen o Derzeit liegt zur Mitaufnahme der Inzidenz der AG der über 60-Jährigen Zustimmung seitens BMG vor o Indikator für Bevölkerungsgruppe mittleren Alters sinnvoller (da Risikobewusstsein hinsichtl. Erkrankungswahrscheinlichkeit bei älteren AG gegeben) o Vorschlag: Aufnahme der Anzahl schwer erkrankter Personen pro AG und Woche *To Do: Mitaufnahme des bereits zugestimmten Parameters (Inz. der AG 60+) in Lagebericht auf erste Seite, Mitaufnahme weiterer Parameter zur weiteren Abstimmung*	
	Syndromische Surveillance (Folien **hier**): • 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 • Konsultationsinzidenz ARE: anderes Bild, ab AG der 15-34-Jährigen Anstieg der Arztbesuche, bei 0-4-Jährigen eher Rückgang der ARE-Arztbesuche	FG36 / [redacted]

	• 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 *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 [redacted] besprechen*	
	Testkapazitäten und Testungen (Folien **hier**) • 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 Parameter möglich? Testindikation über ARS schwierig zu erhalten, ggf. symptomatische Erfassung („symptomatisch" vs. „andere Indikation"), Laborinformationssystem: Daten nicht hinterlegt	FG 37 / [redacted]

	[redacted] **Ausbreitung in DE und erste Auswertungen zum Infektionsumfeld bei Fällen** (Dokument **hier**) • 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 / [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Verschobener Bericht von Montag • Weiterhin verschoben	FG 21/ [redacted]
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Am Montag aktualisiert, kein Bedarf	Alle
4	**Kommunikation** BZgA: • 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 *To Do: Bitte an BzGA, sich mit dem Gesundheitsportal in Verbindung zu setzen, fachlich-wissenschaftlich mit dem RKI abgestimmte Aspekte sollten korrekt übernommen werden* *To Do: Bitte an* [redacted] *und* [redacted]*, einen diesbezüglichen Text an* [redacted] *weiterzuleiten*	BZgA / [redacted]

Kommentiert [EN1]: Welcher genaumarku? § 4 (1) Satz 6 „Soweit es zur Erfüllung dieser Amtshilfe erforderlich ist, darf es personenbezogene Daten verarbeiten."?

	Pressestelle: • Keine Anmerkungen	Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Kontaktpersonennachverfolgung** • Wie kann KONA noch differenzierbarer dargestellt werden? • Cluster Priorität vor Einzelfällen; Häufung in vulnerablen Gruppen Priorität vor anderen Settings • [redacted] • 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 *in house* Umsetzung RKI) → viel Verantwortung auf privaten bzw. Arbeitgeber-Bereich verlagert • Fachgebiet arbeitet derzeit an einer für Laien verständlichen Aufbereitung der KONA *To Do: Bitte an [redacted], die neu erlassene Allgemeinverfügung – fachlich-organisatorisch im Haus zu berücksichtigen* • [redacted] **Herausforderung fehlender Meldepflicht für Antigen-Tests** • Antigen-Tests: keine Meldepflicht durch die Länder eingeführt, Gefahr des Verlustes an Information und Überblick, praxisnahe Lösung dringend benötigt	FG32/38 / [redacted] FG32/38 / [redacted]

	• Zu klärende Fragen: ab welchem konkreten Zeitpunkt und anhand welcher Modalität sollen die Antigen-Tests in der Meldestatistik erfasst werden?
	• Mögliche Lösungsvorschläge
	  ○ 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“)
	
	To Do: Lösungsvorschläge müssen zeitnah diskutiert werden, die Zahlen werden jedoch höchstwahrscheinlich mit Einführung der Antigen-Tests an Vergleichbarkeit und Aussagekraft verlieren
	
	Votum der AG Labor / Testen zum effizienten Einsatz der der PCR-Testung auf SARS-CoV-2 (27.10.2020) (Dokument **hier** Markup **hier**)
	• [redacted]
	• Auf Priorisierung innerhalb der nationalen Teststrategie soll hingewiesen werden
	• Änderung der Testkriterien ausgesprochen heikel, Differenzierung/Fokussierung von COVID-19 zu Symptomatik sehr bedacht vorzunehmen
	• Am 30.09. wurde abgestimmter Vorschlag ans Ministerium geschickt
	• Muss als klare Grundlage für Ärzte zur Durchführung der Tests und ihrer Priorisierung ins Flussschema übersetzt werden
	
	To Do: Vorstellung des Flussschemas und der Testkriterien am Freitag durch [redacted], Bitte um Zusendung vorab als Arbeitsversion an [redacted] zu Donnerstag
	Zielgruppe: Ärzte, ÖGD, Politiker – Testkriterien zu unterscheiden ggü. der allgemeinen Bevölkerung, klare Trennung nötig
	
	• [redacted]
	
	[redacted]
	
	RKI-intern
	• Nicht besprochen
		FG32/38 / [redacted]

8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	

10	**Labordiagnostik** • [redacted] • [redacted]	FG17/ZBS1 [redacted]
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 [redacted]	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 / [redacted]
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 30.10.2020, 11:00 Uhr	

310 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-10-30.pdf

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:	[redacted] *Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG33
  -
- FG36
  -
  -
  -
- FG37
  -
- FG38
  -
  -
- IBBS
  -
- P1
  -
- Presse
  -
  -
- ZBS1
  -

- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): weltweit >44,5 Mio. Fälle, > 1,1 Mio. Todesfälle
	  ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage
	  ▪ Allen voran USA, Indien, Frankreich
	  ▪ Absteigende Tendenz allein in Indien und Argentinien
	  ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ▪ Mittlerweile 83 Länder mit >50/100.000, zwei mehr als am Mittwoch,
	  ▪ Neu: in Asian im Iran stark ansteigende Fallzahlen
	  ▪ EU: Schweden neu dabei, nur noch 3 Länder mit 7-T-I <50/100.000 (Norwegen, Estland, Finnland)
	  ○ Gestern neue Lancet Studie aus Schweden zu COVID-19 Todesfällen bei >70-jährigen (hier)
	  ▪ Verknüpfung von Daten aus Todesursachen- und Bevölkerungsregister März bis Mai 2020
	  ▪ >275.000 Personen, knapp 3.400 Todesfälle von welchen 1.300 wegen COVID-19
	  ▪ Wichtigste identifizierte Risikofaktoren: Wohnen im Pflegeheim (4-fach höheres Risiko) und Wohndichte
	  ▪ Interessant: Haushaltskontakte <66 Jahren (also arbeitende Bevölkerung) bergen erhöhtes Sterberisiko
	• Zusammenfassung
	  ○ Drastische Fallzunahme in Europa
	  ○ Lockdowns (ganz oder teilweise) in vielen Ländern
	  ○ Schulschließungen in Polen, Tschechien und Slowenien
	  ○ China Cluster in Xinjiang: nach Testung von 4,8 Mio. Einwohnern >160 Fälle (42 symptomatisch), steht mit Bekleidungsfabrik im Zusammenhang
	• Diskussion: Perspektive Ausweisung von Risikogebieten?
	  ○ Ausweisung noch stets vom BKA erwünscht, unabhängig von Infektionszahlen in Deutschland
	  ○ RKI wendet deswegen nicht ECDC-Empfehlung an, sondern bleibt beim angewandten Verfahren der 7-T.-I., zusätzlich wird unterstützend die ECDC-Karte konsultiert aber nicht so umgesetzt
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
		ZIG1

	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_{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, Kranken-hausaufnahme, usw.) ▪ Über CWA wir nur geringe Anzahl von Fällen bekannt ○ Aus Meldedaten sind noch mehr Informationen verfügbar, weitere Bündelung und Kommunikation wird diskutiert • [redacted]	AL3/FG38
2	**Internationales (nur freitags)** • Viele Leute sind aktuell in Einsatzgeschehen: ○ 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 • [redacted]	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Mit steigenden Fallzahlen zunehmende Fragen zu ○ 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 **Presse** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen	

	b) RKI-intern **Erklärung zu sinkenden R-Werten für heutigen Lagebericht** • 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? ○ 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~~ ○ Annahme ist dennoch, dass die Verzüge bei den Nachmeldungen der nächsten Tage so bleiben wie sie zuletzt (grob: in den letzten 7 Tagen) waren. ~~○ Dieser Wert ändert sich und wird nicht täglich angepasst~~ ○ Vor kurzem wurde dies geprüft: es gibt im Moment keine deutliche Veränderung im Meldeverzug~~, und keine Unterscheidung zwischen Bundesländern oder im Zeitverlauf~~ ○ Dies wird beobachtet und bei Bedarf im Berechnungsverfahren angepasst • 4-Tage-R-Wert unterliegt wöchentlichen Schwankungen, wird daher nur aus historischen Gründen berichtet~~geht im Sägezahnmuster rauf und runter~~ • 7-Tage-R-Wert gleicht ~~sollte~~ diese Effekte ~~eigentlich ausgleichen zeigt a~~stärker aus, zeigt aber ~~ber~~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 • Wichtige ~~Umformulierung:~~Regel: ~~nicht jeder~~Ein R-Wert >1 bedeutet exponentielles Wachstum • 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 • Die Bevölkerung hat bereits vor dem Lockdown in Eigeninitiative Maßnahmen umgesetzt und Bewegungen eingeschränkt, nimmt von sich aus vorweg, was Politik entschieden hat • Auch der ARE-Wert liegt jetzt noch deutlich unter dem der Vorjahre, Übertragung respiratorischer Erreger ist aktuell deutlich niedriger als sonst • Leichte Textanpassungen und die letzten zwei Absätze werden gestrichen und die Lage zunächst weiter beobachtet *ToDo: LZ passt Erklärung zu R-Werten an und integriert sie in Lagebericht*	
8	**Dokumente**	

Kommentiert [adHM1]: Meiner Meinung nach sollte das leichte Absinken tatsächlich kommentiert werden, da es schon auffällt – aber eben nicht bedeutet, dass wir kein exponentielles Wachstum mehr haben.
Etwa: Das leichte Absinken des R-Wertes (von etwa 1,4 auf etwa 1,2 in den letzten Tagen) deutet auf eine etwas niedrigere exponentielle Wachstumsrate hin. Dennoch steigt die Anzahl der neuen COVID-19 Fälle weiter exponentiell.

	Kontaktpersonennachverfolgung • Die vorhandenen Empfehlungen und Dokumente sollen aktualisiert werden, Zielsetzung: - Definition von Prioritäten in Situationen hoher GA-Belastung - Verschlankung und breiteres verständlich Machen • Hierfür wurden drei Dokumente besprochen: • 1 – Orientierungshilfe (hier und hier) o Einstiegsdokument: richtet sich an ÄrztInnen und GA sowie betroffene Personen, Allgemeinbevölkerung, entsprechend Quarantäneflyern o Wurde auf Minimum reduziert ▪ 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 o Soll für jede Person verständlich sein, Kerninformationen werden grafisch aufgearbeitet, Infografik bereits in Arbeit und Abstimmung o Kommentare/Verbesserungsvorschläge ▪ Begriff „Schritte“ durch „Vorgehen“ ersetzen (Präs) ▪ Unterüberschrift lässt vermuten, dass die Ärzte Kontaktpersonenmanagement machen sollen o Für die, die mehr wissen müssen/wollen – Verlinkung zu → • 2- Ausführliche Arbeitsmaterialien zu KoNa-Management (hier) o Lange Version für die, die dies für ihre Arbeit benötigen o 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.) o Hier nur noch KP I und II, inklusive Beispiele und Fragen, zu denen Konzepte entwickelt wurden o Haushaltsquarantäne wurde aufgenommen o Ansonsten keine Änderungen • 3 - Illustration zu Kontaktarten (hier) o Richtet sich an Ärzteschaft und Allgemeinbevölkerung o Bilder können als Ergänzung zum Text platziert werden o Abgebildete Szenarien sind alle schon im Text vorhanden (lediglich grafische Ergänzung) o 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 • [redacted] • 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 • [redacted]	

	[redacted]	

9	**Update Impfung (nur freitags)**
	Letzter Stand zur Impfung (hier)
	• Laufende Studien
	  ○ 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°C (…), Lösemittel zur Herstellung notwendig, 5 Dosen pro Behältnis
	  ○ 2. Oxford/AstraZeneca: voraussichtlich 2 Dosen (ob eine genügt wird aktuell getestet), Lagerung bei 2-8°C
	• STIKO Empfehlung
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ 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:
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ 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) ○ Impfakzeptanz: 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	
10	**Labordiagnostik** **ZBS1** • [redacted] • In ersten 4 Tagen diese Woche wurden 1.800 GA-Proben analysiert, Positivrate liegt bei 20% **FG17** • Über die virologische AGI Surveillance gab es 204 Einsendungen, 5 waren SARS-CoV-2 positiv, 94 zeigten Rhinoviren, ansonsten keine weiteren respiratorischen Erreger	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Aktueller Stand zu den Containment Scouts (CS)** • [redacted] • 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 **Sprachregelung zur Verwendung von FFP2-Masken im privaten Bereich** (hier) • Kurzes Dokument zu dieser Fragestellung wurde primär für den internen Gebrauch vorbereitet, anhand der Argumente die letzte Woche ausgetauscht wurden:	

	○ 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 • [redacted] • 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 • [redacted]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 • [redacted] • 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 *ToDo: Krisenstabsmitglieder sollen FG14-Dokument bis Mittwoch nächste Woche kommentieren, anschließend wird es in Form von FAQ auf der RKI-Webseite publiziert*[redacted]	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32/FG35
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Neue Risikogebiete gehen heute online	LZ

15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** **Befragung zum RKI-internen Lagemanagement während der COVID-19-Pandemie** • Befragung lief 01.-14.10.2020, Ergebnisse werden jetzt ausgewertet und demnächst im Krisenstab präsentiert	FG38
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 02.11.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

312 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-11-02(1).pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]

- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  ○ Ca. 46,2 Mio. Fälle und fast 1,2 Mio. Verstorbene (2,6%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ Vereinigte Staaten weiterhin ganz vorne, gefolgt von Indien, Frankreich und an 4. Stelle Italien, erstmals Deutschland auf Platz 10 vertreten
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ 81 Länder auf der Liste
	  ○ 2 Länder weniger als am Freitag: Ecuador (Amerika), Malediven (Asien) sind nicht mehr dabei.
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  ○ Weiterhin nur 3 Länder, die die Inzidenz von 50 nicht überschreiten: in Norwegen und Estland ist die Inzidenz >40, nur in Finnland ist sie weiterhin relativ gering.
	• Zusammenfassung und News
	  ○ Afrika: nur 2% der neuen Fälle in vergangenen 7 Tagen
	  ○ Amerika: 29%, Inzidenz geht zurück
	  ○ Asien: 17%
	  ○ Europa: Anstieg auf 51% der neuen Fälle
	  ○ Ozeanien: kein neuer Fall in Australien
	  ○ Verlängerung des PHEIC durch WHO am 30.10.2020 für weitere 3 Monate
	  ○ Neue Maßnahmen in Europa:
	  ▪ Slowakei: Testung der gesamten Bevölkerung > 10 J. innerhalb von 3 Wochen, bisher ca. 1% der Tests positiv.
	  ▪ UK: partieller Lockdown von 05.11. bis 02.12.
	  ○ Aussagekraft von Antigentests umstritten, eigentlich nur in der 1.Woche der Symptome gut geeignet.
	  ○ [redacted]
	  ▪ [redacted]
	  ▪ [redacted]
		ZIG1
		[redacted]

[redacted]

National

FG32 [redacted]

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - 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
    - In allen BL ansteigender Trend
    - Höchste Inzidenzen weiterhin in Bremen, Berlin, Hessen, Saarland, NRW und Bayern.
  - Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
    - 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
    - Die Inzidenz steigt am stärksten bei > 80 Jährigen an, gefolgt von 60-79 Jährigen.
  - Hospitalisierte Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche
    - 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
    - Die DIVI-Skala ist relativ hell; zu beachten ist, dass die Skala sich täglich an die Werte anpasst, sodass ein 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.
    - Insgesamt steigt die Anzahl.
  - Monatliche COVID-19 Todesfälle pro 100.000 Einw.
    - 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?
    - 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.

ToDo: DIVI-Register Team soll diesem Punkt nochmal nachgehen.

	○ 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. *ToDo: Soll am Mittwoch vorgestellt werden, FF* [redacted]. ○ 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.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Neuheiten zur CWA (Folien hier) ○ Symptom-Tagebuch. Positiv getestete Personen können erfassen, ob Symptome vorlagen (ja-nein) und wenn ja, wann Symptombeginn war (keine Erfassung der exakten Symptome). ▪ 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 ▪ FF EU Kommission, Ziel: sicherer Informations-austausch ▪ [redacted] ○ Internationaler Austausch und Beratung ▪ mit EU-Kommission, ECDC, WHO EURO und diversen Ländern mit ähnlichen Apps ▪ zum Teil Wunsch nach fachlicher und technischer Beratung ▪ [redacted] ▪ [redacted]	ZIG1 [redacted]

4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf.	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Letzte Woche viele Mails zu Maskenfragen bei Kindern, diese Woche Beschwerden wegen fehlendem Grippeimpfstoff **Presse** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Konzepte für Schutz von Risikogruppen hat RKI im Fokus. Einzig möglicher Schutz ist, dass die Zahlen niedrig bleiben. Bei Nachfragen kann sich [redacted] 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).	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG-Liaison
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Erklärung zum sinkenden R-Wert (Vorschläge hier) o R-Wert geht zurück, aber R-Werte knapp >1 bedeuten immer noch exponentielles Wachstum, wenn auch langsamer als zuvor. o 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. o Für eine Beschreibung spricht, dass der rückläufige R-Wert nicht als rückläufiger Trend interpretiert werden sollte. Im Moment gibt es keinen Anlass zur Entwarnung.	AL3 / [redacted]

	○ „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 R-Wert leicht abgenommen, liegt aber weiter über 1. Das bedeutet, dass die Anzahl der neuen COVID-19 Fälle weiterhin zunimmt.“ • [redacted] ○ [redacted]	
8	**Dokumente** • Anpassung Abb. 1 im Lagebericht ○ 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	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • ZBS1 ○ In der KW 44 gingen 2.785 Proben ein, davon waren 553 positiv auf SARS-CoV-2. • Virologische Surveillance ○ Von 86 Proben waren 36 pos. auf Rhinoviren; 3 auf SARS-CoV-2. ○ Motivationsschreiben wurde auf den Weg gebracht. • [redacted] • [redacted]	ZBS1 FG17 AL1

	ToDo: Bitte um Weitergabe der über die ARS-Schnittstelle erfassten Parameter an [redacted], FF [redacted] → erledigt • Könnten Testzentren auch als Impfstellen fungieren? Ist logistisch schwierig, da sich dann symptomatische und zu impfenden Personen an einer Stelle treffen würden. • 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 [redacted]. • 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	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	• Frankreich hat angefragt, ob 40 Patienten in deutsche KH verlegt werden können.
	  ○ Es gibt hierzu ein mit den Ländern abgestimmtes Verfahren, Koordinierung findet über RKI statt.
	  ○ 6 Bundesländer, die hierfür besonders geeignet wären, sollen gesondert gefragt werden.
	• [redacted]
		IBBS

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	

13	**Surveillance**
	• Corona-KiTa-Studie (Folien hier)
	  ○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen
	  ▪ ARE spielt weiterhin eine Rolle, aber unter Niveau der Vorjahre
	  ○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe
	  ▪ 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.
	  ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte
	  ▪ 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.
	  ○ Ausbrüche in Schulen
		FG36 [redacted]

	▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ 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	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum** • [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted]	FG38
16	**Wichtige Termine** • Pressekonferenz 03.11.2020	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 04.11.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

314 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-11-04.pdf

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* [redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG 32
  -
  -
  -
- FG36
  -
- FG37
  -
- IBBS
  -
  -
- Presse
  -
- P1
  -
- ZBS1
  -
- ZIG1
  -
- BZGA
  -

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o 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 o 7-Tages-Inzidenz/100.000 ▪ 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 o Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ 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 o Europa – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ Vor allem in Osteuropa und Balkanstaaten starker Anstieg der Fallzahlen: Bosnien & Herzegowina, Bulgarien, Kosovo, Serbien o Asien – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ Weiterhin steigende Falzzahlen in Indien, Indonesien, Israel, palästinensischen Gebieten, Philippinen, VAE o Afrika – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ 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 o Ozeanien/Australien – aktuelle Lage (>700/letzte 7 Tage) ▪ 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 • Israel Situation o >33.000 Fälle, 344 Todesfälle, 7-Tages-Inzidenz jetzt 82/100.000 und ansteigend o >1 Mio. Tests, Positivanteil 3,2% o Entwicklung der Fallzahlen (s. Folien): blaue Kurve kumulative Fallzahlen, grau Genesene, grüne Balken	ZIG1

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
- [redacted]

- Zusammenfassung Gesamtsituation International
  - 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 • 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 [redacted] und die ehemalige Präsidentin von Liberia [redacted], erste Zwischenergebnisse werden im November erwartet • UK-Studie in Nature zu Risikofaktoren für COVID-19 Todesfälle ○ 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 ▪ 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 • 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.,	FG32

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
- [redacted]
- Minusfälle in der Falltabelle
  - Kommen leider regelmäßig vor, Grund sind nachtägliche Datenabgleiche und –Korrekturen
  - Fallzahlen werden tagesaktuell ohne Qualitätskontrolle (z.B. auf Erfüllung der Falldefinition oder nicht) veröffentlicht, teilweise werden auch alte Fälle wieder herausgenommen
  - [redacted]
  - Dies wurde mittlerweile auch von den Medien aufgrund der RKI-Erklärungen akzeptiert

- Ausbrüche
  - [redacted]
    - [redacted]
  - [redacted]
- Labortestungen
  - 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
- Mortalitätssurveillance destatis:
  - 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)	
2	**Internationales (nur freitags)** **SEEG** • [redacted] • Relativ viele Aktivitäten im Bereich der SEEG diese Woche, BMZ Minister [redacted] 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 **WHO** • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	ZIG

	[redacted] **Ergänzungen Präs** • [redacted] • 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	Präs
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** [redacted]	Präs/alle

	• [redacted] *ToDo: LZ/FG36/Abt. 3 Anpassung des Textes, bessere Erklärung, wie die Risikobewertung erlangt wird*	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **Presse** • 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 [redacted] sein, daneben Themen epidemiologische Situation, Appell an AHA-Regeln, Zwischenbilanz der Corona-Warn-App • Gemeinschaftsunterkünfte-Papier ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **COVID-19 unter prekären Lebens-/Arbeitsumständen** • [redacted]	[redacted] Presse Präs/alle

	[redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **Bericht aus dem Arbeitsministerium** [redacted] • 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 *ToDo: LZ bitte diesen Punkt immer freitags auf die Krisenstab Agenda (ggf. unter einer anderen Rubrik?)* **Intersektorale AG** • [redacted] 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	IBBS
6	[redacted]	

	• [redacted]	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **RKI externe Beratergruppe** • 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 **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** **Austausch FG** [redacted] • [redacted] • [redacted] **Entlasskriterien in Alten und Pflegeheime** • 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 Risikosettings • Präs berichtet von Minister TK diese Woche auch mit ECDC: die 14d wurden nicht angezweifelt, sollte nicht verkürzt werden **Überarbeitung von RKI-Empfehlungen und Dokumenten** • FG37 überarbeitet Empfehlungen zu KoNa Management, daran	FG37

	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 *ToDo: Überprüfung von Dokumenten in der ruhigen Sommerzeit, betrifft die, die FF für die diversen Dokumente haben* • Projektgruppe Wissenschaftskommunikation, im Krisenstab vertreten durch [redacted], kann auch über Dokumente gucken (z.B. zur Sprachvereinfachung)	
9	**Labordiagnostik** **ZBS1** • 721 Proben erhalten, davon 27 (<4%) positiv, rückläufig **Diagnostik Papier** • 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 *ToDo: Anpassung und Fertigstellung des Diagnostik Papiers durch ZBS1 und FG17*	FG17/ZBS1/ IBBS
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen •	
12	**Surveillance** **ICD-10 Kodierung** • 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	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** [redacted]	FG32 Präs/alle
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • 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 • [redacted] • Wegen u.a. Urlaub ist die Personaldecke aktuell dünn und die Arbeitsbelastung für die verbleibenden MA hoch	FG32
15	**Wichtige Termine**	alle

	• Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 13.07.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

316 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-11-06.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- ZBS
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]

- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Protokoll
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  ○ Über Ca. 48,2 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,6%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ unverändert, Reihenfolge verändert;
	  ○ Top3: USA, Indien, Frankreich;
	  ○ Auf Platz 10 liegt Deutschland;
	  ○ rückläufig sind nur Indien und Brasilien;
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ 83 Länder auf der Liste über 50/100.000 Ew.
	  ○ Seit Mi Änderungen: Jersey, Peru;
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  ○ Finnland letzter unter 50
	  ○ Alle anderen EU/EWR/UK/CH Staaten >50 Fälle/100.000 Ew.;
	• Zusammenfassung und News
	  ○ China ab heute neue Einreisebestimmungen: Bei Einreise aus mehreren Ländern (u.a. Deutschland) muss negativer PCR- und Antikörper-Test vorliegen (dürfen nicht älter als 2 Tage sein);
	  ○ Viele in Europa haben die Maßnahmen in der letzten Woche verschärft;
	  ○ Dänemark: Alle Nerze (15-17 M) werden wegen SARS-CoV-2 Ausbrüchen mit Mutationen im Spike Protein notgeschlachtet. Bisher wurden die Nerz-Virusvarianten in 12 Personen in Jütland nachgewiesen; vorläufige Ergebnisse zeigen, dass diese Variante sich nicht im gleichen Maße durch Antikörper hemmen lässt; Als Maßnahme: lockdown in Nordjütland;
	  ▪ Zwischenbericht zur Einschätzung der Virusvariante in den dänischen Nerzen: Bisher kein belastbarer Hinweis, dass ein zukünftiger Impfstoff bei dieser Variante nicht wirken könnte; Der Kontakt mit den dänischen Kollegen wird aufgenommen, um wichtige Details zu besprechen;
	  ▪ Des Weiteren wird [redacted] über seine Netzwerke mit China Kontakt aufnehmen, um zu erfahren welche
		ZIG1 [redacted]
		
		FG17 [redacted]
		
		FG36 [redacted]

Erfahrungen beim Eindämmen von Ausbrüchen in Nerzfarmen besteht;

National

FG38 [redacted]

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - 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
    - 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
    - Neue Kategorie mit Inz. Über 250 Fällen/100.000 Ew.

FG34 [redacted]

- Update zur Serologische Untersuchung von Blutspenden auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 (SeBluCo; Folien hier)
- Hintergrund: Über gutes bundesweites Netzwerk des RKI mit Blutspendeeinrichtungen konnten schnell serologische Daten zur Abschätzung der Durchseuchung mit SARS-CoV-2 erfolgen;
- Projekt:
  - 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
  - Positive Proben werden im Plaque-Reduktions-Neutralisationstest (PRNT) untersucht
  - PRNT wird entweder im Konsiliarlabor oder in der med. Virologe der Universität Frankfurt nach gleichem Protokoll durchgeführt
  - Weitere Antikörperuntersuchungen möglich (z.B. weitere EIAs, Luminex)
  - Daten zu den Proben: Geburtsjahr, Geschlecht, 3stellige PLZ
- 13 Blutspendeeinrichtungen, in 28 Regionen in Dtl.:
  - gute Abdeckung; außer Saarland alle BL vertreten
- Population:
  - knapp 50T Proben analysiert:
  - Peak in jüngeren Spendern um 25-jährigen und bei 52-jährigen;
- Kernergebnisse:
  - Ges.-Präv. (adjustiert) 1,35% (95%CI: 1,22-1,49%);
  - ohne Adjustierung liegt Präv. bei 1,8%;
  - Anteil der neutraliserten AK hat über die Zeit zugenommen;

	▪ Es wird daran gearbeitet wie alle effektiven AK ausgewiesen werden können; • Verteilung nach Alter u Geschlecht ▪ Männer sind sign. häufiger betroffen als Frauen (1,66% vs. 0,96%); • Verteilung nach Region: ▪ unten rechts Spitzenreiter: Bayern; niedrigsten Präv. in Görlitz Dresden (Cave: Daten nicht ganz aktuell); • Trend über Zeit: ▪ AK-Präv hat abgenommen; asymptomatische Gesunde werden getestet, denn jeder Spender kann erst 4 Wo. Nach einem Infekt spenden; • Diskussionspunkte: ▪ möglicher Bias durch Konvenienz-Sample; ▪ Erkrankungsschwere nicht erhoben und schwer betroffene sehr wahrscheinlich nicht unter Spendern; ▪ Unsicherheit bei der Testung, haben rechnerische dafür kontrolliert; ▪ wenig ältere Personen; • Weitere Planung: ▪ pos. Proben mit anderen Methoden nachtesten; ▪ Bev.-bezug durch PLZ möglich; ▪ Prüfen, ob Daten für Modellierungen geeignet sind; ▪ Antrag zur Fortsetzung der Studie bis April 2021 gestellt; ▪ In Dänemark vergleichbare Studie. Leider bisher nur auf Dänisch veröffentlicht, Kontakt zu Dänen ist hergestellt	
2	**Internationales (nur freitags)** • Präsentation zu rapid review on contact tracing policies; snapshot (Folien hier) • How it was done: ▪ still work in progress (=snap shot) ▪ searched databases with broad search terms ▪ inclusion criteria: - the impact/ effect of contact tracing on any epidemiological measure, - the implementation/ process of contact tracing, or - the acceptability of contact tracing. • Inclusion of 104 studies • Snapshot of the evidence – statistical studies: very few studies; full lockdown: includes e.g. Spain, Italy; mobile tracing: China, Korea; best paper was Kendall et al.; Quality of these papers is very low, so careful interpretation of the evidence; • Snapshot of the evidence - simulation studies: some elements of success of contact tracing interventions; Bi-directional contact tracing: in Japan and Singapore; • Hintergrund dieser Auswertung: [redacted] hatte diesen Review angeregt als OECD-Daten vorgestellt wurden, um internationale Erfahrungen zu sammeln: Contact tracing ist relevant!	ZIG2 [redacted] ZIG [redacted]

	• Definition von contact tracing muss berücksichtigt werden • Herzlichen Dank für diese Auswertung;	FG37 Präs
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Keine Themen zu besprechen **Presse** • Bitte um Disclaimer für R-Werte im Lagebericht	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Auf der Website veröffentlichten neuen Testkriterien erzeugen durch eine Formulierung viele Nachfragen; • Einigung auf eine Umformulierung, damit Aussage klarer wird; *ToDo:* [redacted] *macht Formulierungsvorschlag, schickt diesen herum*	Präs
8	**Dokumente** • Freitags werden Mobilitätsdaten über P4 geliefert;	FG34 [redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Keine Folien: Viel Work in progress • Impfsurveillance: Datenschutz über Bundesdruckerei überlegt, aber sehr kurzfristig alles; • Evaluation der Impfsicherheit in Diskussion mit dem PEI; • Kommunikation erfolgt über eine kleine Steuerungsgruppe unter Mitarbeit BMG, BZgA, FG33 [redacted] • STIKO Sitzung vom 04.-05.11.20: Gemeinsame Publikation mit Leopoldina; STIKO Bereitet erste Impfempfehlung für Mitte Dez. vor. Bekommen parallel von Herstellern Daten der Studien; • Herzlichen Dank • Anmerkungen: Wenn es möglich ist, Unterstützung über externe Dienstleister einbinden (z.B. Bundesdruckerei oder Accenture);	FG33 [redacted] Präs
10	**Labordiagnostik**	FG17

	• Sensitivität des Sentinel:
	  ○ Letzten 4 Wo.: 174 Einsendung: 8 SARSCoV pos; 2 positive pro Wo.;
	  ○ 83 Proben waren Rhinovirus positiv;
	  ○ Sind zzt. unter der durchschnittlichen Einsendung im Vergleich zu den Vorjahren;
	  ○ Motivieren Einsender Proben ans RKI zu geben;
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• 23% der Einsendung pos.; KOMO- Briefeinsendung 650 Proben; 2% pos.; insgesamt 20 positive; Antigen-Tests: PEI schickt BMG heute Validierungsstudie mit
	• Weltweite Produktion der Point-of-Care-Tests, inkl. Antigen-Tests, werden sehr wahrscheinlich Produktionsengpässe haben
		[redacted]
		FG37 [redacted]
		FG38 [redacted]
		ZBS1 [redacted]

11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	• Verlegung von 4 Pat. aus Frankreich nach NRW erfolgt nä. Wo; Anfrage für 30 weitere Pat. danach aufzunehmen schon eingegangen;
	  ○ 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;
		IBBS [redacted]

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	FG36
13	**Surveillance** • [redacted]	FG37 [redacted]

14	**Transport und Grenzübergangsstellen**
	• Digitale Einreisemeldung startet offiziell am 08.11.;
	  ○ 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
	• ICC AOKpass;
	  ○ Diese Kollaboration stellt in einer App einen QR-Code-Pass aus, wenn man vor dem Flug von einem akkreditierten
		FG38 [redacted]
		Präs
		FG38 [redacted]

	Labor/Klinik einen negativen Test innerhalb von wenigen Tagen fliegen will. ○ 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	**Information aus dem Lagezentrum** • Int. Komm. ist weniger Belastet, mehr Personal entlastet;	FG38 [redacted]
16	**Wichtige Termine** • ÖGD-Digitalisierung Tag: Von ÖGD, für ÖGD: RKI dabei • Mo. Treffen u.a. mit [redacted] auch zur KoNa	Präs
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 09.11.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

318 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-11-09.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
  - [redacted]
- FG 32/38
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]

- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• **Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)**
	  ○ 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:
	  ○ Top3: USA, Frankreich, Indien
	  ○ Auf Platz 9 liegt Deutschland
	  ○ Rückläufiger Trend in Tschechien (Platz 10)
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ 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
	  ○ 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):**
	  ○ WHO hat dazu ein Rapid Risk Assenssment (vertraulich) erstellt; es gibt eine Risikobewertung des Staten 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 [redacted]

	○ 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 • **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier): ○ 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 ▪ 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 ▪ 15 LK mit >250 Fällen/100.000 Ew. ▪ nur noch 7 LK unter 25<100.000 Ew. • Diskussion: Sprachregelung zum Umgang mit zurückgehenden Zahlen vorhanden? Liegt das an den geänderten Testkriterien? • Sprachregelung sollte vorbereitet werden, jedoch zusammen mit dem in Kraft treten des neuen Gesetzesentwurfes.	FG32 [redacted]

	• Ist der Rückgang der Fallzahlen auf veränderte 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. • 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. *TODO Testzahlen vorab für die Krisenstabsitzung am Mittwoch vorbereiten [redacted] [ID 2175]* *TODO [redacted] bereitet Analyse zu Symptomen für Mittwoch vor. [ID 2176]* • **Corona-KiTa-Studie** • Grippe Web: jüngste Altersgruppe bleibt in KW 43/44 konstant; in allen anderen AG jahresübliches Niveau; geschätzt ca. 500.000 ARE in jüngster AG • Meldung in KW 45 noch vorläufig (Meldeverzug): weiterer Anstieg bei 15-20-Jährigen • Ausbrüche in KiTa's: 30 neue Ausbrüche in KW 44/45 im Median 3 Fälle je Ausbruch; • 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. • 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 Fallzahlanstiegs in den GÄ dokumentiert.	FG36 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • CWA: es fanden Vorstellungsgespräche für eine CWA Koordinationsstelle in der letzten Woche statt	FG 21 [redacted]

	○ Viele Labore und GA konnten in die CWA eingebunden werden. ○ 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 • Datenspende App: Ergebnisse aus App wurden in den Lagebericht integriert und werden nun jeden Donnerstag veröffentlicht. ○ 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 • 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 *TODO: Flußschema der CWA prüfen und ggf. an neue Testkriterien anpassen/aktualisieren [ID 2177]*	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Besteht Änderungsbedarf an der aktuellen Risikobewertung? • 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 [redacted] übernommen werden; [redacted] hält mit [redacted] zu dem Thema Rücksprache und meldet sich anschließend bei [redacted] • Die Textpassagen zu den Intensivpatienten sollten in der nächsten Krisenstabsitzung geprüft werden. Handelt es sich bei den DIVI Angaben tatsächlich um betreibbare	Alle

	Betten (inkl. Personal)? Laut DIVI ja, allerdings kann sich die Auffassung je Krankenhaus unterschieden. Eine gewisse Unschärfe ist daher bei den Angaben nicht auszuschließen. Es wird bei DIVI aktuell eine einheitliche Definition entwickelt. *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]* *TODO: Prüfung der Textpassagen zu Intensivpatienten (FF Krisenstab) [ID 2179]* • **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? ○ Dieser Verzug sollte in die Modellierungen eingearbeitet und dafür korrigiert werden. Dies sollte auch in die Limitationen der Modellierungen aufgenommen werden. [redacted] schlägt einen entsprechenden Text u.a. für den Lagebericht bis morgen Mittag vor. *TODO: Textvorschlag für Lagebericht zu Erweiterung der Limitationen für die Modellierung des R-Wertes [redacted]. [ID 2182]*	FG34 [redacted]
5	**Kommunikation** • BZgA: Dank an RKI für die schnelle Beantwortung der Fragen zu FFP2 Masken ○ 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. Ärztehotline sind gerade überlastet. Ein Entwurf einer Orientierungshilfe wurde im Krisenstab geprüft. Diese Orientierungshilfe sollte	BZgA [redacted]

	noch grafisch aufbereitet werden. Dazu stand P1 in Kontakt mit FG36, FF Fr. Antao *TODO: Lagezentrum soll prüfen wie der aktuelle Stand der grafischen Aufbereitung ist* • [redacted] • 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.	Pressestelle [redacted] FG 14 [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • nicht anwesend	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • nicht besprochen **b) RKI-intern** • nicht besprochen	Alle
8	**Dokumente** • Online seit Sonntag: Digitale Einreiseanmeldung (DEA), Regelungen für Einreisende nach Deutschland im Zusammenhang mit COVID-19 (siehe auch https://www.einreiseanmeldung.de/) • Am RKI wurde eine Clearing Stelle dafür eingerichtet, für die [redacted] 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.	FG32 [redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
10	**Labordiagnostik**	FG14

	• 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. • In der KW 45 wurden bei ZBS 1.840 Proben von GA untersucht, davon 403 positiv. Zusätzlich wurden ca. 1.400 Como Proben mit vereinzelten positiven untersucht. Die Untersuchung ist noch nicht ganz abgeschlossen, da viele Proben erst am Wochenende eingetroffen sind.	[redacted] ZBS1 [redacted]
11	**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.	IBBS [redacted]
12	**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.	Alle FG37 Abt.1 [redacted]
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**: siehe aktuelle Lage	FG32 FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine** • [redacted]	Alle

320 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-11-11.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- FG12
- FG14
- FG17
- FG21
- FG32
- FG36
- FG37
- FG 38
- Presse
- IBBS
- BZgA
- P4

- [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- MF1
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  ○ Über 50 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,48 %)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ 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
	  ○ 83 Länder auf der Liste über 50/100.000 Ew.;
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  ○ 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
	  ○ Afrika: 2,3 % der neuen Fälle und 3,9 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tage
	  ▪ 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
	  ▪ 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
	  ▪ China hat aus Deutschland (Bremen) importiertes Schweinefleisch aus Auslöser für neuen SARS-CoV-2-Fall in Tianjin ausgemacht
	  ▪ 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.
		ZIG1 [redacted]

	○ Europa: weiterhin starke Zunahme neuer Fälle. 51,1% der neuen Fälle und 46,7 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen ▪ 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. **National** • **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 ▪ In meisten BL derzeit auf Plateau *To Do: Ggf. morgen im Lagebericht auf mögliches Plateau eingehen* ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 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	FG32 [redacted]

	○ 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 *To Do: Ggf. auch Anteil Symptomatischer darstellen* ○ [redacted] ○ Referenzdaten zum Vorjahr bspw. bezüglich Übersterblichkeit erwünscht, Daten jedoch ca. 4-wöchiger Verzug ○ Cave: Selektions-Bias (Kapazitätsgrenze: vornehmlich Symptomatische getestet) *To Do: Bitte um Vorbereitung o.g. Daten*	FG 36 [redacted] BZgA [redacted]
	• **Syndromische Surveillance** (Folien hier) ○ 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 Nivea 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	FG 36 [redacted]
	• **Testkapazität und Testungen** (Folien hier) ○ Anzahl der Testungen und Positivenanteile pro Woche – Positivenanteil bundesweit über 7,5 %, Kurvenanstieg flacht jedoch derzeit ab ○ Testverzug nach BuLa: Tage des Zeitverzuges zwischen Pobennahme und Labortest: vielfach 0 Tage Verzug, Bayern sehr stabil, SH wenig belastet, jedoch tendenziell leichte Zunahme, ggf. Anzeichen für Probenrückstau	FG 37 [redacted]

	○ 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 zunehmende Anteile wie zu Beginn der Pandemie ○ 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 zugrundliegenden Daten werden als Excel Datei in einem bearbeiteten Format zum download auf der Webseite zur Verfügung gestellt ○ Diskussion: • 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 [redacted]: rund 2 Mio Pflegebedürftige ab 65 Jahren werden zuhause versorgt, rund 760.000 vollstationär in Pflegeheimen) *To Do: Bitte an [redacted] um mögliche differenzierte Analyse- oder Darstellungsmöglichkeit hinsichtlich letzter beider Punkte* *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.)*	Leitung [redacted] **Kommentiert [SD1]:** [redacted]
	• **Erfassung der SARS-CoV-2 Testzahlen und -Kapazitäten** (Folien hier) ○ Datenquellen: deutschlandweit, freiwillige Angabe der Labore → KEINE Vollerfassung ○ keine detaillierten / regionalen Auswertungen oder Vergleiche mit gemeldeten Fallzahlen möglich ○ 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	Abt. 3 [redacted]

	○ Konsentierte 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): ▪ 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 [redacted] Presse [redacted]
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) ○ 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 *To do: Bitte um Finalisierung und Weiterleitung an Webmaster* **b) RKI-intern** • Nicht besprochen *ToDo: Themenpunkt Strategiefragen für* [redacted]	FG 36 [redacted]
8	**Dokumente** • Besucherkonzept, Projekt des Pflegebeauftragten • Broschüre zum Konzept in Altersheimen –Sammlung von „best practice“-Beispielen, RKI gibt Experten-Input *To Do: Zusammenarbeit von FG 14 und 37 zur Fertigstellung der Broschüre zu Anfang Dezember* *To Do: Bitte um Klärung bisheriger Kommunikationsverläufe dazu zwischen AG Testen bzw. BMG und ggf. RKI*	FG 37 [redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
10	**Labordiagnostik** • 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 *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*	FG17 [redacted] FG 36 [redacted]

Kommentiert [SD2]: [redacted] wieder geöffnet

Kommentiert [SD3]:

Kommentiert [SD4]: [redacted]

	Forschungsschwerpunkt Sequenzierung/BI-Pipeline/ Vorstellung neues Online Tool Tool1 – CovPipe: SARS-COV-2 Genome Reconstruction Pipeline • Ressourcen-schonend, reproduzierbar, transferierbar, automatisiert und zeiteffizient (48 Proben – ca. 5.5 min) • Human read exclusion • Automated negative control handling: automatisches Warn-system 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 Tool2 – SARS-CoV-2 Spike Protein Analysis • Kollaboration: HPI (Hasso Plattner Institut) - [redacted] de.NBI (Serverkapizität) • 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	MF1 (Fuchs)

11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	DIVI Intensivregister
	• Darstellung kumulativer Anzahl an COVID-19-Fällen nach Meldezeitpunkt inkl. Neuzugänge und Abgänge:
	  ○ Absolute Anzahl der Fälle zum 10.11.20202 mit ca. 3.000 deutlich über Stand April mit ca. 2.800
	  ○ 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)
		MF4
		[redacted]

	• 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 Prognosetool ITS-Betten SPoCK • Wöchentliche Prognosemodellierung (versch. Datenquellen) • Derzeit: bei Projektion in nächste Wochen hinein im Bundes-durchschnitt 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 konkreter Maßnahmen (bspw. zeitliche Verlegung elektiver Eingriffe), die zu Kapazitätsanstiegen führen können • Kann ggf. für Lagebericht aktuell generiert werden • Deutlich steigender Informationsbedarf zu Webseminaren und Beratungsleistung seitens Fachpersonal	IBBS [redacted]
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen (nur montags)	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen (nur freitags)	
15	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen (nur freitags)	
16	**Wichtige Termine** • Freitag: TelKo Länderkoordinatoren von Testkapazitäten, Moderation BMG • Freitag: TelKo zur Abverlegung von Patienten – Frage der Kontagiosität, auch aufgrund schwerer Verläufe, Relevanz des Laborstandards /des Ct-Wertes *To Do: Bitte um Austausch zu Entlassungskriterien im Vorfeld*	Abt. 1 [redacted]
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 13.11.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

322 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-11-13.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - [redacted]
- ZIG
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1

- [redacted]
- P4
- BZgA

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  ○ Über 52 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,5 %)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ USA, Frankreich, Indien, Italien, Polen, GB, Russische Förderation, Spanien, Deutschland, Brasilien;
	  ○ Alle Länder aufsteigenden Trend, außer Indien, Spanien, Brasilien;
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  ○ 81 Länder auf der Liste über 50/100.000 Ew.;
	  ○ Veränderung zu Mittwoch: Nicht mehr gelistet sind Peru und Malediven;
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  ○ Wie schon am Mittwoch: einzigen Länder <50 Fällen sind Island und Finnland;
	  ○ Alle anderen EU/EWR/UK/CH Staaten >50 Fälle/100.000 Ew.;
	• Zusammenfassung und News
	  ○ Europa: weiterhin starke Zunahme neuer Fälle (leichter Rückgang zu Mittwoch): 49,8% der weltweit neuen Fälle und 24,1 % der weltweiten Todesfälle der vergangenen 7 Tagen;
	  ○ Afrika: 2,3% der neuen Fälle und 3,6% der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen;
	  ▪ Top 5 Ländern (neue Fälle in den letzten 7 Tagen): Marokko, Südafrika, Tunesien, Libyen, Kenia;
	  ○ Amerika: 32,0% der neuen Fälle und 52,1% der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen;
	  ▪ Top 5 Ländern (neue Fälle in den letzten 7 Tagen): Vereinigte Staaten, Brasilien, Argentinien, Kolumbien, Mexiko;
	  ▪ 72% der neuen Fälle und 36% der der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen in Amerika aus der USA gemeldet;
	  ○ Asien: 15,9% der neuen Fälle und 20,0% der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen;
	  ▪ Top 5 Ländern (neue Fälle in den letzten 7 Tagen): Indien, Iran, Jordanien, Indonesien, Irak;
	  ○ Ozeanien: 0,08% der neuen Fälle und 0,08% der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen
	• Nachfragen:
		ZIG1 [redacted]

	○ Warum Inzidenz für Deutschland in ECDC-Daten deutlich höher als in unseren Daten? ZIG1 klärt dies und berichtet am Montag dazu.	Präs
	ToDo: ZIG1 klärt die Abweichung der Inzidenz für Deutschland zwischen RKI und ECDC Daten. Am kommenden Montag Ergebnis dazu.	
	National	
	• **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien hier)	
	• SurvNet übermittelt: 751.095 bestätigte Fälle (+23.542), davon 12.200 (1,6 %) Todesfälle (+218), 7-Tages-Inzidenz 140,4/100.000 Ew.;	FG32 [redacted]
	○ R-Wert deutlich unter 1 ○ ITS nimmt weiter deutlich zu ○ 4-Tage-R=0,79; 7-Tage-R=0,93 (12.11.2020)	
	• 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ○ Anstieg nicht mehr ganz so steil ○ Scheint sich auf hohem Niveau zu stabilisieren ○ Berlin heute oben; Bremen zeigt fortführenden Abstieg;	
	• Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ○ 32 LK mit 7-T.-Inz. <50 Fällen/100.000 Ew.; ○ Im Süden und Westen meisten Fälle; ○ 18 LK haben 7-T.-Inz. In der höchsten Kategorie (>250-500);	
	• Anzahl der SARS-CoV-2 Testungen (Stand 10.11.2020, 12:00 Uhr) ○ KW45: Positivenquote 7,9%	
	• Differenz Inzidenz zur Vorwoche aller LK (Stand KW45) ○ 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) ○ Wie vorherige Folie als Säulen-Diagramm	
	• Nachfragen: ○ 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: ▪ Bis 29.10. zeigte sich ein linearer Anstieg; genau danach flachte dieser ab; ▪ Diese Ergebnisse decken sich mit jenen des Mobility Report von [redacted] ▪ 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;	FG17 [redacted] FG38 [redacted] Präs

	▪ 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 umgesetzte 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 transmission übergehen? *ToDo:* *-FG36 [redacted] passen die FAQ zur Teststrategie an, damit deutlich wird, dass aktuelle Anpassung kein Strategiewechsel ist;* *-Bitte am Montag Wechsel zum community transmission auf die Agenda nehmen;*	FG36 [redacted] FG32 [redacted] FG38 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] •	FG38 [redacted] FG37 [redacted]
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • Neu und in telefonischer Beratung viel angefragt ist die Unterstützung bei Suizidalen; Dies auf der Website zur Psychischen Gesundheit; • 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; **Presse** • Gestern sind überarbeitete FAQ, ans LZ geschickt worden; Bitte um schnelle Rückmeldung dazu;	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Schulschließungen:	

	Sind oben schon diskutiert worden (s. Top 1 Nationale Lage); Mehr Infos/Daten sammeln über die angefragten Tableaus; **b) RKI-intern** • ECDC Falldefinition, Ag Teste: Wird unter Top 12: Surveillance besprochen; • Quarantänekürzung: o In AGI wurde eine Kürzung der Quarantäne diskutiert; o Anfrage beim Krisenstab, ob dies unterstützt wird; o Aktuelle Quarantäne-Regelung: Bei Einreise aus Risikogebiet: 10 Tage Quarantäne; bei KP1: 14 Tage Quarantäne; o AGI schlägt eine Vereinheitlichung der Quarantäne-Dauer auf allg. 10 Tage vor; o Viel Diskussion, da wenig wissenschaftliche Evidenz zu den Folgen einer Verkürzung der Quarantäne gegenüber dem Wunsch die Compliance der Bevölkerung nicht zu verlieren; o Fazit: Zunächst keine Einigung auf Verkürzung; *ToDo:* *-Quarantänekürzung auf die Agenda für Montag.* *- Diskussion zu Schulschließungen auf die Agenda für Montag*	FG38 [redacted] Alle
7	**Dokumente** • Dokumente: Orientierungshilfe zum Kontaktpersonen Management in der Herbst- und Wintersaison 2020/21 (Dokument hier) o Ziele: Effiziente Unterbrechung v. Infektionsketten, schnelle Erkennung und Isolierung von Fällen; Ausbreitung im Zusammenhang mit Risikogruppen oder med. Personal verhindern o Triage, heißt Entscheidung, Einordnung o Diskussion: Begriff_ Triage ungünstig; statt Triage, Bewertung und Entscheidung o Bürger Info über BZgA und Dieses Dokument für GA-Mitarbeiter mit Vorkenntnissen *ToDo: Wieler gibt das Dokument frei, wird veröffentlicht*	FG 36 [redacted] Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** • 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;	FG33 [redacted]

	• 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 [redacted] 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	
9	**Labordiagnostik** • Virol. Surv, 239 Proben in der vergangen Woche untersucht • Reduktion der Testung für GA sind nicht mehr Leistbar. Meisten GÄ haben Verständnis	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Umgang mit Einreisenden, die bestätigte SARS-CoV-2 Fälle waren (Genesende) (Mail vom 12.11.2020 15:44) o Genesene müssen nicht mehr in Quarantäne jedoch ihre Symptome selber beobachten; aber gilt dies auch für Genesene bei Einreise aus Risikogebieten? o 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 *ToDo: Text wird vorbereitet von FG38; unterstützt durch* [redacted] *Zustimmung Abt.1;*	Alle FG38 [redacted]
12	**Surveillance** • Vorschlag des ECDC zu einer aktualisierte Falldefinition, die auch die Antigentests aufnimmt. o 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 o keine Kommentare ans ECDC schicken, weil keine Probleme damit o zweites Papier zur Validierung der Ag-Tests; entspricht im Grunde dem RKI Papier *ToDo: FG32 macht Entwurf für Anpassung der Falldefinition* [redacted]	FG36/32 [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen**	

	• DEA: aktueller Stand, FF an [redacted] ○ Funktioniert bei vielen gar nicht, dauert bis dies operativ ist Danke an Leitung für den Einsatz, dass [redacted] FF hat	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Zur Erinnerung: Antworten auf Erlasse werden aus dem LZ verschickt und die Antwortenden NICHT cc genommen, ID bleibt in Betreff; ○ [redacted]	FG38
15	**Wichtige Termine**	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 16.11.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

324 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-11-16.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG21
  -
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG34
  -
  -
  -
- FG36
  -
  -
  -
- FG37
  -
- FG 38
  -
  -
- IBBS
  -
- MF1
  -
- P1
  -
- Presse
  -
  -

- [redacted]
- ZBS1
- ZIG1
- BZgA

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  ○ Ca. 52 Mio. Fälle und ca. 1,3 Mio. Verstorbene (2,46%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  ○ Reihenfolge verändert, an erster Stelle Vereinigte Staaten, dann Indien, Italien, Frankreich. Brasilien ist von Platz 10 wieder auf Platz 5 gestiegen. Dann Großbritannien, Polen, Russland, Deutschland und Spanien.
	  ○ In 4 Ländern ist der Trend sinkend: Indien, Frankreich, Russland und Spanien.
	• 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner
	  ○ Nicht mehr in der Liste ist Botswana, hinzugekommen sind die Falkland Inseln (Amerika) und Israel (Asien).
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  ○ In allen Ländern Inzidenz >50, außer in Island und Finnland.
	• Zusammenfassung und News
	  ○ Afrika: Top 5 Länder nicht verändert
	  ○ Amerika: nicht verändert
	  ○ Asien:
	  ▪ Am Wochenende wurden in 3 chinesischen Städten Coronaviren auf aus Brasilien, Bolivien, Neuseeland und Argentinien importiertem Rindfleisch und dessen Verpackungen gefunden. 115 Personen, die mit den Verpackungen in Kontakt waren, wurden negativ getestet.
	  ○ Europa:
	  ▪ 45% der neuen Fälle und 46% der Todesfälle
	  ▪ Top 5 Länder sind Italien, Frankreich, Großbritannien, Polen und Russland.
	  ▪ In Griechenland wurde SARS-CoV-2 in Nerzen gefunden. Damit ist Griechenland das 7. Land (nach Niederlanden, Dänemark, Spanien, USA, Italien und Schweden), das SARS-CoV-2 in Nerzen gefunden hat.
	  ▪ Polen hat bisher keine Ausbrüche in Nerzfarmen gemeldet.
	  ○ Ozeanien:
	  ▪ 0,06% der neuen Fälle, aber Alarmbereitschaft wegen Zunahme der Fälle
	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
		ZIG1 [redacted]

	○ SurvNet übermittelt: 801.327 (+10.824), davon 12.547 (1,6%) Todesfälle (+62), 7-Tage-Inzidenz 143,3/100.000 Einw. ▪ 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 ▪ 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 ▪ 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.	FG32 [redacted]
	• Bewertung der aktuellen Fallzahlen (erschöpfte GA-/Laborkapazität? Meldeverzug? Echter Rückgang?); Mail 16.11.2020; 10:55 Uhr an nCoV-Lage ○ 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. ○ 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. *ToDo: Mitnahme dieses Punktes in AG Diagnostik,* [redacted] ○ 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.	Alle
	• R-Wert (Abbildung hier) ○ In den letzten Wochen wurde das Geschehen eher unterschätzt, in letzten beiden Tagen leicht überschätzt, deshalb leicht nach unten korrigiert.	FG34 [redacted]
	• Heat-Map zur Differenz der Inzidenzen (hier) ○ Vergleich nach BL ▪ 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.	FG34 [redacted]

	○ Ab KW44 Start Lockdown light: Was geschieht in den Folgewochen? ▪ LK mit hohen 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?	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • CWA ○ 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? ▪ 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 [redacted] um Mehrwert zu errechnen. Noch wird überlegt, wie das am besten abgeschätzt werden kann. • Projekt digitale Einreiseanmeldung (https://einreiseanmeldung.de/#/) ○ 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. *ToDo: Nächste Woche kurze Vorstellung des Projekts*	ZIG1 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht verändert	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA**	BZgA

	• Wird ab nächster Woche Kontakttagebuch zur Verfügung stellen, als pdf-Version zum Download und als gedruckte Version zum Bestellen. **Presse** • Evtl. soll am Donnerstag ein Pressebriefing stattfinden, in dem das Schulthema aufgegriffen wird. • 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 in einen Kontext gesetzt. Die Kampagne beginnt Anfang Dezember und läuft voraussichtlich bis Februar. • Ist geplant die BZgA zu beteiligen? Nach Absprache mit dem Ministerium wird sich [redacted] direkt mit der BZgA in Verbindung setzen.	Presse P1 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Anfrage zum Wechsel in WHO situation report von cluster zu community transmission o Wäre ein Wechsel zu community transmission sinnvoll? o Kriterien: ▪ 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. o Wie machen das die anderen Länder? Es sollte das gleiche Maß wie in den anderen Ländern verwendet werden. o 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. • [redacted] o [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted]	FG38 [redacted] Alle VPräs [redacted]

	▪ 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. ▪ [redacted] 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. o SORMAS und DEMIS (Nr. 9; S. 9); ▪ Ist so nicht umsetzbar und schwächt unser System, keine unmittelbaren Handlungsfolgen.	FG37 FG38
	b) RKI-intern • Quarantänekürzung; Frage des Ministers zur Quarantäneverkürzung auf 10 Tage durch Ag-Test am Tag 10; Vorstellung aktuelles Modell von Max von Kleist o Tool: CovidStrategyCalculator wurde erstellt. Das Dokument wird heute Abend auf einem Preprint Server (MedRxiv?) hochgeladen und auf der RKI-Seite verlinkt. o Berücksichtigt Personengruppe (Kontaktpersonen, Reisende), Quarantänezeit, Isolierungsstrategien und Tests (PCR oder Antigentest) und berechnet Wahrscheinlichkeit infektiös zu sein, das finale Risiko sowie die Risikoreduktion der Maßnahmen. Auch Prävalenzschätzung ist möglich. o Wurde mit verfügbaren Daten validiert. o Ein Antigentest an Tag 10 führt zu in etwa der gleichen Risikoreduktion wie eine 14-tägige Quarantäne ohne Test, wenn Antigentests sensitiv genug sind. o Wie misst man Sensitivität? Die Tests von Abbott und Roche wurden mit klinischen Proben evaluiert. o 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	VPräs [redacted] MF1 [redacted]

	○ 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 Kontaktpersonen-managements. Aufgabe des RKI ist es fachliche Hintergründe darzulegen, das BMG kann eine Verordnung daraus machen. ○ [redacted] ○ In einem EpidBull Artikel zur Quarantänedauer wird beschrieben, unter welchen Bedingungen eine Quarantäneverkürzung möglich ist. *ToDo: Überprüfung und Überarbeitung des EpidBull Artikels, FF FG36* *ToDo: In Vorschlag vom Freitag zum Kontaktpersonenmanagement wird in die Definition zur Quarantäne: 14 Tage nach letztem Kontakt, alternativ 10 Tage + Test aufgenommen.*	
7	**Dokumente** • Anpassung FAQ zur Teststrategie (Vorschlag hier) ○ Der Umformulierung der FAQ wurde zugestimmt.	Alle FG36 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • ZBS1 ○ Auf Mittwoch verschoben • Virologische Surveillance ○ Von 185 Proben wurden in den letzten 2 Wochen 67 pos. auf Rhinoviren getestet; 1 auf Parainfluenza und 11 auf	FG17 [redacted]

	SARS-CoV-2. 5 der 11 Proben waren von Kindern und Jugendlichen. o Es fand eine TK mit Dänemark zu SARS-CoV-2 bei Nerzen statt. Ein Isolat wird ans RKI geschickt werden.	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Entisolierung nach ITS (Vorschlag hier) o Es besteht der Wunsch aus den Intensivstationen nach einer klaren Definition der Entlasskriterien, wann entisoliert werden kann. o 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 Symptomfreiheit bei beatmeten Intensivpatienten schwer zu definieren. o Der aktuelle Standard ist vom Juli, nun scheint der richtige Zeitpunkt für eine Änderung zu sein. o [redacted] o Eine allgemeine Empfehlung elektive Operationen abzusetzen gibt es im Moment noch nicht, ist Entscheidung der KH.	IBBS / AL1 [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	Alle
12	**Surveillance** • Abweichung der Inzidenz für Deutschland zwischen RKI und ECDC Daten; Anfrage beim ECDC läuft o auf Mittwoch verschoben • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) o GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ Weiter unter Niveau des letzten Jahres o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Bei Kindern und Jugendlichen ist der Anteil übermittelter Fälle in fast allen Altersgruppen stabil. o Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ 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,	FG32 FG36 [redacted]

	Geschwister); nicht beschränkt auf Kita, Richtung nicht bekannt ○ Ausbrüche in Schulen ▪ 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.	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • Heute Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder • [redacted]	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 18.11.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

326 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-11-18.pdf

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 [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]

- [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- IBBS
- BZgA
- P1
- BMG

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle, Ausbreitung (Folien) o Ca. 55 Mio. Fälle und ca. 1,3 Mio. Verstorbene (2,41%) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Reihenfolge leicht verändert, an erster Stelle Vereinigte Staaten, dann Indien, Italien, Brasilien, Frankreich, Großbritannien, Russland, Polen, Deutschland und Spanien. o In 4 Ländern ist der Trend sinkend: Indien, Frankreich, Polen und Spanien. o 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner o Botswana wieder in der Liste, zudem hinzugekommen Malediven o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH o In allen Ländern Inzidenz >50, außer in Island und Finnland o Weiterhin viele Fälle in LUX, Österreich, Slowenien, Schweiz, Liechtenstein, Polen o Neuinfektionen in Europa leicht regredient • Zusammenfassung und News: o Weltweit steigende Fallzahlen, prozentuale Verteilung: Europa 44,8%, Amerika 38%, Asien 14,8%, Afrika 2,3%, Ozeanien 0,07% o 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)	ZIG 1/[redacted]

	○ Details zur Lage in Afrika: siehe nachgereichte Folien von ZIG (hier) **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien) ○ SurvNet übermittelt: 833.307 (+17.561), davon 13.119 (1,6%) Todesfälle (+305), 7-Tage-Inzidenz 139/100.000 Einw. ▪ 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 ▪ 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 ▪ Ca. 115.000 Fälle; 245 LK mit Inzidenz >100-250/100.000 Fälle und 21 LK mit Inzidenz >250-500/100.000 Fälle. ▪ 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 10-14jährgein ▪ Unterschied in Grund- und weiterführenden Schulen bei Inzidenzen? ○ *Diskussion zur Erweiterung der Maßnahmen und Entwicklung der Fallzahlen:* ▪ 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	FG 32 [redacted] alle

	begrenzte Laborkapazität zur „Stabilisierung“ der Fallzahlen beitragen *TODO: Daten der altersbezogenen Inzidenzen der Kinder und Jugendlichen weiter nach Subgruppen stratifizieren* [redacted]	FG 36/[redacted]
	○ Syndromische Surveillance (Folien) ○ 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 <60jährigen kein Anstieg mehr, aber bei 35-59jährigen deutlich erhöhtes Niveau, hier bereits Niveau von Frühjahr erreicht ○ 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	FG 37 [redacted] alle
	○ *Diskussion zu Inzidenzen bei Kindern und Jugendlichen sowie Maßnahmen an Schulen:* ○ Grundsätzlich ist Übertragung bei Kindern/Jugendlichen vergleichbar mit Situation bei Erwachsenen, kein Anhalt für geringere Betroffenheit von Kindern/Jugendlichen bis auf Kita/Grundschulkinder, 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?	

	○ [redacted] ○ [redacted] [redacted] ○ Testkapazität und Testungen (mittwochs Folien) ○ 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 ○ [redacted] ○ [redacted]	Abt. 3 [redacted]/alle [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** *TODO: bis Freitag Risikobewertung erneut anschauen so dass am Freitag diskutiert werden kann (alle)*	alle
5	**Kommunikation** • [redacted]	BZgA
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Effekt vorliegender Grundkrankheiten auf das Outcome von COVID-19 Erkrankungen (Folien) ○ 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 inhopital-mortality adjustiert für Komorbiditäten erhöht, ab 80. LJ deutlich erhöht ○ Daten werden STIKO hinsichtlich Impf-Priorisierung vorgestellt	FG 33/[redacted]

	○ Schwere der Herzinsuffizienz bzw. Einstellung des bestehenden Diabetes werden leider nicht in Primärdaten berücksichtigt	
7	**Dokumente** • KP-Management soll überarbeitet werden: Reduktion auf 10 Tage Quarantäne? ○ Muss erneut dem Ministerium vorgelegt werden und kommende Woche finalisiert werden *TODO: erneute Rücksprache mit BMG hinsichtlich Verkürzung der Quarantäne auf 10 Tage (Leitung)* • Gibt es noch Rückmeldungen zur „FAQ FFP2-Masken“? ○ „Grundsätzlich“ handelt es sich um Einwegmaterial, sollte mit aufgenommen werden	[redacted] [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** • 67 Einsendungen letzte Woche, davon 6 COVID-positiv, 14 Rhinoviren, alle anderen negativ, Rhinoviren rückläufig, ggf. Rhinoviren-Rückgang als Konsequenz der Maßnahmen zu interpretieren, seit Wochen kein Influenza-Nachweis, auch in der WHO-EURO Region wenige Influenza-Nachweise, mehr Probeneinsendungen wären wünschenswert • Diskrepanz zwischen hohem COVID-Positivenanteil und regredientem Rhinovirenpositivenanteil zu bemerken, vermutlich hinken COVID-Nachweise nach?	FG17/ [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Internationale Anfragen zur Verlegung von Patienten nach Dtld. haben sich erledigt, nationales Gremium für Verlegung von Patienten innerhalb Deutschlands tagt regelmäßig, Ansprechpartner Email-Adresse: [redacted] für internationale Lage, email-Adresse für nationale Lage: GMLZ für Koordinierung bzw. Fachgruppe COVRIIN für fachl. Beratung • In DIVI leider nach wie vor keine Differenzierung in wirklich betreibbare Betten vorgenommen *TODO: Optimierung des DIVI Registers hinsichtlich betreibbarer Betten ausstehend*	IBBS [redacted]/alle
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • entfallen	Alle
12	**Surveillance** • Abweichung der Inzidenz für Deutschland zwischen RKI und ECDC Daten; Ergebnis Anfrage beim ECDC ○ ECDC berechnet 7-Tagesinzidenz selbst nach einem anderen Algorithmus als RKI, RKI-Daten vermutlich etwas unterschätzt	FG32/ [redacted]

	TODO: bitte erneute Kontaktaufnahme mit ECDC und Bitte um Kohärenz zu unseren Daten [redacted] *und erneute Rückmeldung an BMG* • 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. • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • Expertenbeirat Influenza (Do 19.11.) • Austausch mit Frankreich (Fr 20.11. RKI ZIG Teilnehmer noch nicht klar), Teilnehmer aus AG Diagnostik ausstehend *TODO: Rücksprache mit* [redacted] *erbeten bezüglich ausstehenden Teilnehmers aus AG Diagnostik, um nicht allzu viele verschiedene Leute einzubinden* [redacted]	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 20.11.2020, 11:00	

328 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-11-20.pdf

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:	[redacted] *Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  -
- BMG
  -

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Fälle, Ausbreitung (Folien hier): >56,3 Mio. Fälle weltweit, >1,3 Mio. verstorbene (2,4%)
	  ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage
	  ▪ Tendenz zunehmend: USA, Italien, Brasilien, Russland und GB zunehmend
	  ▪ Tendenz sinkend: Indien, Frankreich, Polen, Deutschland, Spanien
	  ○ 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw.
	  ▪ Aktuell 82 Länder
	  ▪ Seit Anfang Oktober auch Anstieg in Afrika, dort werden Fallzahlen nun auch von nordafrikanischen Ländern getrieben (vorher v.a. Südafrika)
	  ▪ 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
	  ▪ 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
	  ▪ 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
		ZIG1

- Zentraler Bestandteil Strategie ist eine App, 45% der Bevölkerung nutzt sie (in DE 27%) und sie wird aktiv auch für die KoNa genutzt
- 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
- 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
    - Südkorea: 2015 MERS-CoV → Umstrukturierung von Notaufnahmen, Maßnahmen zum Gesundheitsschutz
    - Taiwan: 2002-3 SARS

- Zusammenfassung
  - Afrika: Anstieg, aktuell v.a. in nordafrikanischer Region
  - Europa: weiter größter Anteil neuer Fälle und Todesfälle
- Diskussion
  - 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 verpflichten 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

	○ RKI Stärke: nicht politisches Mandat (oder Kommunikation), sondern Schaffung wissenschaftlicher Grundlagen, RKI muss sich auf Evidenz berufen ○ RKI sollte Modelle entwickeln von denen etwas abgeleitet werden kann (bis mehr Zahlen verfügbar sind)? *ToDo: ZIG1 Vorstellen der Teststrategie in Finnland* **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 879.564 (+23.648), davon 13.630 (1,5%) Todesfälle (+260), 7-Tage-Inzidenz 139/100.000 Einw., Reff=0,98, 7T Reff=1,05 ○ Heute erneut ein Top-Wert, deutlich mehr als gestern und etwas mehr als letzte Woche (evtl. noch stets Plateau?) ○ 1% der Bevölkerung wurden bereits als bestätigt registriert ○ 3.588 Fälle auf Intensivstation ○ 7-Tages-Inzidenzen ▪ Plateaubildung, deutlicher Abfall in Bremen lag auch an technischen Problemen ▪ 10 Kreise mit Inzidenz >300/100.000 ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen ▪ Nicht erheblich höher als Durchschnitt letzter Jahre ▪ Nachmeldungen noch möglich ▪ Anders als in manchen europäischen Ländern, z.B. Belgien im 3. Mortality Peak ▪ In Finnland wie Deutschland keine sichtbare Exzessmortalität, in DEU ggf. auch wegen BL mit niedrigen Zahlen **Diskussion** • Effektivität von Maßnahmen – messbar? ○ Vergleich von Maßnahmen (inkl. Schnelligkeit) und Effekt auf BL- oder noch besser Kreisebene wäre wünschenswert, um Unterschiede auszuwerten und zur Evidenzerschaffung die transparent dargelegt werden könnte ○ RKI hat gewisse Daten auf Kreisebene, aber das Geschehen ist multifaktoriell und unterliegt einer Vielzahl von Einflussfaktoren (nicht nur verordneten Maßnahmen) ○ Außerdem ist Umsetzung von Maßnahmen sehr heterogen und unterscheidet sich auf lokaler Ebene erheblich, außerdem werden diese nicht systematisch erfasst ○ LK/SK und sogar einzelne Stadtteile unterscheiden sich sehr bezüglich der sozioökonomischen Struktur (gestern im Expertenbeirat diskutiert) ○ 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	FG32/FG38 Alle

- Zielwerte
  - 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 Lebenseinschränkungen und trotzdem keinen Inzidenzanstieg, manche Länder schaffen das (Finnland)
  - Maßnahmen sollten stark hochfahren, wenn Zahlen steigen
- StopptCOVID-Studie
  - Läuft seit einem Monat mit zwei Teilprojekten:
  - [redacted]
- Schulen
  - 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
  - [redacted] hat test-trace-and-isolate (TTI) Kipppunkte definiert, jenseits derer Kontrollverlust eintritt (hier): es wird beschrieben, ab wann Kapazität der GA überschritten wird jedoch kein Zahlenwert genannt
  - Könnte kein Zahlenwert definiert werden?
  - [redacted] und [redacted] 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) • Fachliche Einschätzung mehrerer Publikationen zu AK bei Kindern und Jugendlichen [redacted] (Folien hier) ○ Zur Frage der Antikörper (Ak) Kreuzreaktivität zwischen endemischen Coronaviren HCoV und SARS-CoV-2 gibt es 4 Studien: ○ 1. Science Paper (Ng KW et al., Science 2020): ▪ 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: ▪ 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 dabei?) ○ 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)	FG12

	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	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Heute kein Änderungsbedarf oder Formulierungsvorschlag	
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] **Presse** • Es gibt viele Fragen zu folgenden Themen, sollten diese in Lagebericht aufgenommen werden?	BZgA Presse

	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	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**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 Verschoben **Einreisequarantäne** (Text hier) • Abgestimmter Textvorschlag ○ Zusammenfassend wird bei Personen mit nachgewiesener Infektion von einer partiellen Immunität ausgegangen, ohne spezifisch auf den Zustand der Personen einzugehen ○ Im Text steht: Selbstmonitoring soll erfolgen, sofortige Selbstisolation und Testung bei Symptomen, da es zu Infektion und Erkrankung kommen kann ○ Unterschied ist, dass Person und KP nicht in Quarantäne gehen • Diskussion ○ Nach durchgemachter SARS-CoV-2 Infektion und nach jetzigem Kenntnisstand haben Personen eine protektive Immunität, d.h. sie werden bei Reinfektion nicht so krank	Alle FG36/FG38

	○ Es gibt keine Evidenz für eine „sterilising immunity“, bei schon einmal infizierten Personen vermehrt sich das Virus mit großer Wahrscheinlichkeit noch stets in der Nasopharynx und die Person ist eventuell noch ansteckend → vulnerable Gruppen können noch stets angesteckt werden ○ Re-exponierte sollten nicht mehr in Quarantäne, Rationale: Virusausscheidung ist dann nicht so lang und nicht so heftig (ähnlich asymptomatisch erkrankter) ○ Kritischer Punkt sollte noch für medizinischen Bereich (KP III) herausgearbeitet werden, da dies weitreichende Folgen für Einsatz von Personal hat • Fertigstellung durch FG36, FG37, FG17 sprechen sich ab • Labornachweis ○ Welcher internationale Molekular-Nachweis genügt, sollte dies noch spezifiziert werden? ○ Nutzung der Länderliste von akzeptierten Laboren als Grundlage? ○ Ja, das ist das was das BMG sich gewünscht hat *ToDo: FG36, FG37, FG17 stimmen Text gemeinsam ab* **Strategie Fallzahlen Maßnahmen** (fortgesetzt von oben Lage National) • Bei mehr Erkrankungen mehr Übertragungen, deswegen müssen daran Maßnahmen verknüpft werden • Nicht ganz klar, welche Maßnahmen die Regierung aktuell hieran verknüpft ○ Massenveranstaltungen z.B. werden während des aktuellen Lockdowns auch in großem Umfang (mehrere tausend Personen, ohne Möglichkeit der Einhaltung von Hygienekonzepten) weiterhin zugelassen → Verbot von Massenveranstaltungen ist erwiesenermaßen die wirksamste Maßnahme (s. ZIGs OECD-Analyse), ein einheitliches Vorgehen sollte angegangen werden ○ Bei Jugendlichen (~15-20 jährige, Differenzierungen können noch diskutiert werden) gibt es deutlich sichtbaren Anstieg in Übertragungszahlen, Wechselunterricht (Präsenz- und digitale Alternativen im Wechsel, Einsatz von digitalen Medien) zu empfehlen/Empfehlung zu unterstützen, auch SchülerInnen in Quarantäne könnten hiervon profitieren ○ 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	Alle

	• Rechtsgrundlage wurde mit Streichung 7.4 entzogen (?) • Wie kann dies alles an die entscheidenden Stellen kommuniziert werden? • [redacted] • [redacted] • Eventuell auch breitere Kommunikation EpiBull Artikel, Thema aktuelle Lockdown Situation und kritische Punkte **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** **Presseinformation DGEpi - Stellungnahme zur Pandemiekontrolle im Winter** • Surveillance und Abt 3 könnten die geplanten Indikatoren überprüfen um zu gucken, was tatsächlich davon umgesetzt werden kann? • AG Teststrategie soll sich hierum kümmern *ToDo: AG Teststrategie Untersuchung und ggf. Vorbereitung einer Stellungnahme* [redacted] • [redacted] • Wir wissen nicht, wie viele Antigen-Nachweise gemacht werden • Information zum Testgrund steht Laboren nicht zur Verfügung, diese erhalten Testanfragen ohne Begründung • Testgrund könnte ggf. auf Bitte durch 1-2 Labore erfragt werden, ist aber ressourcenintensiv und im Alltag nicht möglich • Erfragung der Anzahl verkaufter Antigentests? Wäre als indirekte Messung eventuell interessant • Über ARS werden Antigen-Tests in Großlaboren erfasst, auch, ob Bestätigung durch PCR im gleichen Labor stattfindet • [redacted]	FG38/VPräs/ alle VPräs/alle
9	**Update Impfung (nur freitags)** • Nicht besprochen	

10	**Labordiagnostik**
	• FG17
	  ○ 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
	• ZBS1: GA schicken zum ersten Mal weniger Proben diese Woche, Erhalt von mehr Studienproben (Coala, CoMoLo, como…?), Zeitplan für weitere Evaluierung soll festgelegt werden
		FG17
		
		ZBS1

11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen, ggf. Bericht zu DEA am Montag	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 23.11.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

330 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-11-23.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
- FG17
- FG21
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
- FG36
- FG37
- FG 38
- IBBS
- P1

- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  -
- ZIG1
  -
- BZgA
  -

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Fälle, Ausbreitung (Folien hier)
	  o Ca. 58 Mio. Fälle und > 1,3 Mio. Verstorbene (2,4%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage
	  o Top 10 Länder sind gleichgeblieben.
	  o Frankreich hat vom 4. auf den 6. Platz gewechselt. Polen und Großbritannien haben Plätze getauscht.
	  o Einen aufsteigenden Trend verzeichnen die Vereinigten Staaten, Brasilien und die Russische Föderation.
	  o Bei den anderen Ländern ist der Trend aktuell abnehmend.
	• 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner
	  o 81 Länder überschreiten den Schwellenwert.
	  o Neu hinzugekommen sind Belize und die Turks und Caicos Inseln (Amerika).
	  o In Nordafrika nimmt die Anzahl der Fälle zu.
	  o Chile und die Falklandinseln sind nicht mehr Teil der Liste.
	  o In Asien ist der Trend vor allem in Jordanien und Palästina stark ansteigend.
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  o Keine großen Veränderungen
	• Zusammenfassung und News
	  o Amerika
	  ▪ USA und Brasilien weiterhin Anstieg der tägl. Neuinfektionen
	  ▪ Mexiko hat Schwellenwert von 100.000 Todesfälle überschritten.
	  o Asien/EMRO
	  ▪ In Indien leichter Rückgang der Neuinfektionen
	  ▪ Erneuter Anstieg in Japan und Südkorea
	  ▪ Anstieg der Neuinfektionen in WHO Region EMRO; folge von verfrühten Lockerungsmaßnahmen, wenig Akzeptanz der Maßnahmen
	  o Europa
	  ▪ 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
		ZIG1
		[redacted]

	• Vorschlag: in Europakarte Inzidenzen farblich stärker variieren, als höchste Kategorie nicht nur >50 Fälle ausweisen.
	• Anpassung der Musterquarantäneverordnung:
	  ○ 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.
	
	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  ○ 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
	  ▪ Bleibt bei Plateau, kein merklicher Rückgang
	  ▪ In einzelnen BL leichter Anstieg oder Abstieg
	  ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
	  ▪ 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 wie auch im Westen am Grenzverkehr?
	  ○ Nur noch bei 1,4% der Fälle ist der Expositionsort im Ausland (geringer Anteil am Gesamtinfektionsgeschehen).
	  ○ Könnten bei der starken Betroffenheit von Pflege-einrichtungen z.B. in Sachsen Berufspendler in medizinische Einrichtungen eine Rolle spielen?
	• Es fällt auf, dass es in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen entgegen dem Trend keine Abnahme der Fälle gibt.
	  ○ Bisher gibt es hierzu keine Rückmeldung aus den BL, [redacted] wird nachfragen.
	  ○ Die Fallzahlen in diesen BL waren bisher niedrig. Vielleicht hinkt das Verhalten der Bevölkerung deshalb etwas hinterher.
	  ○ [redacted]
		ZIG [redacted]
		
		FG32 [redacted]

2	**Internationales (nur freitags)** • 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.	ZIG [redacted]

	• ECDC plant ab Dezember nur noch einmal pro Woche Daten zu veröffentlichen (an welchem Tag ist noch unklar).
	  ○ 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.	

3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Auf Mittwoch verschoben	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • 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. • 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.	BZgA [redacted] Presse [redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	• Beschluss-Entwurf des MPK-Vorsitzlandes (hier); und deren Auswirkung auf Empfehlungen und Flussdiagramm
	  ○ Quarantänezeit kann bei Durchführung eines Tests verkürzt werden, soll am 01.12. verkündet werden.
	ToDo: Anpassung der Dokumente
	  ○ 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.
	  ▪ 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.
	  ▪ [redacted]
		VPräs / Alle

Kommentiert [SM1]: [redacted]

	[redacted] ▪ Das Tool von [redacted] kann berechnen, welch größeres Risiko durch eine verkürzte Quarantäne zu erwarten ist. Es wurde in der letzten Woche auf einem Preprint-Server publiziert und vom RKI getwittert, ab 23.11.2020 ist es auch von der COVID-Website des RKI verlinkt. o Beschränkung auf 5 Personen aus 2 Haushalten ▪ 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. [redacted] wird einen Satz hierzu vorformulieren. **b) RKI-intern** • Massentests in Gesamtbevölkerung oder bestimmten LK o Diese Frage wird wieder aufs RKI zukommen, deshalb sollen Massentests basierend auf den neuen Erkenntnissen aus Südtirol und Tschechien nochmal neu bewertet werden. o Es gibt von heute Morgen bereits eine Aufgabe von [redacted] 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. Reihen-testungen in bestimmten Risikokonstellationen sind jedoch nicht das gleiche wie Massentests. o Die Frage ist, wie sinnvoll ist es, die ganze Bevölkerung oder ab einer bestimmten Inzidenz einen ganzen Landkreis zu testen. o Was sind die Ergebnisse z.B. aus Südtirol? Was ist das additional value? Gibt es einen Zusatznutzen für die Steuerung von Maßnahmen? o 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. o Antigentests wurden an symptomatischen und nicht an asymptomatischen Patienten validiert. Auch hier kommen jedoch immer mehr Daten dazu. o Es darf nicht vergessen werden, dass es sich um selbst-selektierte Tests handelt und nicht um Zwangstests. o 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 Stichprobe. o Unerwünschte Wirkungen von Massentests sind das Zusammenbringung vieler Menschen an einem Ort und eine möglicherweise falsche Sicherheit nach negativem Test.	VPräs / Alle

	ToDo: Bewertung von Massentests, [redacted]: Erläuterung des Grundprinzips; [redacted]: Kontaktaufnahme mit Italienern; ZBS1: Güte der Tests ○ Längerfristig werden sicher auch Selbsttests nochmal Thema werden.	
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • ZBS1 ○ 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? • Virologische Surveillance ○ 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? ▪ 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.	ZBS1 [redacted] FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) ○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ In allen Altersgruppen unter jahreszeitlichem Durchschnitt, abnehmende Tendenz. ○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Plateaubildung bzw. Rückgang	FG36 [redacted]

	▪ Anteil der Jugendlichen bleibt überproportional. ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ 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 ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: Erarbeiten eines Entwurfs in einer Arbeitsgruppe bestehend aus Abt. 3, FG36, FG38, [redacted]. Besprechung des Entwurfs im Krisenstab Ende dieser oder Anfang nächster Woche.*	FG38
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • 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.	FG38 [redacted]

	• 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	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • 25.11.2020: Kanzlerin und MPK Vorstellung weiterer Maßnahmen für die Wintermonate	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 25.11.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

332 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-11-25.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung (entschuldigt)
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS

- [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) ○ Ca. 59 Mio. Fälle und > 1,4 Mio. Verstorbene (2,4%) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage ○ Top 10 Länder relativ unverändert. ○ Iran hat Spanien (nun Platz 13) abgelöst. ○ Abnehmend Italien, Frankreich Polen, ○ Zunehmend USA, Indien, Iran, Afrika starker Zuwachs, ○ Frankreich hat auf den 7. Platz gewechselt. Polen und Großbritannien haben Plätze getauscht. ○ 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner ○ 81 Länder überschreiten den Schwellenwert. ○ Chile wieder hinzu und Botswana dazugekommen ○ In Nordafrika nimmt die Anzahl der Fälle zu. ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH ○ Keine großen Veränderungen • ECDC Modellierung: Aktualisierung November ○ Modelliert werden Fallzahlentwicklungen unter verschiedenen Annahmen wie Weiterführung der Maßnahmen vom November bis 25. Dezember und verschiedenen Annahmen zu Kontaktbeschränkungen, bspw. Kontaktbeschränkungen wie im April, Rückgang Fälle um >50%, ebenfalls Rückgang der Hospitalisierungen, ○ Weitere Szenarien zur Annahme Lockerung der Maßnahmen, gezeigt am Bsp. Frankreich und Deutschland, Wiederanstieg der Fälle wird modelliert, bspw. Maßnahmen um den 7. Dezember gelockert, Wiederanstieg schon um Weihnachten, Maßnahmen erst gegen Ende Dezember gelockert, Wiederanstieg erst im Januar, • *Diskussion:* ○ Modellierung nur begrenzt aussagekräftig für Deutschland,	ZIG1 [redacted]

	○ nach Weihnachten ist ggf. ein 3. Anstieg zu erwarten, der möglicherweise wieder höher ausfallen könnte als zuvor; ○ Frage nach einer ähnlichen Projektion für Deutschland sinnvoll => ECDC zeigt schon die Begrenzung, Formulierung der Erwartungen und Annahmen ist schwierig und Auswirkungen schwer zu quantifizieren; ○ Limitation: Modellierung schaut auf die Maßnahmen ohne z.B. das Einhalten der Maßnahmen zu berücksichtigen, zusätzlich wird vor allem auf Fallzahlen geschaut, diese hängen aber von vielen Faktoren ab; ○ Scheu davor ggf. nicht völlig korrekte Vorhersagen zu machen sollte ggf. nicht abhalten ein „Was-Wäre-Wenn-Szenario“ zu entwerfen; ○ Hinweis zu Quarantäneregelungen, es gab vom OGV Münster ein aufhebendes Urteil in NRW dazu, ○ Es gibt weitere Überlegungen vom Inzidenzwert wegzugehen; 10 Tage Quarantäne für KP1 oder 7 Tage + negative PCR/negativer Antigentest, ○ Frage nach der Haltung von Deutschland zur Beschlussvorlage, Testkriterien und Quarantänedauer sind wahrscheinlich eher unkritisch, Beschlussvorlage wird so schnell wie möglich mit dem RKI geteilt und abgestimmt **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 961.320 (+18.633), davon 14.771 (1,9%) Todesfälle (+410) ○ 7-Tage-Inzidenz 140/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=0,76; 7-Tage-R=0,87 ○ ITS: 3.770 (+28), invasiv beatmet: 2.176 (+15) ○ Recht hohe Todesfallzahlen ○ Indifferente Lage, beatmete Patienten sind etwas runtergegangen ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ○ Bleibt bei Plateau, kein merklicher Rückgang ○ Es fiel auf, dass es in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen entgegen dem Trend keine Abnahme der Fälle gibt. ○ 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%	[redacted] FG32 [redacted]

	• *Diskussion:* ○ 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 ○ *Syndromische Surveillance*(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 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 ○ *Testkapazität und Testungen* (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 ○ *Diskussion:* ○ 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	[redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** ○	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ○	
4	**Aktuelle Risikobewertung**	

	○ 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 Darstellung ohne viel Interpretation im Lagebericht ○ 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 *ToDo:* Vorschlag für Risikobewertung wird von FG36 [redacted] 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	[redacted]
5	**Kommunikation** **Presse** ○ [redacted] ○ Anmerkung es gab auch schon früher kritische Anfragen aus diesem Verbund und wird bestimmt noch mehr geben	Presse
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ○ 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	[redacted] Alle

	○ Impfen ist auch auf Populationsebene zu sehen, aber nicht für alle Menschen ist dies gleich bedeutend und verständlich *ToDo:* Erstellung einer Textvorlage siehe Punkte zuvor, Sammlung bei FG 33, in Zusammenarbeit mit P1	
7	**Dokumente** ○ Dokumente zur Kontaktnachverfolgung (Dokument hier) ○ Überarbeitung und Aktualisierung der Dokumente zur Handreichung im medizinischen und Pflegekontext, aktualisiert optionale Handlungsempfehlungen zum Umgang bei medizinischem Personalmangel, KP3 rausgenommen sonst wenig Änderungen, Anpassung der aktuellen Formulierungen zur Quarantäne muss noch geschehen ○ 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 *ToDo:* Anpassung durch FG 37, Freitag Finalisierung durch Krisenstab ○ Aufgabe [redacted]ARS Daten: Besprechung Disclaimer für Lagebericht, siehe Punkte zu Testkapazität und Testungen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** ○ Nicht besprochen	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Aktualisierung der Entlass-Kriterien (Folien hier) ○ Änderung in Fußnote 2, zu Diagnostik, Testung und PCR-Befunden sowie Probenahme, Veröffentlichung geplant 26.11.	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ○ 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	**Surveillance** ○ Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**	FG38

	○ Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** ○ 25.11.2020: Kanzlerin und MPK Vorstellung weiterer Maßnahmen für die Wintermonate	Alle
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Freitag, 27.11.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

334 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-11-27.pdf

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:	[redacted]

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG21
  -
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG33
  -
- FG34
  -
- FG36
  -
  -
  -
  -
  -
- FG37
  -
- FG 38
  -
  -
  -
- IBBS
  -
- P1
  -
- Presse
  -

- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) ○ Ca. 60,5 Mio. Fälle und > 1,4 Mio. Verstorbene (2,35%) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage ○ Top 10 Länder: USA, Indien, Brasilien, Italien, Russland, Polen, Deutschland, Großbritannien, Frankreich und Iran. ○ zunehmende Trends in den USA, Indien, Brasilien und dem Iran (dort wurden Maßnahmen letzte Woche verschärft); abnehmende Trends in Italien, Großbritannien und Frankreich; Polen, Russland, und Deutschland mit eher abnehmenden Trends. ○ Der Fallverstorbenen-Anteil im Iran ist sehr hoch. ○ 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner ○ 80 Länder überschreiten den Schwellenwert. ○ Unveränderte Situation in Afrika, Amerika, Asien, Ozeanien. ○ In Europa ist die Türkei hinzugekommen; dies ist ggf. auf eine veränderte Berichterstattung der Fälle zurückzuführen, da zwischen Juli und November keine asymptomatischen Fälle berichtet wurde, jetzt dagegen wieder. ○ 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH ○ Europa weiterhin stark betroffen, 29 Länder haben eine 7-Tage-Inzidenz von >50/100.000 Ein. ○ Irlands 7-Tage-Inzidenz ist auf 43/100.000 Einwohner gesunken, Finnland und Island dagegen nähern sich einer 7-Tage-Inzidenz von 50/100.000 Einw. ○ Todesfälle in den letzten 7 Tagen ○ Besonders in Europa gibt viele stark betroffene Länder, darunter Bosnien-Herzegowina, Belgien, Polen, Tschechien etc. Auch der amerikanische Kontinent weist eher hohe Todeszahlen in den letzten 7 Tagen auf. ○ Zusammenfassung: ○ Amerika weist einen leicht höheren Anteil an neuen Fällen in den letzten 7 Tagen auf als Europa (42% zu 40%). ○ 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. **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.006.394 (+22.806), davon 15.586	ZIG1 FG32/38

	(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) ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum (ohne nachträgliche Korrektur): 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: ○ 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. ○ 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) ○ 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	FG37

	(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 weiterhin schwierig zu sein (Personal ggf. weniger gut ausgebildet, überlastet, schlechter ausgestattet). ○ 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. *To Do*: FG37 nimmt Anregungen auf und überlegt, welche Hebel noch genutzt werden können.	
2	**Internationales (nur freitags)** ○ 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. [redacted] ○ [redacted] ○ Die Umsetzung erfolgt ggf. bereits in der kommenden Woche,	ZIG

	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.	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ○ Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** Überarbeiteter Entwurf von FG 36 • Vertagt auf Montag	
5	**Kommunikation** **Presse** • Es gibt vermehrt Anfragen zur Vergleichbarkeit der Testzahlen. Da die Änderung der Testkriterien bereits einige Wochen zurückliegt, könnte ggf. der Hinweis angepasst werden. *To Do*: Formulierungsanpassung bis nächsten Mittwoch durch [redacted]	Presse
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** 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 ○ [redacted] ○ 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. **b) RKI-intern** Nicht besprochen.	
7	**Dokumente** ○ 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	**Update Impfen (nur freitags)**	

	Modellierung, Impfquotenerfassung (Folien hier) ○ Impfstoffentwicklung und Zulassung ○ 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 Markt in EU. ○ 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: ○ 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 / Impfintention / 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.	FG33

	○ 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. ○ Hinsichtlich der Impfquotenerfassung ist bekannt, dass einige Bundesländer (z.B. BY und RP) Alternativen im Rahmen eines Gesamtpakets suchen, in dem auch Einladungen und Impflogistik 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	**Labordiagnostik** ○ 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.	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Die in der vorherigen Sitzung besprochenen Änderungen wurden umgesetzt; die Veröffentlichungen sind für heute geplant.	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ○ 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	**Surveillance** ○ Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie und hosp. Fällen	FG36

	(Folien hier) ○ 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 Meldefälle 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. ○ 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. ○ Anpassung der Falldefinition (Entwurf hier) ○ 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. [redacted]	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ○ Laut eines Entwurfs neuer EASA/ECDC Empfehlungen zum	FG38

	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 Ort eingedämmt ist. ○ 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	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ 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	**Wichtige Termine** ○	Alle
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Montag, 30.11.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

336 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-11-30.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1

- [redacted]
- Presse
- ZBS1
- ZIG1

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) ○ >62 Millionen Fälle, fast 1,5 Millionen Todesfälle (2,33%), stabiler Fall-Verstorbenen-Anteil ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage ○ 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 ○ 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: ○ 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 ○ 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	ZIG1

	und sind nicht aus der 1. Welle raus. Erhöhte Übertragungen über die Feiertage und Ferien am Ende des Jahres erwartet. o 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…) o Frage nach dynamischem Grenzwert, es gibt dazu aber noch keine Entscheidung für heute **National** o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.053.869 (+11.169), 16.248 (1,5%) Verstorbene (+125), Zahlen weiter auf hohem Niveau o 7-Tage-Inzidenz 138/100.000 Einw. o 4-Tage-R=1,04; 7-Tage-R=0,91 o ITS (Datenstand 29.11.2020): 3.901 (+13), invasiv beatmet: 2.300 (-6) o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Rückgang auf geringem Niveau, Sachsen und Thüringen steigen weiter stark an, keine offiziellen Rückmeldungen dazu, o 2 Bundesländer mit <50 Fälle/100.000 EW, alle anderen drüber, viele zeigen ein Plateau, o LK mit 7-Tagesinzidenz >500 haben geringe Einwohnerzahl, o 1 LK ohne Fallübermittlung wegen technischer Probleme o *Anmerkungen/Fragen:* 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. o 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 o 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, o 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, o 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, o Pressebriefing könnte das nochmal aufgreifen, o Schulen sind eher nicht die treibenden Quellen und Schulschließungen würden die Lage wohl noch eher	FG32 FG36 FG37 FG38 Abt. 1 VPräs Präs

	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 Inzidenz in der Bevölkerung, dieser Zusammenhang sollte immer wieder betont werden, ○ 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, *ToDo*: 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 ○ Syndromische Surveillance (mittwochs) ○ Testkapazität und Testungen (mittwochs)	
2	**Internationales (nur freitags)** ○	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ○ 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,	FG21 [redacted]

	○ [redacted] 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,	
4	**Aktuelle Risikobewertung** Überarbeiteter Entwurf von FG 36 • 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 einmal daraufhin prüfen, • Aufnahme von Community-Transmission diskutiert, soll aber nicht rein, • Vorschlag wird herumgeschickt, Veröffentlichung morgen angestrebt • Frage kam auf woher die Pflegekräfte kommen und ob es dort Zusammenhänge gibt, ganze Geschäftsmodelle basieren auf osteuropäischem Personal, nicht nur in Heimen teils auch im privaten Pflegedienst in den Haushalten,	FG36
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Pressebriefing für Donnerstag in Vorbereitung, Angriff auf Internetseite in der Nacht zu Montag, konnte durch die Sicherheitsmaßnahen abgewendet werden, Maßnahmen werden daraufhin nochmal erhöht.	BZgA Presse
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Probenentnahme für Antigen-Schnelltests durch geschultes, nicht-medizinisches Personal • Anfragen und Dokumente mit dem Anliegen einer Ausnahme für Point-of-care-Teste in bestimmten Bereichen, Punkt wird teils in Papieren der Bundesregierung aufgegriffen und eine Ausweitung des Einsatzes von Antigentesten gesprochen, darauf stützen sich die Antragssteller, • Frage nach Freitestung für bspw. Veranstaltungen, wird nächstes Jahr sicherlich noch mehr werden. Inwiefern soll strategisch die Nutzung von Antigentestung aufgegriffen werden?	Alle Abt. 1 Abt. 3 VPräs FG24

	• Diskussion: Neue Testverordnung präzisiert bereits was unter qualifiziertem medizinischem Personal verstanden wird, RKI hat da keine Ausnahmegenehmigung zu erteilen, nicht Aufgabe des RKI • [redacted] • Schrittweise Ausweitung der nationale Teststrategie angefangen bei Lehrern wäre sinnvoll • Antigendiagnostik gibt den Menschen auch gewissen Handlungsspielraum und könnte gut für die Compliance und sinnvolle Ergänzung sein Modellierung „Towards a long-term control of COVID-19 at low case numbers" (verschoben auf Mittwoch) **b) RKI-intern** • Nicht besprochen.	
7	**Dokumente** ○ „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	Alle FG36 Präs VPräs Abt. 1
8	**Update Impfen (nur freitags)** ○	FG33
9	**Labordiagnostik** ○ 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,	FG17 ZBS1

	○ Zur Ausbruchsaufklärung 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	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Keine Updates	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ○ Keine Punkte	Alle
12	**Surveillance** ○ 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% (724/1.818) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt ○ 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	FG32 FG36
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 [redacted]	

338 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-12-02.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  -
- FG34
  -
- FG36
  -
  -
- FG37
  -
- FG 38
  -
  -
- IBBS
  -
  -
- Presse
  -

- [redacted]
- [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- Protokoll
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) ○ Ca. 63,2 Mio. Fälle und > 1,5 Mio. Verstorbene (2,3%) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage ○ Platz 1: USA ○ Italien und Russische Föderation haben Plätze gewechselt ○ Deutschland nun vor Polen ○ Erstmalig nicht mehr auf der Liste: Frankreich ○ Neu hinzugekommen: Ukraine ○ 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner ○ 79 Länder überschreiten den Schwellenwert ○ In Ozeanien nur Frz-Polynesien und Guam unverändert hoch ○ Neu hinzugekommen: Bermuda (Amerika) und Katar (Asien) ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH ○ 29 Länder + Schweiz ○ Nur Irland und Island unterschreiten 7T Inzidenzwert • ECDC Modellierung (Folie 4) weekly-epidemiological-update 1-december-2020 ○ Leichter Abwärtstrend ○ Indien verzeichnet wieder Anstieg neuer Fälle (+6% im Vergleich zur Vorwoche) ○ Japan dominierend in WPR ○ Italien: 184.000 neue Fälle in vergangenen 7T (-22%) ○ Russische Föderation: 179.000 neue Fälle in vergangenen 7T (+10%) • *Diskussion:* ○ Info zum afrikanischen Kontinent: Anstieg in drei Ländern sehr stark (Marokko, Kenia und Südafrika) – hier wird mit erhöhten Fallzahlen gerechnet – Grund dafür kann die Mobilität sein (jüngere Bevölkerung kehrt zu den Älteren zurück – eine zweite Welle wird dabei nicht benannt) ○ Info über Bestrebung (angeführt von Atlanta Quarantine Station) Quarantäne auf 7 Tage + Test zu verkürzen ○ WHO Regionaldirektor für Asien schildert Möglichkeiten zur Verbesserung der Response (länderspezifische Vorgehensweise)	FG 33 [redacted] ZIG [redacted] Präs Präs / FG 33 [redacted]

	ToDo: Bitte Konzepte aus Irland besorgen! (Wie werden dort Schulen offengehalten und geschützt?) ○ Großes Lob und Dankeschön an ZIG für die Darstellung der Internationalen Lage ○ Frage bezüglich des enormen Anstieges der Fallzahlen in Russland – Sputnik 5 Impfstoff ist hier zugelassen *ToDo: hier gilt es gut zu beobachten und weitere Infos für Transparenz zu erlangen*	FG 38 [redacted]
	National ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.084.743 (+17.270), davon 17.123 (1,6%) Todesfälle (+487) ○ 7-Tage-Inzidenz 136/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=0,84; 7-Tage-R=0,89 ○ ITS: 3.919 (-7), invasiv beatmet: 2.354 (+35) ○ Kein deutlicher Rückgang der hohen Fallzahlen ○ Besorgniserregende Entwicklung bei Todesfällen ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ○ Kein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ○ Sachsen: deutlicher Anstieg der Fallzahlen (sehr auffällig, da überall gleich geltende Maßnahmen) – weiterhin unklar ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ○ Hohe Inzidenzen in Westen, Süden und Sachsen ○ Inzidenz Alter: Einigung auf Darstellung nach 5 Jahres Altersgruppen, dabei ist 90+ die höchste Altersgruppe die ausgewiesen wird (Folie 4) ○ Besorgniserregende Inzidenzanstiegssprünge in hohen Altersgruppen ○ COVID-19 Fälle und Anteil der Verstorbenen sowie Anteil der Hospitalisierten und COVID-19 Fälle mit für COVID-19 relevanten Symptomen nach Meldewoche (Folie 6): Entschluss für graphische Aufarbeitung (auch im Lagebericht seit KW 48), leichter Rückgang der Fallzahlen (Vergleich KW 47 zu KW 48) ○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche: ▪ Anzahl der Todesfälle steigt weiterhin an ▪ Noch ist nicht das Niveau der 1. Welle erreicht, dies muss gut beobachtet werden	FG32 [redacted]
	• *Diskussion:* ○ Wie können wir gemeldete Zahlen überprüfen (Verzerrungsausschluss)? Gibt es eine Unterfassung bei Kindern? Sind Daten aus Heatmap aussagekräftig, spiegeln sie das aktuelle Bild wieder? ○ Verweis auf Meldesystem ○ Es gibt eine gewisse Untererfassung zwischen Faktor 2 und Faktor 6 ○ In Soep-Studien sind keine Kinder enthalten	Präs Abt. 3 [redacted] FG 24 [redacted]

		FG 36 [redacted]
	○ *Syndromische Surveillance* (Folien hier)*:* ○ Der Wert (gesamt) lag in der 48. KW 2020 bei knapp 1.000 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 Einwohner (Folie 4) ○ Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 830.000 Arzt-besuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen ○ Rückgang der SARI-Fallzahlen in allen älteren Altersgruppen (Folie 6) ○ die Altersgruppen der Kinder unter 15 Jahre immer noch niedriger als üblich um diese Jahreszeit ○ Alle Altersgruppen über 14 Jahre sind stark angestiegen ○ Altersgruppen 35-59 Jahre und 60-79 Jahre liegen deutlich höher als in den Vorsaisons ○ Anteil COVID-19 Patienten an SARI ist stabil geblieben, liegt aktuell bei 58 % (Folie 10) ○ Anteil COVID-SARI-Fälle (J09 – J22) (Folie 11) 60 Jahre und älter: hier sind 255 Fälle zu verzeichnen ○ Absolute Anzahl der COVID-19-Fälle mit SARI im Sentinel (Folie 13): 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) ○ Insgesamt ist das Bild aber ähnlich wie bei den eingeschränkten Daten, allerdings haben in dieser Darstellung (alle Fälle) die Fälle aus der Altersgruppe 35-59 Jahre weniger Gewicht ○ Insgesamt Stabilisierung in allen Altersgruppen, nur 80+ Kurve steigt weiterhin an, hier muss frühzeitig auf Signale geachtet werden, um diese Altersgruppe zu schützen ○ Systematische Untererfassung aufgrund telefonischer Krankschreibungen von einer Woche ? ○ Telefonische Konsultationen werden mitberücksichtigt	Präs FG 36 [redacted]
	○ *Testkapazität und Testungen* (Folien hier)*:* ○ Leichter Rückgang Anteil pos. Testungen (Folie 1) ○ Altersgruppe der >80-Jährigen deutlich höher (Folie 2) ○ Deutlicher Anstieg bei Anzahl der Testungen bei >80-Jährigen (Folie 3), 0-4-Jährige werden weniger getestet ○ Testverzug bleibt konstant (Folie 5) • *Diskussion:* ○ Anhand dieser Daten keine Untererfassung von Kindern erkennbar	FG 37 [redacted]
	○ *Testzahlerfassung am RKI* (Folien hier, Dokument hier) ○ Testzahlen und Positivenquote (Folie 1): ○ KW 45: 1,6 Mio Testungen, KW 48: 1,3 Mio Testungen ○ Anzahl der Testungen: -18 % ○ Anzahl der abgenommenen positiven Befunde: -3% ○ Abnahme der Positivenquote von 9,3 % auf 9,28 %	Abt. 3 [redacted]

	○ Keine massive Untererfassung ○ Probenrückstau: ertragbares Maß	
2	**Internationales (nur freitags)** ○	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ○	
4	**Aktuelle Risikobewertung** Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** ○ [redacted] **Presse** ○ Pressebriefing am Donnerstag, 03.12.2020 *ToDo: Bitte Grafik „7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche" (Folie 4 hier) morgen im Pressebriefing zeigen* ○ Hohes Aufkommen an Bürgeranfragen zur DEA	BZgA [redacted] Presse [redacted] Präs / FG 38 [redacted] Presse [redacted]
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 *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")*	FG 17 [redacted] FG 36 [redacted] FG 38 [redacted] FG 17 [redacted] FG 36 [redacted] VPräs

	○ Keine neuen Informationen bezüglich Nerz-Mutationen	FG 17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Deutlicher Anstieg ○ Telemedizin (Hub) der Charité verzeichnet noch nie dagewesene Auslastung ○ Bei Verlegungsdiskussionen unterstützen die RKI-Empfehlungen deutlich	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ○ 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 *ToDo: Bitte jegliche Informationen zur Quarantäneverkürzung sammeln*	Präs VPräs FG 38 [redacted] Abt. 3 [redacted] Präs
12	**Surveillance** ○ Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** ○ 03.12.2020 Pressebriefing ○ 05.12.2020 Townhall-Meeting BMG mit Minister Spahn	Präs
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Freitag, 04.12.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

340 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-12-04.pdf

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:	[redacted] *Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - [redacted]
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]

- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Fälle, Ausbreitung, Maßnahmen (Folien hier): gestern >64 Mio. Fälle, knapp 1,5 Mio. (2,3%) Todesfälle
	  ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage
	  ▪ 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
	  ▪ 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
	  ▪ 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”
	  ○ Schulschließungen in Österreich, Tschechien und Italien, offen in zahlreichen anderen europäischen Ländern trotz 2. Welle
	  ○ Interessante Zahlen
	  ▪ 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
		ZIG1

	▪ 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% o Fazit: Fälle in Schulen treiben das Infektionsgeschehen nicht maßgeblich voran • NEJM Publikation zu WHO Solidarity Trials (hier) neue Zwischenergebnisse, Fazit: → Remdesivir, Hydroxychloroquine, Lopinavir und Interferon-beta-1a kein/kleiner Effekt auf overall mortality, duration of hospital stay und initiation of ventilation • Zusammenfassung: Auf amerikanischem Kontinent keine Entspannung, in Europa teilweise stark rückläufiger Trend	
	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o 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 o Hohe Anzahl neu gemeldeter Fälle (Donnerstagszahlen) o Bei Besetzung von Intensivbetten nur langsamer Anstieg o Inzidenzen ▪ 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 o Sind in Thüringen die Screenings in Hildburghausen sichtbar? Eher nicht (nicht abschließend besprochen) o Altersgruppe über 80 ist überall stark betroffen auch wenn bei der Gesamtzahl der Fälle natürlich nicht so hoch o Geografische Verteilung ▪ 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 o Mortalität ▪ 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 Diskussion	FG32/FG38 Alle

- Langsamer Anstieg Intensivstationen – wie kann dieser begründet und wie soll vorgegangen werden? Situation in Krankenhäusern (KKH)
  - Mögliche Gründe
    - 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
    - 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
    - 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
    - Berliner Kliniken haben fast alle elektiven Eingriffe abgesagt
    - 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 Verstecktentwicklungen zu minimieren und offene Diskussion zu ermöglichen • ECDC RRA zu Festtagen am Jahresende (hier) o ECDC Einschätzung, dass Lockerung über Feiertage nicht zu empfehlen ist, primär 2 Vorschläge o *Vorquarantäne* vor den Feiertagen ▪ 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 o *Social bubbles* ▪ 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 o Beispiel aus England ▪ 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 o 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 ▪ Gewisser Anteil an sozialen Kontakten ist wichtig ▪ Nahe Bekannte/Verwandte werden als vertraut empfunden, AHA+L-Maßnahmen nicht so umgesetzt	VPräs/alle

	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) • Zusammenfassung: ○ 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 *ToDo: s.u. Zusammenfassung* 1. *LZ Aufgabe Bericht an BMG* 2. *P1 Risikokommunikation* 3. *LZ Aufgabe Überlegung zu (zusätzlichen) Empfehlungen für Feiertage*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Einsätze: kurze Nachfolgemission nach Namibia um regionale SARS-CoV-2-Testung zu etablieren • [redacted] • Internes Papier zu Reisen in Vorbereitung ○ Anfragen zur Rolle von Antigentestungen bei Einreise/Reise	ZIGL ZIGL/FG38

Kommentiert [SM1]: [redacted]

Kommentiert [SM2]: [redacted]

Kommentiert [SM3]: [redacted]

	○ Antigennachweise wurden viel diskutiert, sie beschreiben in einer Momentaufnahme Infektiosität und nicht die Infektion ○ Strategiediskussion, ob solcherart Nachweise erlaubt bzw. gefordert werden ○ [redacted] ○ ZIG4 erstellt zsm. mit anderen OEs ein Optionenpapier ○ 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 ○ 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 ○ [redacted] ○ 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 *ToDo: ZIG Entwurf des Optionpapiers unter Einbeziehung von FG38* [redacted]	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** **Fragestellung: Einstufung von „Cluster of cases“ auf „Community transmission“ (WHO Situation Report)?** • Ist mittlerweile Journalisten aufgefallen, sollte hochgestuft werden? • Wurde bisher nicht getan, da sich dies in der syndromischen Surveillance noch nicht so darstellt und aktuell der leichte Lockdown besteht	VPräs/alle

	• Krisenstabs-TN sind dafür, hochzustufen, fortgesetzte weitere Übertragungen trotz der Maßnahmen, Deutschland befindet sich auf einem mittleren Niveau der community transmission • [redacted] setzt dies über Datenübermittlung an WHO um	

5	**Kommunikation**
	BZgA
	• Nicht anwesend
	
	Presse
	• Neue Dashboard Darstellung
	  ○ Eingang von Rückmeldungen zum neuen Dashboard
	  ○ Positiv und negativ, wird generell als gut eingeschätzt da erfahrungsgemäß immer mehr negative als positive Kommentare eingehen
	  ○ Heute soll noch ein Disclaimer erstellt werden um die Änderungen zusammenzufassen
	• Jubiläum heute
	  ○ Zum 1.300. Mal COVID-19-Übersichtsseite aktualisiert
	  ○ Zum 500. Mal die Marginalspalte aktuelles
	• Nächste Woche Dienstag Pressekonferenz Corona-Monitoring lokal in Straubing
	
	Tätige in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern – Fokus Weihnachtsferien
	• Wertschätzung Migrant*innen in Pflege
	  ○ Gestern Länder-TK: in Deutschland sind mit 26% Migrant*innen überproportional in Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflege tätig
	  ○ Es gibt den Wunsch einer wertschätzenden Anerkennung dieser Gruppe, wenn möglich durch RKI Präs und/oder den Minister, in der klar gesagt wird, dass ohne sie die Versorgung zusammen-brechen würde
	  ○ Außerdem Wunsch nach Kommunikation, dass diese Weih-nachten Reisen insgesamt unterbleiben sollten → soll von Gruppe ergänzende Präventionsmaßahmen aufgenommen werden
	• Mehrsprachige Kommunikation
	  ○ RKI-Empfehlungen für Fachpersonal nur auf Deutsch verfügbar, Übersetzungen wären wünschenswert
	  ○ Es gibt Material, aber nicht speziell für in Einrichtungen Tätige, sollte mehr zugespitzt werden in dieser Richtung
	  ○ Übersetzung der RKI-Empfehlungen soll an BZgA herantragen werden
	  ○ [redacted] und [redacted] 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?
		Presse
		
		FG38

	○ 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 [redacted] 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	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Schulkonzept Irland** (Irischer Ansatz hier, RKI-Zusammenfassung hier) • 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 • Lüften wird nicht erwähnt • Konzept wurde bereits Ende Juli vor der Wiedereröffnung der Schuleinrichtungen veröffentlicht zsm. mit einem Protokoll für die Umsetzung • Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung sind sehr viel strenger • Wöchentliche Publikation der Ergebnisse der Massentestungen, geringere Transmission in Schulen und Bildungseinrichtungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung • 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 **High Level Meeting zu Safe schooling nächste Woche** • [redacted] 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 Infektions-ketten, wirkt offenhalten von Schulen entgegen) • [redacted] würde fachliche RKI-Einschätzung kommunizieren und RKI-Konzept mit gezielter Teststrategie vorstellen	ZIG1 FG36

	• Wie soll mit dem MP-Beschluss umgegangen werden? • Reaktive Anerkennung der Existenz des MP-Beschlusses, nähere Fragen hierzu können nicht beantwortet/interpretiert werden **Modellierung „Towards a long-term control of COVID-19 at low case numbers"** [redacted] (Folien hier) • Einschätzung durch [redacted] und [redacted] • Zusammenfassung o Grundidee des Papiers richtig und gut o KoNa stabilisiert die Kontrolle der Epidemie ist aber teilweise nur begrenzt vorhanden, solange gewisse Fallschwelle nicht überschritten wird, ist dies gut o Zahlreiche, willkürlich gesetzte Annahmen von Parametern die uns zum großen Teil nicht bekannt sind, Genauigkeit, die nicht messbar und unrealistisch ist wird vorgetäuscht o Verschiedene Zustände werden beschrieben, stabiler Zustand und Zustand mit Fallanstieg, wie dies quantitativ auszurechnen und -werten ist, ist nicht klar • Limitationen o 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 o Bei unbekannten Einzelwerten zu Parametern (z.B. infektiöse Kontakte) kann kein Durschnitt ermittelt werden o Kapazität der GA zur KoNa ist nicht konstant, hängt von der Anzahl der KP der einzelnen Fälle ab, Größe der Ausbruchsgeschehen, KoNa-Kapazität, Altersgruppen, Regionen, Erreichbarkeit → Bei realer Politikberatung sollte dies alles mit einbezogen werden, für eine Modellierung genügt dies vielleicht o 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 o Autoren machen Kostenabschätzungen zu strengem Lockdown der günstiger wäre, sehr schwer zu rechtfertigen auf Basis der aktuellen daten • Fazit o Wie Maßnahmen wirken können wir aktuell nicht prognostizieren, Maßnahmenpriorisierung kann erfolgen, quantitative Beschreibung der Wirkung von Maßnahmen aber nicht o Lösung ist entweder Eradikation oder gute Immunität • Einschätzung [redacted] (Folien hier) o Beschriebene Zustände auf deutsche Situation angewandt ▪ stable: HH, HB ▪ unstable: ST, BB, TH, SMN	FG34 FG37

	▪ 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 • Diskussion ○ 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, Interpretations-möglichkeit der Modellierung wird überbewertet ○ China: frühzeitig ein richtiger Schwerpunkt mit zahlreichen Containment Scouts auf Einwohner bezogen (6.000/10 Mio. Einwohner?), sehr guter Ansatz, über so etwas muss in der Zukunft nachgedacht werden ○ 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 ○ [redacted] **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Update Impfung (nur freitags)** • 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	FG33

	• STIKO-Sitzung gestern, Beschluss geht Montag in Stellungnahmeverfahren an Länder und Fachgesellschaften
	• 1. Priorität für Impfungen
	  ○ 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
	  ○ Biontech hat Tiefkühlschränke, die zur Verfügung gestellt werden können
	  ○ Geimpften Personen sollen weiterhin Hygienemaßnahmen einhalten
	  ○ Quarantänehandhabe 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
	  ○ 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
	
	Quantifizierung und Risikostratifizierung vulnerabler Gruppen für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf in der Bevölkerung (Folien hier)
	• Ziel: Überprüfung der Definition und Risikostratifizierung
	• Definition von zwei Gruppen
	  ○ Vulnerable Personen
	  ▪ Personen mit Vorerkrankungen
	  ▪ Person >65 Jahre
	  ▪ Hilfsbedürftige Personen >55 Jahre (wenig Impact in Endergebnis)
	  ○ Hochvulnerabel Personen mit
	  ▪ ≥65 oder
	  ▪ Diabetes
	  ▪ Chronische Nierenerkrankungen
	  ▪ Adipositas
	  ▪ Manche Erkrankungen sind in den Daten nicht vorhanden aber wahrscheinlich über Alter oder comordibity miterfasst
	• Ergebnisse
	  ○ Hauptvulnerable Gruppe 36 Mio., davon 21 Mio. hochvulnerable
		FG24

	○ 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? ○ Terminologie: Vereinbarung der Terminologie medizinische Disposition für schweren Verlauf aus biologischen Gründen = *Risikogruppen*, 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 ggf. als Limitation hierauf hingewiesen werden, um Unterschied zwischen agilen, fitten und stark pflegebedürftigen älteren Personen zu machen	
10	**Labordiagnostik** • FG17 Virologische Surveillance: 358 Einsendungen, 17 SARS-CoV-2 positiv, keine rückläufige Tendenz, 89 Rhinoviren, Einsendungen generell gestiegen • ZBS1 ○ 1.044 Einsendungen, 215 positiv (21%), Woche noch nicht zu ende, von 2.200 Proben aus CoMoLo sind 21 positiv ○ Panel für Antigenteste in Erstellung	FG17 ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** **EASA/ECDC Empfehlungen zur Testung und Quarantäne von Flugreisenden** • Bereits oben besprochen unter Internationales	FG38

15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 07.12.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

342 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-12-07.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
- FG21
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
- FG33
- FG36
- FG37
- FG 38
- IBBS
- P1
- Presse
- ZBS1

- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) ○ > 66 Millionen Fälle, > 1,5 Millionen Todesfälle (2,3 %) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage ○ Top 10 Länder: USA, Brasilien, Indien, Russland, Italien, Deutschland, Großbritannien, Ukraine, Iran und Polen ○ 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw. ○ 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 ○ Nur Island, Irland und Norwegen < 50; ○ COVID-19/Irland (Folie 5) ○ 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; Reff 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): • 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), Bewegung nur in einem Radius von fünf Kilometern vom Wohnort erlaubt; • Home-Office-Anordnung, Hochzeiten/Beerdigungen bis 25 Personen erlaubt, Schulen und Kindergärten weiterhin geöffnet https://www.gov.ie/en/publication/2dc71-level-5/ ○ Open Ireland (Folie 6): seit 30.11. schrittweise Öffnung	ZIG1 [redacted]

- 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) https://www.irishtimes.com/news/health/exiting-level-5-what-will-be-allowed-from-december-1st-1.4421214

- Zusammenfassung und News
  - 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

To Do: Bitte an [redacted], die Folien zu zirkulieren

- 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)
- 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

To Do 1: Konkretisierung dieser Maßnahmen als Abbildung im Strategiepaper mit Stufen/ Triggerpoints und als Handreichung für Entscheidungsträger; Federführung: FG36 [redacted] in Zusammenarbeit mit FG32 und FG37 [LZ: [redacted]

To Do 2: Kommunikation zu konkreten Empfehlungen; Federführung: P1 [redacted] in Zusammenarbeit mit zu bestimmendem Consultant Board (bspw. aus Universitäten oder des MPI > verhaltenswissenschaftlicher Input), in zweiter Instanz mit BMG und BZgA ([redacted]

	bietet Fachbeiratsexpertise zu Psychologie an) [LZ: [redacted]	FG32 [redacted]
	National ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 Fallzahlanstiegs in Sachsen von > 300/100.000 Einw. derzeit unklar ○ Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Thüringen ebenfalls deutlich angestiegen, Ursachenfindung ist indiziert *Anmerkungen/Fragen:* ○ 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) *To Do: Bitte an [redacted] 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]	
2	**Internationales (nur freitags)** ○	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ○ 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	FG21 [redacted]

	○ 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 ○ 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 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Änderungsbedarf	alle
5	**Kommunikation** **BZgA** [redacted] **Townhallmeeting** • Ca. 2.000 Fragen im Vorfeld eingereicht • Wiederholung im Januar geplant • Priorisierung von Impfungen wird Kernthematik werden und vermutlich Kontroversen hervorrufen	BZgA [redacted] Präs

	Presse • Viele Anfragen zu Impfung, Stellungnahme der Fachgesellschaften soll vor Veröffentlichung abgewartet werden • [redacted] **Social Bubbles** (Folien hier) • Präventionsbotschaften zu Weihnachten, daraus erklärende Grafiken zu Social Bubbles, textliche Erläuterung wird ergänzt, auch zu Kontaktpersonen • Informationen zur Vorquarantäne werden in gesonderter Grafik erstellt • [redacted] wird betreffende Personen der Abteilungen zwecks Feedback dazu persönlich ansprechen	Presse [redacted] P1 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Reisen** • Problempunkt bereits im Frühjahr und Sommer ersichtlich, betrifft innerdeutsche als auch Reisen ins Ausland (Abhängigkeit von Funktionsfähigkeit der Einreisekontrollen, Aktivitäten vor Ort etc.) • Es sollte deutlich werden, wo genau das Risiko bei Reisen besteht, um Nachfragen und scheinbare Inkonsistenzen zu vermeiden • Reisen sind fast ausnahmslos kontaktbezogen (Unterkunft, Essen, Aktivitäten) • Es sollte generell empfohlen werden, nicht zu reisen, vor allem vor dem Hintergrund der gemeinschaftlichen Anstrengung der Gesellschaft, Fallzahlen zu reduzieren und des Risikos einer Ausbreitung (cave bei Argumentation mit Risiko: starke Abhängigkeit von Pandemiesituation/-phase) • ECDC: sieht derzeit geringeres Risiko bei Reisenden, vulnerable Gruppen darunter weniger vertreten • Reisen sollten auch für andere Länder kein vermehrtes Risiko erzeugen, Eintrag muss vermieden werden (vor allem auch dann, wenn dort Fallzahlen mit sehr drastischen Maßnahmen gedrückt werden) • Ggf. Empfehlung zu Mobilität im In- und Ausland (Verhalten und Kontext, Rahmenbedingungen) aussprechen, Empfehlung momentan nicht mobil zu sein • ECDC: derzeitiger Stand, dass Reisende den lokalen Restriktionen entsprechend handeln sollten, hier ggf. sinnvoller: den jeweils striktesten Bedingungen des Herkunfts- und Destinationslandes entsprechen (cave: schwierig, da bspw. selbst innerdeutsch unterschiedliche Restriktionen) **Surveys UK** • British Household Panel: alle 2 Wochen 20.000 Haushalte serologisch und per PCR getestet > repräsentative Fallzahlen im zeitlichen Verlauf > Modellierungsgrundlage (Punktprävalenz und Inzidenz berechenbar)	Alle VPräs VPräs FG24 [redacted] FG36 [redacted]

	• Vergleichbares RKI-Gesundheitspanel dringend benötigt • Anlehnung an bereits etablierte Panels (bspw. Forsa, SeBluCo, Voxco, Grippeweb/GrippeWebPlus - nicht repräsentativ, da selbstrekrutiert, dennoch hochrelevant) > kurzfristiger Informationserhalt, aufgrund der Dringlichkeit Integration ggf. von Vorteil • Langfristig Errichtung eines adäquaten, RKI-basierten Panels, wie bereits seit langer Zeit gefordert *To Do: Bitte an [redacted], sich mit [redacted] und weiteren Personen aus Abt. 3 bis Ende der Woche zu geeignetem Instrument für möglichst repräsentative Longitudinalstudie (Eckpunkte eines Aufbaus eines solchen Panels, mögliche Anknüpfung an bereits bestehende Panels) auszustauschen* [LZ: [redacted] **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente** ○ 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: ○ vereinfachte Darstellung durch [redacted] auf Bundesebene: ▪ Wording von Genomäquivalenten zurück auf Ct-Werte ▪ Vorschlag, dass ein negativer PCR-Test ausreicht ▪ PCR-Test wird diesbezüglich dem AG-Nachweis gleichgestellt *ToDo: Bitte an IBBS um Klärung, ob eine solche Vereinfachung auch für uns möglich ist* ○ 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 *To Do: Bitte an [redacted], die inhaltliche Möglichkeit einer Vereinfachung zu überprüfen* ○ 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 *ToDo: Bitte um Weiterleitung dieser Frage an AG Diagnostik*	Alle Abt. 1 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)**	

	○ Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** AGI Sentinel ○ 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 ○ Gesamtstatistik: ca. 1500 Proben, davon ca. 350 positiv ○ Anbindung an DEMIS noch nicht abgeschlossen, [redacted] tauscht sich hierzu mit [redacted] aus	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Keine Updates	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ○ Keine Punkte	Alle
12	**Surveillance** Corona-KiTa-Studie (Folien hier) ○ Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren ○ GrippeWeb (Folie 4): Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen Stabilisierung, Anteil Kinder/ Jugendliche nimmt im Verlauf der Meldungen ab ○ 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) ○ 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) ○ Insgesamt wurden in SurvNet 749 Ausbrüche in Schulen angelegt (>= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen)	FG36 [redacted] FG32 [redacted]

	○ 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 Grundschülern 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 ○ 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)** ○ Nicht besprochen.	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ Nicht besprochen.	FG38
15	**Wichtige Termine** ○ FG33 wegen Retreat und ECDC Meeting erst kommenden Montag wieder in der Krisenstabssitzung	Alle
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.12.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

344 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-12-09.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - [redacted]
- FG14
  -
- FG12
  -
- FG17
  -
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  -
- FG37
  -
- FG 38
  -
- Presse
  -
  -
- ZIG1
  -
- BZgA
  - -
- BMG
  - [redacted]
  -

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) ○ >67 Millionen Fälle, >1,5 Millionen Todesfälle (2,3 %) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage ○ Top 10 Länder: (keine Änderung) USA, Brasilien, Indien, Russland, Italien, Deutschland, Großbritannien, Ukraine, Iran und Polen ○ USA, Brasilien, Deutschland, Großbritanien Zunahme der Fälle, restliche Länder Abnahme der Fälle ○ 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw. ○ 78 Länder überschreiten diesen Schwellenwert ○ Neu hinzugekommen: Botswana, Bermuda, Mexiko; ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH ○ Nur Island (34/100.000 Ew.), Irland (38/100.000 Ew.) und neu Norwegen (47/100.000 Ew.) mit < 50/100.000 Ew; ○ *Zusammenfassung und News* ○ 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 letze 7 Tage, und 48% der Todesfälle der letzten 7 Tage, ○ Afrika wenige 1% neue Fälle der letze 7 Tage und der neuen Todesfälle der letzten 7 Tage **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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; ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Sachsen weiterhin sehr hohe 7 Tagesinzidenz, ~300/100.000 Ew.; zusätzliche Maßnahmen wurden beschlossen, 2. Platz Thüringen, hohes Plateau auch in Berlin, Bayern, Hessen, Baden-Württemberg, in keinem Bundesland wird ein anhaltend abfallender Trend beobachtet; ○ 7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung: 16 LK >25-50; 93 LK >50-100; 259 LK >100-250; 32 LK >250-500; 2 LK >500-1000 Fälle/100.000 Einw. ○ Sachsen & Bayern östliche Regionen stark betroffen, Norden etwas mehr LK mit geringerer Inzidenz, ○ fast 300 LK mit 7 Tages Inziden >100 ○ Altersgruppe Heatmap nach Meldewoche zeigt für >85 ansteigende 7 Tagesinzidenzen, in niedrigen Altersgruppen eher leicht rückläufig	ZIG1 [redacted]

	○ COVID-19 Fälle und Anteil der Verstorbenen sowie Anteil der Hospitalisierten und COVID-19 Fälle mit für COVID-19 relevanten Symptomen nach Meldewoche (Folie 6) durchgängig hohe Fallzahl eher konstant hohes Niveau, Anteil Verstorbene höher als in Sommermonaten, Anteil mit Symptomen eher gleichbleibend seit KW37, ○ Anzahl Covid-19 Todesfälle nach Sterbewoche (Folie 7) KW48 >2.000 Verstorbene, deutlicher Anstieg seit KW 42 *Anmerkungen/Fragen/Diskussion:* ○ Frage zu Folie 6: Warum gibt es eine Abnahme des Anteils der Hospitalisierungen? => Meldeverzug könnte dazu führen, Angaben vermutlich nicht vollständig, außerdem hier Darstellung des Anteils, die absolute Zahl nimmt kontinuierlich zu, insgesamt zeigt sich eine sensitivere Erfassung der Fälle, Ältere aus den Altenheimen kommen vielleicht nicht in die Krankenhäuser, Anteil Tote im KH müsste dann größer werden, ggf. prüfen, außerdem ist ambulante Versorgung besser geworden => auch ältere Erkrankte werden in ambulanter Versorgung gehalten und nicht in KH überwiesen; ○ Weitere Punkte: Wenn auch auf niedrigem Niveau ist der Anstieg in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein auch besorgniserregend und sollte beobachtet werden, ○ Anstieg 10-15 Jährige recht deutlich zu sehen, in Sachsen, Baden-Württemberg und Bayern ist das gerade der Fall, in anderen Bundesländern eher nicht so hoch; ○ Maßnahmen in Schulen sollen in einem Projekt vom Helmhotzzentrum 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; *ToDo: nach erneuter vertiefter Diskussion ggf. für Freitag Vorschlag zur Anpassung der Risikobewertung FG36, FG32* ○ **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) ○ GrippeWeb: akute Atemwegserkrankungen relaitv 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 Arzt-besuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen; ○ ICOSARI-KH-Surveillace: 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 niedrigen Niveau (unter 15	Alle Präs FG32 AL3 FG36 FG37 FG36

	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; ○ COVID auf Intensiv fast 10% aktuell, vorher deutlich weniger; ○ *Fragen/Anmerkungen:* 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 From 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; ○ *Diskussion:* Ggf. kommt es durch verändertes Testen und Antigenteste zu Überschätzung der Positivrate, es findet eine Vorselektierung statt, die zu höheren Positivenraten bei PCR führt;	FG37
	○ **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** (Folien hier) ○ Testzahlerfassung: Anzahl Tesungen 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,	AL3

	Verzögerung der Ergebnismitteilung vermutlich eher aus logistischen Gründen ○ *Diskussion/Fragen:* 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? *To Do: Kontakt zu Kolleg*innen aus Österreich wegen der Daten zur Testung in der Bevölkerung aufnehmen und Frage nach den Auswertungen, [redacted] nimmt Kontakt auf* ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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. ○ Frage nach dem Umgang mit den Antigentesten und Teststrategie steht und fällt mit Qualität der Teste [redacted]	Alle VPräs FG32 FG36 AL3 AL1
2	**Internationales (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ○ Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • 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;	Alle Präs VPräs FG36 FG32 AL3 FG37

	• Relativ klar ist aber auch, dass ab Montag wahrscheinlich neue Maßnahmen kommen werden, ggf. sollten diese zunächst abgewartet werden; • *Entscheidung:* 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, *ToDo: Vorschlag an das BMG mit geänderter Risikobewertung, möglichst bis Ende dieser Woche online stellen*	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht besprochen **Presse** • 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	BZgA Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** • **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;	FG36 VPräs FG36 P1 FG37

	•	
7	**Dokumente** ○ Anpassung der Falldefinitionen wurde mit Ländern diksutiert, 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, ○ *Diskussion:* 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 Infromation wie relevant der Anteil ist, positve 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; *ToDo: Änderung der Falldefinition und Übermittlung der Zahlen zur Beobahtung der Änderungen und Relevanz (erfordert auch Änderung im Meldesystem) aber noch nicht als bestätigte Fälle zählen;*	Alle FG32 AL3 FG36
8	**Update Impfen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** ○ 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 genutz 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 [redacted] FG32
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Keine Updates	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ○ Konkretisierung zur Abfallentsorgung in der Diagnostik in Bezug auf Antigenteste, Entsorgung soll über normalen KH-Abfall erfolgen, dieser geht direkt zur Verbrennung, keine Entwsorgung als infektiöser Sondermüll nötig;	Alle FG14 [redacted]

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

346 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-12-11.pdf

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:	[redacted]

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- Abt. 3
  - [redacted]
- FG14
- FG12
- FG17
- FG21
- FG36
- FG37
- FG 38
- Presse
- IBBS
- P1
- ZBS1

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Nicht besprochen **National** o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.272.078 (+29.875), 20.970 o (1,6 %) Verstorbene (+598), Zahlen auf neuem Höchstwert o 7-Tage-Inzidenz 156/100.000 Einw.; R-Werte ausstehend; ITS (Datenstand 10.12.2020): 4.339 (+61), invasiv beatmet: 2.505 (-16) o Weiterhin hohe Fallzahlen und Todesfälle, hohe ITS-Zahlen, keine Entspannung der Lage o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Sachsen und Thüringen weiterhin führend, Aufwärtstrend aber bundesweit, auch z.B. in MV, Lage angespannt o 7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung: 2 LK > 500-1000/100.000, 35 LK mit > 250-500/100.000 o Mortalitätssurveillance hinkt hinterher, in KW 45 aktuell ca. 3% über dem Durchschnitt der Vorjahre 2016-19 o Nachgemeldet wurden von gestern ca. 1000 Fälle aus NRW, kein qualitativer Unterschied, nur quantitativer o 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 o 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 Influenza	[redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Folien siehe hier • Qualitative bundesweite Bewertung von „hoch“ auf „sehr hoch“ gestuft, wurde bereits dem BMG vorgelegt zur Kenntnis, wird heute umgesetzt, auch der Rest des	[redacted]/alle

	Textes ist etwas angepasst, aus „deutlichem Anstieg“ wird „starker Anstieg“ im Lagebericht • Insgesamt wird in Unterüberschrift deutlicher auf Neubewertung und Verschärfung der Risikobewertung hingewiesen, heute auch im Lagebericht prominentere Darstellung geplant • 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) *Diskussion:* ○ 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 *Todo:* [redacted] macht Ergänzungsvorschlag zum Initiativbericht, geht an Krisenstab und Leitung	Im Auftrag der Leitung alle
5	**Kommunikation** • Am Dienstag, 15.12. findet wahrscheinlich Bundespressekonferenz (u.a. [redacted] und [redacted]) statt, ob am Donnerstag RKI-Pressekonferenz stattfindet ist von RKI-Leitung noch nicht entschieden • 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 *Diskussion:* ○ 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	Presse P1/[redacted]/alle

Kommentiert [ASL1]: [redacted]

Kommentiert [ASL2]: [redacted]

	○ 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 *Todo:* Überarbeitung am Wochenende ([redacted], Leitung)	
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern**	Alle
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nach Veröffentlichung von interner Stellungnahme bezüglich Priorisierung in BILD-Zeitung erfolgte Flutwelle von Emails an FG33 mit hoher Arbeitsbelastung • Impfstoff-Zulassung voraussichtlich Ende Dezember • 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 • 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?) • Kontraindikationen sind prinzipiell noch nicht festgelegt, abschließende Bewertung der allergischen Vorfälle steht ebenfalls noch aus • Hamburg schickt ein Team nach UK zur weiteren Aufarbeitung und wird danach informieren	FG33 [redacted] alle
9	**Labordiagnostik** • ZBS1: Leichter bundesweiter Probenrückgang, Positivenquote bei 22% • FG17: 564 Einsendungen, 129 Rhinoviren (25%) und 43 SARS-CoV-2 positiv (10%), Anstieg an SARS-CoV-2-Nachweisen zu vermerken	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Hohe Auslastung der ITS-Stationen, strategische Patientenverlegung wird konzipiert, ggf. über Traumanetzwerk • Weitere Therapiemöglichkeiten werden überarbeitet, wenig erfolgversprechend	IBBS/[redacted]
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? *Todo*: Konzept für RKI-Mitarbeiter für Lockdown (Leitung) • Nächste Sitzung: Montag 14.12.2020, 13:00 Uhr	

348 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-12-14.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- L1
  - Joachim-Martin Mehlitz
- FG12
  - [redacted]
- FG14
- FG17
- FG21
- FG23
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
- FG34
- FG36
- FG37
- FG 38
- Presse
- IBBS
- P1
- P4
- ZBS1
- ZIG1
- BZgA
- BMG

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) ○ > 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.	ZIG1

- 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw.
  - 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
  - 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.

National

FG32

Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)

- 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 Plateau im November, seit letzter Woche sichtbarer Anstieg
- 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.

FG37

- [redacted]

	[redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	

3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**
	Schnelle Datenerhebung (Folien hier)
	• 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:
	  ○ 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 insgesamt geringerer Fallzahl, aber Repräsentativität.
	• 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 entsprechenen Aufrufen gäbe es sicherlich Teilnahmeinteresse in der Bevölkerung.
	• Es wäre sinnvoll, GrippeWeb auszubauen und sich langfristig dem Aufbau eines RKI-Panel zu nähern.
	
	Digitale Projekte
	• Evaluation der CWA wurde auf Mittwoch verschoben [redacted]
	• 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.
		[redacted]

	• In allen digitalen Projekten fehlen ausreichende Mittel zur Umsetzung am RKI.	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Am Freitag ist die aktuelle Risikobewertung neu eingestellt worden.	
5	**Kommunikation** • [redacted] • [redacted] • Für die morgige Bundespressekonferenz mit [redacted] um 11:30 Uhr ist eine kurze Sprechzeit von [redacted] 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 wahrscheinlich machbar, weitere wären wünschenswert (z.B. Polnisch, Tschechisch) und könnten über die BZgA kurzfristig beauftragt werden.	BZgA Presse P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** Konzept Erhebungen/Instrumente Corona-AK-Status ([redacted], Abt. 2) – s.o. **b) RKI-intern** Veröffentlichung der Größe der Risikogruppen für einen schweren COVID-19-Verlauf • 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. Präsentation Übersicht nat./int./interne/externe Datenquellen (Folien hier) • Eine Übersicht über national als auch international verfügbare epidemiologische Daten zu COVID-19 mit Links zu Quellen und regelmäßiger Aktualisierung findet sich hier: [redacted] • 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 z.T.	FG24 Abt. 3

	ausschließlich für den internen Gebrauch (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 [redacted], 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. Die Projektgruppe von [redacted] und das HZI [redacted] arbeiten zusammen, um grob abzuschätzen, ob die getroffenen Maßnahmen ausreichen werden, um eine Reduktion der täglichen neuen Fallzahlen zu erreichen.	VPräs / [redacted]
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • 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. • 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. • 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. • 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%. • ZBS1: > 1.100 Einsendungen, 308 positiv (23% Positivenrate). Derzeit weiterhin keine App oder DEMIS Anbindung laut IT möglich.	FG17 / alle ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Ab Mitte Januar 2021 sollen weitere monoklonale Antikörper bei frühen und milden Symptomen eingesetzt und über das Apothekennetz verteilt werden.	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** (Folien hier) • Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren	FG36

- GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen Stabilisierung, Anteil Kinder/ Jugendliche gleichbleibend; Maßnahmen führen zu niedrigen ARE-Raten, höchste Erkrankungszahlen bei den 0 bis 5-Jährigen.
  - Geschätzte ARE in KW 49:
  - 0-5 Jahre: 380.000 ARE (8.000/100.000), davon 18% mit Arztbesuch = ca. 68.000 mit Arztbesuch wegen ARE
  - 6-10 Jahre: 81.000 ARE (2.200/100.000), davon 9% mit Arztbesuch = ca. 7.000 mit Arztbesuch wegen ARE
  - 11-14 Jahre: 101.000 ARE (3.400/100.000), davon 7% mit Arztbesuch = ca. 7.000 mit Arztbesuch wegen ARE
- 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.
- Ausbrüche in Kindergärten/Horten
  - Relativ konstante Situation in Kitas, etwa 57 Ausbrüche pro Woche in den letzten 4 Wochen.
  - Größte Geschehen KW 49/50:
    - 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+)
- Ausbrüche in Schulen
  - Anstieg der Zahlen auf hohes Niveau, größere Geschehen sind auf östliche Bundesländer zurückzuführen, der Anteil der Ausbrüche in den Grundschulen steigt an.
  - Größte Geschehen KW 49/50
    - [redacted]
- Diskussion: Die Zeit des Lockdowns müsste man nutzen, um Empfehlungen zum Wechselunterricht mit digitaler Unterstützung umzusetzen; jedoch ist eine kurzfristige Umsetzung der Empfehlungen sicherlich schwierig.

ToDo: Pressestelle nimmt Botschaft fürs Pressebriefing auf.

Änderung der Meldepflicht bei Antigennachweisen in Einrichtungen — FG32 / L1 / alle

- 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. *ToDo*: [redacted] 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.	
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** • Nächste Sitzung: Mittwoch 16.12.2020, 11:00 Uhr	

350 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-12-16.pdf

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:	[redacted]

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- Abt. 1
  - Martin Mielke
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG28
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1

- [redacted]
- [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.379.238 (+27.728), davon 23.427 (1,7%) Todesfälle (+952), 7-Tage-Inzidenz 180/100.000 Einw. ▪ 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) ▪ noch leicht ansteigend ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ 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 ▪ viele LK in Sachsen mit Inzidenz >500 ▪ nur noch 12 LK mit Inzidenz < 50 ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche ▪ 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 ▪ In Woche 45 bis 49 hohe Fallzahlen, in Woche 50 nochmal deutlicher Sprung nach oben bei Fallzahlen ▪ keine großen Veränderungen bei anderen Aspekten ○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ In Woche 48 und 49 deutlich über 2.000 Sterbefälle pro Woche ○ Wodurch ist der starke Anstieg in Woche 50 bedingt? Zeitweise Überlastung der GA? Nachträgliche Meldungen? ▪ Dass die GA jetzt weniger belastet sind, ist eher unwahrscheinlich. ▪ Beim Erkrankungsbeginn ist im Moment noch kein Anstieg zu sehen. Für Woche 50 ist Erkrankungs-beginn noch nicht vollständig, muss von den GA nachermittelt werden.	FG32 [redacted]

- Wie hat sich die Vollständigkeit der Meldungen verändert?
  - Daten werden nachgetragen, immer Zeitverzug
  - Sehr heterogen in GA
  - Zunahme an unvollständigen Angaben, evtl. auch aufgrund von Änderungen bei SurvNet
  - in BW Vollständigkeit gestiegen, in BY gesunken, kein systematisches Problem
- Warum sind mittlerweile mehr Frauen als Männer betroffen?
  - Muss noch genauer betrachtet werden.

- **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) FG36 [redacted]
  - GrippeWeb – ARE-Rate
    - Von Woche 49 auf 50 leichter Anstieg, insgesamt deutlich niedrigeres Niveau als in Vorjahren.
  - Arbeitsgemeinschaft Influenza - ARE-Konsultationen pro 100.000 Einw.
    - deutlich niedrigeres Niveau als in 2 Vorjahren
  - ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle
    - Unterschied zum ambulanten Bereich: 35 Jahre und älter auf deutlich höherem Niveau als in Vorjahren, 0-4 Jährige auf deutlich niedrigerem Niveau.
  - 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) FG37 [redacted]
  - 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 dramatische Signale, wenn Eintrag nicht verhindert werden kann, kommt es zu schneller Verbreitung. ▪ Ist bei > 80 Jährigen nicht nur ein schwerer Verlauf wahrscheinlicher, sondern ist evtl. auch die Suszeptibilität erhöht? • **Testzahlerfassung am RKI** (Folien hier) ○ 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.	
2	**Internationales** • Verlauf der Pandemie in Afrika (Folien hier) ○ 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: ▪ < 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 ▪ Demographie: Medianalter 19,7 Jahre; Alter korreliert mit schwerem Verlauf (Immunoseneszenz, mehr NCDs) ▪ Immunsystem: trainiert durch Wurmbefall, traniert nach BCG-Impfung; Stärkung des regulatorischen Immunsystem (Hygienehypothese) ▪ Demographie vermutlich relevanter, immunologische Hypothesen nicht eindeutig. ○ Hypothesen III: Faktoren, die die Ausbreitung beeinflussen können ▪ Umweltfaktoren: (angeblich geringe Stabilität des Virus ab 23°C), Erfahrung mit Epidemien, früher Lockdown, ländliche Gegenden mit kaum verschlossen Gebäuden (gute Belüftung) ▪ Cave Urbanisierung: hohe Bevölkerungsdichte, anderer Lifestyle ○ Viele Hypothesen, wenig Evidenz ○ Warnung vor 2.Welle in Afrika, verursacht durch erhöhte Mobilität und Lockerungen.	ZIG [redacted]

	○ 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 Sekundär-effekte des Lockdowns überhaupt Sinn? Wie wird das auf Ebene des African CDC gesehen? ▪ 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.	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Keine Beiträge	
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] **Presse** • STIKO-Empfehlungen sind in Arbeit • Wird ausreichend kommuniziert, dass positiv Getestete zeitnah selbst Kontaktpersonen informieren sollen? *ToDo:* [redacted] *recherchiert, inwieweit das kommuniziert wurde.* • Ist der Bevölkerung die Strategieergänzung, auch bei leichten Symptomen zuhause zu bleiben, ausreichend klar? (AHA + L + bei Symptomen zu Hause bleiben) • Hat BZgA schon in erster Welle bei Hinweisen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer prominent platziert. *ToDo: Nimmt BZgA mit auf Slider.*	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen**	

a) Allgemein

b) RKI-intern

P4 [redacted]

- Überblick über Ergebnisse von Modellierungen (Folien hier)
  - Neue Publikation zur Effektivität von Maßnahmen gestern in Science: https://science.sciencemag.org/content/early/2020/12/15/science.abd9338
    - Schulschließungen und Universitätsschließungen wurden zusammengefasst in Betrachtung, Vergleich zwischen den unterschiedlichen Ländern schwierig.
  - Modellierungs-Ergebnisse: Übersetzung von Fallzahlen in Kontaktreduktionen. Modell schätzt, wie die Kontakt-reduktion über die Zeit ausgesehen haben muss, um diese Inzidenzen zu erhalten

P4 [redacted]

    - 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 screening“ (erschienen vor ca. 1 Monat)
    - Turnus der Tests beeinflusst die Ausbreitung der Epidemie maßgeblich. Erhebliche Einbußen durch Verzug der Ergebnisbekanntgabe. Jeder Tag Verzug vermindert die R-Reduktion stärker als der Sensitivitätsunterschied zwischen PCR und Antigentest.
    - Nicht übertragbar auf die gesamte BRD, interessant für Anwendung in bestimmten Settings, besser häufiger Antigen- als seltener PCR-Tests.
  - Mobilität

P4 [redacted]

    - Seit März Beobachtung der Mobilität aufgrund von Mobilfunkdaten, Mobilität als Indikator für Verhaltensänderungen.
    - Anzahl an allen Bewegungen im Vergleich zum Vorjahr, lokale Mobilität und Reisemobilität.
    - Deutliche Auswirkung des Lockdowns, Einbruch im November nicht so stark wie im Frühjahr, könnte mit Pandemiemüdigkeit zusammenhängen.
    - Nach Bundesländern: ähnlich in den einzelnen BL, in Stadtstaaten höhere Reduktion der Mobilität.
    - Erhöhter innerdeutscher Reiseverkehr, starke Mobilität in Brandenburg und MV.

	▪ Ausblick: Mobilität soll mehr mit Infektionsdynamik verknüpft werden, dann ist Beantwortung von Detailfragen möglich. ▪ Genauere Aufschlüsselung der Mobilitätsvarianten ist in Online-Reports zu finden. ▪ Mobilität wird durch Binnenmobilität dominiert. • Könnte die Tatsache, dass die Menschen jetzt anders als im Frühjahr reagieren, auch daran liegen, dass die Menschen besser auf den Umgang mit der Pandemie vorbereitet sind (jeder hat Masken, kennt die AHA-Regeln)? • Kurzvortrag zum Thema soziale Ungleichheit und COVID-19 (Folien hier) o Scoping Review bis Juni 2020: in USA und UK höheres Risiko für Infektion und schwere Krankheitsverläufe in sozial benachteiligten Gruppen. o 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. o Bis 15.06. gab es mehr SARS-CoV-2 Infektionen in weniger deprivierten Regionen. o Altersstandardisierte Inzidenz nach sozioökonomischer Deprivation ▪ Welle 1: höchste Inzidenzen in Gebieten mit geringster Deprivation, gleicht sich über die Zeit an. ▪ Welle 2: Unterschied nicht mehr so ausgeprägt. o Case-Hospitalization Rate: in Kreisen mit höherer Deprivation erfolgten mehr Hospitalisierungen. o Harter Lockdown hat Infektionsgeschehen in allen Regionen verringert, vor allem auch in sozioökonomisch privilegierten Regionen, die eine besondere Rolle im Übertragungsgeschehen spielten. o Sozial benachteiligte Gruppen bedürfen besonderen Infektionsschutz, da sie ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe aufweisen. o Im Moment ist keine Aussage auf Individualebene möglich, nur zu Regionen. ▪ 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. o Anmerkung BZgA: zielgruppenorientierte Kommunikation ist wichtig. o Spielt Alter eine Rolle? Nicht unbedingt, Index ist altersadjustiert.	FG28 [redacted]
7	**Dokumente** • Keine Beiträge	

8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	

9	**Labordiagnostik**
	• NRZ Influenzaviren (Folien hier)
	  ○ 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.
		FG17 [redacted]

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	• 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?
	  ○ Hierzu gibt es bisher keine belastbaren Daten/Studien.
	  ○ Die Mortalität der intensivpflichtigen Hochaltrigen ist im Vergleich zum Frühjahr nicht geringer.
		IBBS [redacted]

	○ Unterschiede gibt es zwischen großen Zentren und kleinen Kliniken.	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • 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 [redacted]	

352 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-12-18.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG16
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG23
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]

- [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** • Internationale Lage (Folien hier) o In den USA in den letzten 7 Tagen mehr neue Fälle als in DEU insgesamt o Fall-Kontroll-Studie des CDC zu Faktoren die bei Kindern mit einem positiven SARS-CoV-2-Testergebnis assoziiert sind ▪ Positiv getestete Kinder hatten eher an Hochzeiten, Partys, „Playdates“ und Beerdigungen teilgenommen; bei Schulbesuch keine Unterschiede ▪ Limitationen: Hohe Zahl von Non-Respondern (50%), telefonische Befragung erst ca. 30 Tage nach dem Test o Amerikanischer Kontinent: 48% der Fälle und 40% der Todesfälle innerhalb von 7 Tagen o In den USA in manchen Regionen KH-Kapazitäten nahezu erschöpft, Kalifornien täglich ca. 50.000 neue Fälle o Berichte aus Nordirland, dass Patienten in Krankenwagen vor den KH behandelt werden müssen o Anstieg in Afrika, WHO AFRO warnt vor weiterer Ausbreitung o EuroMomo (https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps): ▪ Peak im Frühjahr extrem hoch jetzt noch nicht so hoch, aber viel breiter ▪ In Österreich und Slowenien sieht man zum ersten Mal den Peak ▪ In DEU (Berlin und Hessen liefern Daten) bisher noch nicht zu sehen, aber großer zeitlicher Verzug ▪ In Schweden ist der erhoffte „harvest effect“ nicht zu beobachten, in Spanien vielleicht ganz leicht ▪ In der Schweiz eine deutliche Übersterblichkeit sichtbar, Maßnahmen sehr unterschiedlich von Kanton zu Kanton, z.T. keine großen Einschnitte in öffentlichem Leben o In den USA gibt es seit März dauerhaft eine Excess Mortalität: https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess_deaths.htm	ZIG1 [redacted] FG38 [redacted]

	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o 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 o 4-Tage-R=0,96; 7-Tage-R=1,05 o ITS: 4856 (+20), invasiv beatmet: 2.774 (+14) o 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 o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 1 LK <25/100.000 Einw., 10 LK >500/100.000 Einw. o 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. o Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland ▪ Leicht ansteigend, aber auch 4 Wochen verzögert • [redacted] o [redacted] o [redacted] o [redacted] o [redacted]	FG38 [redacted] FG37 [redacted]

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Hinweise für das GA zu ▪ 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 Untererfassung, die ein falsches Bild auch für Politik vermittelt ▪ Fokussierung: Team hatte in Pflegeheimen lange Diskussionen über vermeintlich fehlerhafte FFP2 Masken, Desinfektionsmittel (begrenzt viruzid vs. viruzid), Klimaanlagen, Aussage der Ct-Werte, Einschleppung durch externe Personengruppen – Message: Wenn Hygienekonzepte konsequent umgesetzt werden und ausreichend Mitarbeitende vorhanden sind, ist der Schutz ausreichend ▪ Prozessoptimierung ○ 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) ○ [redacted] ○ Diskussion: ▪ 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	FG38 [redacted] IBBS [redacted]

	▪ [redacted] *ToDo*: [redacted] *und* [redacted] *formulieren einen Initiativbericht ans BMG und informieren vorab* [redacted]. ▪ Inzidenz > 60J. auf der ersten Seite im Lagebericht zeigt nicht die Situation in höheren Altersgruppen (80+) da jüngere Altersgruppen mit sehr niedriger Inzidenz. *ToDo: Darstellung der Inzidenz der älteren Bevölkerung auf der ersten Seite des Lageberichts überarbeiten.*	AL3/FG37 FG37 [redacted]
2	**Internationales** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • 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	FG23 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Keine Beiträge	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **Presse** • Möglicherweise Pressebriefing am Dienstag	BZgA [redacted] Presse [redacted]

Kommentiert [ASL1]: [redacted]

Kommentiert [ASL2]: [redacted]

	• Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung und vieler neuer FAQs gestern • Baldige Zulassung des Moderna-Impfstoffs erwartet, Impfempfehlung muss dafür überprüft werden • Übermittlungsprobleme (+3500 Fälle) wurden gestern den Agenturen gemeldet, gut aufgenommen, aus Transparenzgründen wichtig und sollte auch in Zukunft so gemacht werden **Wissenschaftskommunikation** • Verhaltensregeln zu Weihnachten - 9 Punkte (Infografik hier) o Regeln sollen kurz vor Weihnachten über Social Media (Twitter, Instagram) verbreitet werden o Soll dynamisch geupdatet werden o Einfache Wenn dann-Regeln, um alle zu erreichen o Übersetzung ins Englische geplant, Versand an BMG und BZgA am Montag, Mittwoch Veröffentlichung o Bitte um Feedback o [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] • Wille der Bevölkerung sich in Vorquarantäne zu begeben, hat sehr stark abgenommen (am 15.12. nur 36%), es sollte an Bevölkerung kommuniziert werden, dass Vorquarantäne auch nun noch sinnvoll ist	P1 [redacted] BZgA [redacted] FG16 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Bericht aus Projektgruppe [redacted] (Folien hier) o [redacted]	P4 [redacted]

	○ [redacted]: ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] [redacted] **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	FG36 [redacted] ZIG1 [redacted] FG38 [redacted]/ AL3
7	**Dokumente/weitere Studien** • Kurzvortrag Projekt PHIRI (Population Health Information Research Infrastructure) (Folien hier) ○ 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: ▪ Soll sich um Meta-/Dachprojekt handeln, soll auch für den ND-Bereich, idealerweise angekoppelt ans ECDC eine übergeordnete Struktur bilden ▪ [redacted] und [redacted] in engem Austausch mit ECDC, Austausch läuft über Tessy	FG24 [redacted] BZgA [redacted] FG24 [redacted] FG38 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • NRZ Influenzaviren ○ 670 Einsendungen, SARS-CoV-2 und Rhinoviren nachgewiesen, 12% Positivrate für SARS-CoV-2, über die Zeit angestiegen	FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Entlassmanagement ○ Wird am Montag vorgestellt (s.o.) • Rückmeldung aus stationärer Patientenversorgung ○ [redacted]	IBBS [redacted]

	○ Sachsen: DIVI und COVRIIN haben nach Triage-Meldungen Pressemeldung herausgegeben – Ziel war Bekanntmachung des Kleeblattkonzepts für überregionale ITS-Patientenverlegungen, dessen Aktivierung noch nicht erfolgte, derzeit wird noch „Kleeblatt-intern" verlegt ○ 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 *To Do: Wenn Anfrage zu überregionaler Verlegung oder Verlegung aus dem Ausland (auch über die Feiertage) im LZ eingeht, Kontaktaufnahme IBBS unter -3233.*	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Keine Beiträge	
12	**Surveillance** • Keine Beiträge	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Kein Lagebericht am 25.12. und am 01.01. *To Do: Personelle Ausstattung des LZ über die Feiertage (inkl. Ersatz für einzelne Positionen) sollte überprüft werden*	
15	**Wichtige Termine** • Keine Beiträge	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 21.12.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	

354 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-12-21.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]

- P3
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Mutationen sind alle funktional relevant; ist plausibel, dass die Transmissibilität erhöht ist. ○ In England ist die molekulare Surveillance sehr gut. Dies gilt auch für die Niederlande und Dänemark. Dort wurde die Variante auch schon beschrieben, aber nicht in der Häufigkeit wie in England. ○ Das Ziel ist, die Ausbreitung in Europa so lange zu stoppen bis möglichst viele Menschen geimpft werden konnten. ○ Es sind im Dezember knapp 100 positive Proben im RKI eingegangen. Diese sollen möglichst bald sequenziert werden. ○ Noch ist nicht klar, ob die Mutation tatsächlich einen fundamentalen Unterschied macht. Die Information sollte nicht zu alarmistisch kommuniziert werden. ○ [redacted]	FG36 [redacted] FG17 [redacted] BZgA [redacted]

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ 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. *ToDo: Steckbrief morgen in AG Diagnostik und Mittwoch nochmal im Krisenstab besprechen, möglichst zeitnah* ○ 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. *ToDo: LZ soll [redacted] kontaktieren, damit dies in die Laborabfrage integriert wird.* ○ 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. ○ [redacted] ○ Grundsätzlich wird eine dezentrale Sequenzierung favorisiert, die dann über GISAID eingestellt wird. Wenn das nicht möglich ist, kann das KL angesprochen werden. Wenn jemand vom RKI vor Ort ist, können in besonderen Fällen von ZBS1 Proben für eine 1.Sequenzierung angenommen werden.	IBBS [redacted]

- Es wäre sinnvoll, schon jetzt eine Sprachregelung fest zu legen, falls die Variante auch in Deutschland gefunden werden sollte.

To Do: Überlegung einer Sprachregelung; FF Presse, [redacted]

- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - Gilt das für jede PCR in der S-Region? Sollte im Steckbrief und nicht in diesem Kontext spezifiziert werden.
  - Ein Link auf die Seite vom KL sollte im Text miteingebaut werden. [redacted] schickt den Link.
  - Ob die Zunahme der Fälle auf die neue Variante zurückzuführen ist, ist noch nicht klar, sollte im Lagebericht erwähnt werden.

ToDo: Information für Länder in Lagebericht übernehmen, FF Lagezentrum FG32 [redacted]

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 1.510.652 (+16.643), davon 26.275 (1,7%) Todesfälle (+226), 7-Tage-Inzidenz 197/100.000 Einw.
  - 4-Tage-R=1,05; 7-Tage-R=0,98
  - ITS: 5.022 (+83), invasiv beatmet: 2.639 (+34)
    - Weiterhin keine Entspannung
  - 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
    - In Sachsen und Thüringen weiterhin Anstieg
    - Auch keine Entspannung in den anderen BL, schwächerer Anstieg oder Plateau
  - Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
    - Nur noch 10 LK mit Inzidenz bis 50
    - 81 LK mit Inzidenz > 250
    - Sachsen sticht deutlich hervor.
    - Keine größeren Übermittlungsprobleme bekannt.
  - Datenvollständigkeit Variable Erkrankungsbeginn
    - Nimmt ab, erschwert Auswertung
    - In Hamburg und Hessen nimmt Datenvollständigkeit ab, sonst relativ konstant.
    - [redacted]
  - Datenvollständigkeit Variable Kontakt zu bestätigtem Fall
    - Wird aktuell eher vollständiger eingegeben
    - In NRW gar nicht erfasst.
    - Diese Auswertung wurde letzten Freitag an die BL geschickt.

FG37 [redacted]

	• [redacted] ○ [redacted] ○ ○	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Datenspende ○ Mittel für eine Weiterführung in 2021 sind in Aussicht gestellt. • DEA ○ Aktuell viele Fragen von Reisenden und Ämtern, ob Reisende darüber selektiert werden können.	FG21 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Morgen, 22.12. um 10 Uhr Pressebriefing mit Kurztext zur neuen Virusvariante • Für FAQ UK Variante wird abgestimmter Text übernommen. • Sollte in Pressebriefing nochmal erwähnt werden, dass Kliniken elektive Operationen verschieben sollen? ○ Bisher gibt es keine Entschädigung für leerstehende Betten. In Ländern mit knappen Betten werden elektive Eingriffe per Verordnung wieder ausgesetzt, aber nicht deutschland-weit. ○ 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. *ToDo:* [redacted] *formuliert Text für* [redacted] *für Pressebriefing.*	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen**	

	a) Allgemein **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Geimpfte und Infektionsschutzmaßnahmen (hier) o Diverse Anfragen zu: Wie soll mit Geimpften in Bezug auf andere Infektionsschutzmaßnahmen umgegangen werden? o In allen Altersgruppen liegt die Wirksamkeit der beiden zur Verfügung stehenden Impfstoffe deutlich über oder fast bei 90%. o Gute Daten in Bezug auf die Beeinflussung der Transmission liegen noch nicht vor, in nächsten 2-4 Monaten ist noch nichts Belastbares zu erwarten. o 1. MNB sowie Hygiene- oder Abstandsregeln: ▪ 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. o 2. Quarantäne: ▪ 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 Impfregister 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.	FG33 [redacted]

	○ 3. Infektionsschutzmaßnahmen auf Bevölkerungsebene ▪ In den nächsten Monaten gelten Infektionsschutz-maßnahmen 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. [redacted]	
9	**Labordiagnostik** • ZBS1 ○ 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 ○ Mittwoch	ZBS1 [redacted] FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Entlasskriterien aktuelle Version (hier) ○ 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 Altenpflege-einrichtungen: mehr Klarheit in Bezug auf Zielgruppe Pflegeheime, keine Doppelbeprobung notwendig. ○ Hinweise zur PCR-Untersuchung: was ist ein geeignetes PCR-Ergebnis: Text wird aufgrund von Verständnis-problemen 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.	IBBS [redacted] IBBS [redacted]

	• 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) ○ COVID-19: Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Inzidenzen bei 0-5 Jährigen leicht, bei jungen Erwachsenen deutlich angestiegen ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ Liegen etwas höher, ca. 40-50 Ausbrüchen pro Woche, gleiche Aufteilung zwischen betroffenen Erwachsenen und Kindern ○ Ausbrüche in Schulen ▪ Eher etwas rückläufiger Trend, höchste Ausbruchs-zahlen bisher in KW 46 ○ Wie kann adressiert werden, dass Vorbereitungen für eine sicherer Wiederöffnung der Schulen getroffen werden müssen? ▪ Zusammenarbeit mit Familienministerium (Kitas) findet statt, es gibt jedoch keinen AP in Kultus-ministerkonferenz. ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: Briefentwurf von* [redacted]*, noch vor den Feiertagen* [redacted]	FG36 [redacted]
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, [redacted]	

356 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-12-23.pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted] (Vertretung f. Thomas Ziese, FG24)
- FG32
  - [redacted]
- FG34
- FG36
- FG37
- FG38
- IBBS
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
- BZgA
- MF3

- [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** • Internationale Lage (Folien hier) o Fälle, Ausbreitung (korrigierte Werte v. 18.12.) o 76.250.431 Fälle o 1.699.230 Todesfälle (2,3 %) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: USA, Brasilien, Großbritannien, Russland, Deutschland, Türkei, Indien, Italien, Frankreich, Kolumbien o **WHO Epidemiological Update** ▪ 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) – 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 – 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 am 14.12.2020; Todesfallrate weiterhin niedrig (0,8 %), Testpositivitätsrate relativ hoch (11 %) – 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 ▪ **Region Afrika**: größter relativer Anstieg an neuen Fällen (27 %) und Todesfällen (34 %) im Vgl. zur Vorwoche	ZIG1 [redacted]

(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

- Neue Variante des SARS-CoV-2 in der Republik Südafrika (Variante 501.2 V2)
  - 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, leichterer 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) Migrationswelle (Fremdarbeiter verlassen derzeit Südafrika) → starke Ausbreitung anzunehmen sowie c) anekdotische Berichte über vermehrtes Auftreten bei jüngeren Altersgruppen
  - Ggf. zeitnahes Emergency Meeting seitens WHO

National

FG32 [redacted]

- **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien hier)
  - 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
    - 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.)

- [redacted]
- [redacted]
- 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 bei Beschäftigten in § 36- und § 23-Einrichtungen (grüne Kurven), lediglich in § 33-Einrichtungen (Schule, Kitas) Fallzahlen leicht rückläufig
  - 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
    - 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

To Do 1: Bei der Erstellung eines allgemeinen Disclaimers Bitte um Berücksichtigung folgender Aspekte bzw. *Verzerrungsfaktoren, die ggf. erklärend mitaufgenommen werden sollten:*

- 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 ▪ Anstieg in der AG der 60-80-Jährigen ebenfalls bedenklich (Folie 4, türkise Linie), da a) diese AG einen sehr großen Bevölkerungsteil ausmacht, der b) einen großen Anteil der Hospitalisierten ausmacht, c) zu Weihnachten ggf. besonders exponiert sein wird, d) zudem in der Impfpriorität weiter hinten liegt und e) somit auch langfristig die Bettenkapazitäten beanspruchen wird ▪ Mögliche Handlungsoption: derzeit bereits an vielen Stellen auf Maßnahmen und deren Einhaltung ausdrücklichst 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) *To Do: Allgemeine Bitte um mögliche weitere Vorschläge zu denkbaren Handlungsoptionen, gern per E-Mail oder telefonisch* • **Syndromische Surveillance** (Folien hier) ○ 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 *ToDo: Bitte um Aufnahme auch in den heutigen Lagebericht, [redacted] reicht das Exzerpt weiter (Nachtrag: Tabelle und Grafik hier)*	Presse [redacted] FG38 [redacted] Präs [redacted] FG36 [redacted]

	○ 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 % Positivenquote, 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 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 ○ 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	FG38 [redacted] FG37 [redacted]
2	**Internationales** • Nicht besprochen	

3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Keine Beiträge	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] **Presse** • Sprachregelung zur neuen UK-Virusvariante soweit finalisiert und mit FG17 abgestimmt • 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) • 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 *To Do 1: Bitte an [redacted], Preprint zur südafrikanischen Virusvariante an Presse weiterzuleiten* *To Do 2: Bitte an Presse um Überarbeitung auch hinsichtlich neuer Virusvariante (Südafrika) und Übermittlung der Sprachregelung an [redacted]* *To Do 3: Keine Situationsberichte am 25.12.20202 und 01.01.2021: dies muss zuvor im Situationsbericht und an den jeweiligen Tagen selbst im Internet kenntlich gemacht werden (Anweisung seitens Minister), auch unter Erwähnung, dass somit keine neuen R-Werte/ Tabellen zur Verfügung stehen (hier besser Hinweis selbst statt Daten/Tabellen vom Vortag zu zeigen)*	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **Modellierung** (Folien hier bzw. folgen) o Grafische Darstellung der Mobilität im zeitlichen Verlauf, 3-4 Wochen vor Lockdown substanziell höhere Mobilität ab KW 47 in allen Bundesländern – außer Sachsen am Montag und Dienstag des dortigen Lockdowns, starke Abnahme der Mobilität, während aufgrund der Voran-kündigung des Lockdowns die Mobilität an diesen Tagen in diesen BuLä noch zunahm	P4 [redacted]

	○ Bsp: BaWü - oben links Montag, Uhrzeit auf x-Achse stündlich, versch. Farben = unterschiedliche Wochen, rot: Montag vor Lockdown: starker Anstieg (bis auf in Sachsen) ○ Insgesamt: weder „Lockdown light“ noch „echter Lockdown“ scheinen einen drastischen Effekt auf die Mobilität zu haben, diese wird vielmehr durch Ladenschließungen beschränkt (Mittwoch), switch der roten Kurve von ober- auf 20 % unterhalb der Vorwochen → Binnenmobilität korreliert stark mit Einkaufsverhalten, scheinbar deutlicher als mit anderen möglichen Mobilitätsfaktoren wie Arbeit o.ä. ○ Das Reiseverhalten sowie die zeitlich weitere Abfolge hinsichtlich Lockdown werden nachfolgend analysiert • **Datenintegration** (Folien hier) ○ Integrierte Datenquellen (autonome Datensammlung): RKI Website, ECDC, DIVI, Dashboard und weitere Datenquellen genutzt, automatisierte Prozessierung und Überführung in Datenbank → einheitliches Format, ein Repository (derzeit noch privat), zentrale Zurverfügungstellung für alle Gruppen des RKI ○ Bereitgestellte Zeitreihen: meist aus Dashboard und DIVI sowie Testing-Daten, bereits viele Zeitreihen integriert ○ Interaktiver Datenexplorer zwecks Datenmonitoring (LK, BuLä) ○ Integrierte Analysen (work in progress): Ziel = Erstellung einer Karte nicht nur für einzelne Zeitreihen von Fällen sondern auch von Datenspende, Mobilität, Testingraten ○ Interaktive Zeitreihenanzeige (bspw. zu Fallzahlen ITS, occupied beds etc.) und Vergleichbarkeit bspw. mit anderen LK sowie Umschaltbarkeit auf log-Skala (→ exponentielles Wachstum) ○ Tool soll intern RKI-weit zur Verfügung stehen für Datenauswertung/Diagrammerstellung zwecks Ressourcenschonung, die hier bereitgestellten Formate sind konsistent und müssen kaum vor- oder nachbereitet werden ○ Diskussion: ▪ 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. [redacted], FG32), MF4 [redacted] 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	P4 [redacted]

	▪ 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) *To Do1: Bitte um Austausch in größerer Runde mit Modellierung-nutzenden FGs und zur Implementierung eines GITHUBS für das RKI* *To Do2: Bitte an P4 um lizenzrechtliche Klärung noch ausstehender Quellen sowie um datenschutzrechtliche Klärung der Verlinkung genutzter Daten („backtracing“)* **b) RKI-intern** • Neue Virusvariante(n) mit vermutlich höherer Übertragbarkeit - weitere Möglichkeiten zu Infektionsschutzmaßnahmen? o 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 o 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: Herunter-setzen der kritischen Kontaktzeit von derzeit 15 min. bei KP-Management und Anpassung der Isolation von Patienten; weitere Vorschläge von Fachgesellschaften möglich - STAKOB, DGI etc.) o Cave bei strikteren Maßnahmen wie in anderen Ländern (komplette Lockdowns, härtere Kontaktverbote, Desinfektion von Umgebungen, Institutionelle Quarantäne oder Isolation o.ä.) ggf. stark negative Auswirkungen o 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 o 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 o Epidemiologisch-virologische Vorbereitung (Abt. 1 & 3) für Ausbruchs-/Eintragsuntersuchung der neuen Variante: ▪ Abt. 1: Systematische Molekulare Surveillance, Hinweise zur Testung werden derzeit aktualisiert, Konsortien sind alarmiert, Labore sensibilisiert	VPräs [redacted] Abt.1 [redacted] FG38 [redacted] FG14 [redacted] VPräs [redacted]

	▪ 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 intensiviertes 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 *To Do:* [redacted] *kontaktiert* [redacted] *zwecks Textbaustein, Aktualisierung soll noch heute finalisiert werden* ○ Ausbruchsuntersuchungen in Alten- und Pflegeheimen sollten zukünftig die Impfeffektivität mitbetrachten ○ [redacted]	FG37 [redacted] IBBS [redacted]
7	**Dokumente/weitere Studien** • 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 nötig, SOP wird nachfolgend finalisiert • Übersterblichkeit: derzeit in Sachsen 48 %, in Bayern Bevölkerungsschrumpfung, z.T. bereits Medienbeiträge dazu	FG32 [redacted] Abt.1 [redacted] FG38 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • NRZ Influenzaviren (Folien hier) ○ Letzte Woche: 151 Einsendungen (leichter Rückgang), Nachweisrate SARS-Cov-2 bei 10 % (15 Proben), v.a. aus Einzelpraxen mit Nachweis von bis ca. 44 % und aus BB, Sachsen, Bayern, insgesamt 64 Viren zur Sequenzierung ○ Diese Woche: bereits 30 Einsendungen, Nachweisrate SARS-Cov-2 bei 17 % (5 Proben)	FG17 [redacted]

	○ Rhinoviren leicht ansteigend, aber weiterhin unter üblichem Niveau ○ [redacted] ○ Differenzierung von neuer Virusvariante derzeit nicht möglich, da keine spezifische PCR gegen das relevante Gen bzw. die die relevante Deletion abgreift → muss entwickelt werden *To Do: Bitte um Austausch von FG17 und ZBS1 zwecks Vorbereitung einer solchen PCR ([redacted] setzt sich mit [redacted] in Verbindung)* • IMS - [redacted] Erlassbericht (Dokument hier): Vorarbeit von [redacted] in Zusammenarbeit mit [redacted] und [redacted], Abstimmung ist erfolgt, soll heute Mittag rausgeschickt werden	Abt.1 [redacted] FG38 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** Infektionsschutz bei Geimpften [redacted] • [redacted] • [redacted]	VPräs [redacted]
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
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 [redacted]
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • [redacted] • Nächster Krisenstab in den Feiertagswochen regulär montags und mittwochs, freitags im Notfall	FG38 [redacted]
15	**Wichtige Termine** • Keine Beiträge	
16	**Andere Themen**	

	• Nächste Sitzung: Montag 28.12.2020, 13:00, [redacted]		

358 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-12-28.pdf

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:	[redacted] *Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted] (Vertretung f. Thomas Ziese, FG24)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG3
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA

- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 ▪ 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 ▪ [redacted] ▪ Im Wochenvergleich: Rückgang gemeldeter Fallzahlen auch aufgrund von vermindertem Meldeaufkommen ○ Meldedaten zwischen den Feiertagen ▪ Während der Feiertage gibt es generell eine verminderte Meldeaktivität die nicht der realen Lage entsprechen, dafür sind es relativ hohe Werte ▪ [redacted] ▪ 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 ▪ Ab dem 04.01.2021 müssen Rückstände aufgearbeitet und aufgeholt werden → muss beobachtet und dementsprechend angepasst werden	AL3 Alle

	○ Welches sind die aktuell aussagekräftigen Parameter? ▪ 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 *ToDo: AL3 informiert LZ und Dashboard verantwortliche über Erhaltung des Hinweises auf vorsichtige Interpretation der Meldedaten zwischen den Feiertagen* *ToDo: Textvorbereitung zur Einschätzung der aktuellen Lage, inklusive möglicher/nicht möglicher Interpretation der verfügbaren Daten (AL3?)* [redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** **CWA** • [redacted] • Ursprünglich war geplant, alle CWA-Nutzenden mit roter Risikoexposition-Warnung zu bitten an einer online Befragung teilzunehmen, diese sollte auf [redacted]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 **DEA** • Aufgrund von Ausfällen, wegen der Personen sich nicht registrieren konnten, wurde kurz vor Weinachten eine DEA Eskalationshotline eingerichtet	FG21

	• Die Systeme der Bundesdruckerei waren nicht klar und insbesondere gab es große Problem beim plötzlichen Einreisestopp aus UK • [redacted]	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Änderungsbedarf	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Einige Anfragen zum Impfquotenmonitoring ○ Journalisten/Datenjournalisten wollen maschinenlesbare Excel Tabellen ○ Anfrage von einer Klinik, die wissen wollte, wie sie ihre Impfzahlen eingeben können, dies wurde mithilfe von [redacted]geklärt (müssen sich an BL wenden um Zugang zum Portal zu erhalten) ○ Heute sollen erste Daten (absolute Impfzahlen) auf der RKI-Seite veröffentlicht werden, eine Twittermeldung folgt • 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	BZgA Presse
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Mögliche neue BMG Rechtsverordnung** • BMG überlegt Rechts-VO zu erlassen, nach der alle SARS-CoV-2-Sequenzen in Deutschland dem RKI zugeleitet werden • Hierzu wird von Abt 1 und 3 ein Bericht vorbereitet, Motto: 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 • Wieviel % der positiven Proben sollten sequenziert werden? ○ In UK bis zu 10%, in anderen Ländern 5%, in GB besteht das intensivste Sequenzierprogramm	VPräs/alle

	○ 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 • Meldeinhalte Sequenzierung ○ 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 ○ [redacted] 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 • Es werden noch viele Details geklärt werden müssen, wenn die VO kommt **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente** **Überarbeitete Entlasskriterien** • Überarbeitete Entlasskriterien sind noch nicht veröffentlicht • Grafik von IBBS ist fertig, heute wurde kommentierter Text von AL1 an IBBS geschickt • 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	AL1/IBBS
8	**Update Impfung (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • [redacted]	ZBS1 FG17

	• 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)
	  ○ 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
	  ○ 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
	  ○ [redacted]
	  ○ 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
	  ○ [redacted]
	• Influenzanachweise so niedrig/ausbleibend, warum? Durchimpfungsrate oder MNB?
	  ○ 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
		Alle

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	Vorstellung ITS-Kapazitäten Prognosemodell SPoCK-
	• Zwei neue Dokumente online
	  ○ Therapieempfehlungen STAKOB: Hinweise zu Erkennung, Diagnostik und Therapie und
	  ○ Bewertung der medikamentösen Therapie bei COVID-19 durch die Fachgruppe COVRIIN
	• Empfehlungen zu strategischer Patientenverlegung in Arbeit(?)
	
	Intensivregister
	• Blick auf DIVI-Intensivregister mit Anteil PatientInnen, Gesamtzahl Intensivbetten, Gesamtzahl freier Intensivbetten
	  ○ Bei Gesamtzahl freier Betten sind ≥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
	
	Prognosemodelle SPoCK (Folien hier)
	• [redacted]
	• [redacted]
	• Prognosemodellierung
	  ○ 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 repräsentiert nicht reelle Daten!)
	• Ergebnisse
	  ○ 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
		IBBS
		
		MF4
		
		MF4

	○ 62% der Kliniken geben an, an Grenze zu gelangen, vor allem aufgrund von Personalmangel • [redacted] • [redacted] • Die zugrundeliegende Berechnung ist einsehbar jedoch zum Teil sehr statistisch beschrieben • Zur Qualitätssicherung werden rückwirkende Prognosen durchgeführt welche eine gute Performance suggerieren, es erfolgt eine permanente Überwachung und Überprüfung	
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** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 30.12.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	

360 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2020-12-30(1).pdf

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:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  -
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  -
- FG37
  -
- FG38
  -
- IBBS
  -
- ZBS1
  -
- ZIG1
  -
  -
- BZgA
  -
- MF3
  -

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Internationale Lage (Folien hier) o **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); o **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; ▪ **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**: Rückgang der Fälle und Todesfälle; SOA: Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 6 % bzw. 1 %; meiste neue (Todes)Fälle: Indien, Indonesien, Bangladesch; ÖMM: Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 9 % bzw. 10 %; meiste neue (Todes)Fälle: Iran, Marokko, Pakistan, Tunesien; o Update Neue SARS-CoV-2-Varianten ▪ **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;	ZIG1 [redacted]

- **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
  - Sehr hohe CFR (Folie 1) von Deutschland ggü. bspw. GB (2,74 *versus* 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 *versus* Bevölkerungszahl als „transparentestes" Maß der Surveillance- und anderen Mechanismen: hier Zahlen für USA, UK und Italien ca. 4x so hoch wie für Deutschland

To Do1: Bitte an [redacted], den Neuen technischen Report PHE zu zirkulieren.
To Do2: Bitte um Korrektur der CFR Folie 1.

National

- **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien hier)
  - 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:
    - 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;

Abt. 3 [redacted]

- Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einw.): Vogtlandkreis führend mit Inzidenz von ca. 690, trotz geringerer Meldeaktivität weiterhin
  - 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;
- Darstellung der gemeldeten COVID-19 Fälle nach Infektionsumfeld (Fälle aus Ausbrüchen mit ≥ 2Fällen): 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):
  - Zwischen 24.12. und 30.12. Anteil übermittelnder Gesundheitsämter deutlich von Durchschnitt der Vorwochen(n) gesunken (Abfall von ca. 95 auf ca. 85 %)
  - [redacted]
  - [redacted]

- **Syndromische Surveillance** (Folien hier) FG36 [redacted]
  - 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 schwer interpretierbar; ○ Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis 51. KW: „Lockdown light" KW 45, seit KW 46 relativ stabil bei ca. 60 %, in KW 50 Sprung auf 68 %, in KW 51 (Lockdown) stabil bei 66 %; ○ Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis 51. KW nach AG: AG 15-34 Jahre und 35-59 Jahre seit KW 45 relativ stabil, AG 60+ noch nicht deutlich stabilisiert; tendenziell eher weiterer Anstieg; Sprung in KW 50 in den AG ab 35 Jahre (eventuell durch verstärkten Einsatz von Schnelltests); ○ COVID-SARI-Fälle bis KW 51 – Absolute Anzahl der COVID-19-Fälle mit SARI, alle Fälle, inkl. Liegende (vorläufige Diagnosen, noch nicht vollständig): weiterer Anstieg in AG 60-79, leichter Rückgang in AG 80+ (Daten von noch liegenden Fällen, eher unvollständiger); AG 15-34 und 35-59 Jahre relativ stabil seit KW 45 (ggf. Einfluss des Lockdowns ersichtlich); insgesamt ist das Bild aber ähnlich wie bei den eingeschränkten Daten, allerdings haben in dieser Darstellung (alle Fälle) die Fälle aus der Altersgruppe 35-59 Jahre weniger Gewicht, in hohen AG weiterhin recht viel Bewegung; ○ Diskussion: ▪ Vorsicht bei einer Interpretation bezgl. Maßnahmen; ▪ Bitte an alle um Bewertung und Einschätzung ihrer Daten hinsichtlich der Notwendigkeit einer Sprachfähigkeit ab dem 04.01. • **Testkapazität und Testungen** **Testzahlerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote: KW 51 ca. 1.5 Mio. Tests, KW 52 ca. 1 Mio. Tests: starker Rückgang; ○ Positivenanteil knapp 13 %, somit um 1.5 % höher als Vorwoche; ○ Auslastung der Kapazitäten: deutlich niedriger als in Vorwoche, vermutlich da viele Praxen geschlossen und Arztbesuch nur bei ernsthafter Erkrankung → Testung vermutlich vermehrt schwererer Fälle, somit vermutlich ursächlich der höheren Positivenanteile; ○ Probenrückstau geringer als in Vorwoche, jedoch insgesamt 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	Abt. 3 [redacted]

	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." o Diskussion: o Verzerrungsfaktoren und Interpretationserschwernis 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; o Dies sollte ebenfalls frühzeitig eingeordnet und kommuniziert werden; o Anfang kommender Woche erschwerte Einschätzung zu Effekt des Lockdowns und der Feiertage, vermutlich eher zu Wochenmitte bzw. Folgewoche mit reelleren Zahlen; o 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.	FG36 [redacted] FG34 [redacted]
	Testungen und Positivenanteile (Folien hier) o Testzahlrückgang: KW 51 ca. 600.000 Tests, derzeit ca. 460.000 Tests (Abnahme um ca. 1/3); o Folie 1: leichte Zunahme des Anteils positiver Testungen im Vergleich zur Vorwoche; o Folie 2: Stratifiziert nach Bundesland: weitere Anstiege in BB, Sachsen, Sachsen-Anhalt und vor allem in Thüringen (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); o 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; o 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; o Folie 5: Testverzug: kein deutlicher Zuwachs der Anzahl der Verzugstage, deutlicher Rückgang der Testungen hier somit ebenfalls sichtbar;	FG37 [redacted]

	To Do: Bitte um Ergänzung der Grafik Folie 5 um eine Linie zum durchschnittlichen Meldeverzug in Tagen	
2	**Internationales** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Keine Beiträge	
5	**Kommunikation** [redacted] **Presse** • Kein Beitrag aufgrund der zeitgleichen Bundespressekonferenz unter Mitwirkung des RKI und des PEI	BZgA [redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente/weitere Studien** Empfehlung zu geimpften *versus* genesenen KP1 (v.a. med. Personal) • 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; • Papier zum KP-Management war hinsichtlich med. Personals bewusst nicht spezifiziert worden, jegliche Anpassungen des KP-Management-Papiers gelten somit auch für med. Personal; • 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); • [redacted] • 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. *To Do1: Bitte um Rücksprache mit Kolleg*innen im europäischen Ausland bezüglich Regelung Umgang mit geimpften KP1 bei med. Personal.*	FG37 [redacted] VPraes [redacted] FG14 [redacted] FG36 [redacted] FG17 [redacted]

	To Do2: Bitte um Konsultation der Daten aus Zulassungsstudien der Impfstoffhersteller alsbald verfügbar, hierbei Bitte an [redacted] *um Rücksprache mit* [redacted] *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).*	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	

9	**Labordiagnostik**
	NRZ Influenzaviren (Folien hier):
	• 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 nachgewiesen.
	
	PCR-Ergebnisse – Hotspot-Proben
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• In dieser Stichprobe aus den betroffenen Hotspots somit vorerst kein Nachweis der UK-Variante;
	• Veränderter Wirkmechanismus der in diesem Stichprobenumfang nachgewiesenen Mutation ist bislang nicht bekannt.
		FG17 [redacted]
		
		ZBS1 [redacted]

	Testzahlenerfassung für Lagebericht (Dokument hier, Abschnitt gelb markiert und unten eingefügt) • „In KW 52 wurden im Vergleich zu den Vorwochen deutlich weniger PCR-Tests durchgeführt. Es ist zu vermuten, dass dies zum Einen mit der Schließung vieler Arztpraxen, zum Anderen auch mit einer geringeren Frequenz von Arztbesuchen in den Feiertagswochen zu begründen ist. Daher ist auch anzunehmen, dass im Vergleich zu den Vorwochen eine geringere Anzahl von Personen mit leichter bis mittelschwerer Symptomatik und lediglich Personen mit deutlicher Symptomatik, während der Feiertage einen Arzt aufgesucht haben. Es ist anzunehmen, dass sich dies ~~Dies zeigt sich~~ in den geringeren Testzahlen und in der erhöhten Positivquote widerspiegelt." • Interpretation ist notwendig, jedoch vorsichtigere Formulierung in letztem Satz gewählt, da positive AG-Schnelltests, die per PCR bestätigt werden, ebenfalls ursächlich sein könnten – die Aufnahme dieser weiteren Begründung wird jedoch abgelehnt, da dies zu Spekulation verleiten könnte und diese „Bestätigungstests" vermutlich eine untergeordnete Rolle spielen (cave: Unterscheidung zwischen Schnelltest in Testzentren – vermutlich geringe Positivenrate – und Schnelltest in betreuten Einrichtungen – hierzu derzeit Abfrage laufend, vermutlich kein Ergebnis vor dem 04.01.)	Abt. 3 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Dokument zu Entlasskriterien seit gestern online; • Voranfrage Thüringen zur überregionalen Verlegung von COVID-19-Normalpatienten (nicht-ITS), da Kapazitäten derzeit nahezu ausgeschöpft – Sitzung Steuerungsgremien dazu (Strategie Patientenverlegung).	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** Anfrage zum Umgang mit KP1 nach möglicher Reinfektion mit neuer UK-Variante • 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 intensivierte Umgebungsuntersuchung, um Datengrundlage für umfassende Studie zu stellen; • Proben sollen als Diagnostikproben an ZBS1 geschickt werden.	FG36 [redacted] ZBS1 [redacted]
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • 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;	FG38 [redacted]

	• 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 *ad hoc* den Gesundheitsämtern zugeordnet werden können, Abarbeitung prospektiv über Unterauftragsvergabe seitens Bundesdruckerei möglich.	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Derzeit relativ gut tragbare Arbeitslast	FG38 [redacted]
15	**Wichtige Termine** • 05.01.2020: Schalte Bundeskanzlerin und Regierungschefs	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 04.01.2021, 13:00, via [redacted]	

362 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-01-04.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*04.01.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - [redacted]
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
  - [redacted]
- FG 32/38
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZGA: [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]
- BMG: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **National** • **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.775.513 (+9.847), davon 34.574 (1.9 %) Todesfälle (+302), 7-Tage-Inzidenz 139/100.000 Einw.; o 4-Tage-R= 0,95, 7-Tage-R= 0,85: Reproduktionszahlen leicht unter 1 o Impfmonitoring (neu): 238.809 geimpfte Personen o ITS: 5.762 (+36) nimmt leicht zu o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum: ▪ hoch vor Weihnachten, letzten 2 Wochen gesunken, schwer interpretierbar. ▪ Sachsen und Thüringen mit höchster Inzidenz, aber sinkend, auffällig ist Brandenburg mit einem kleinen Anstieg an Sylvester ▪ Insgesamt keine reelle Einschätzung des Rückgangs möglich; o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einw.): Vogtlandkreis führend mit Inzidenz von ca. 631 ▪ 19 LK > 25-50, ▪ 101 LK > 50-100, ▪ 248 LK > 100-250, ▪ 42 LK > 250-500 und ▪ 2 LK > 500-1000; • Meldedaten Feiertage (Exceltabelle, nicht Bestandteil der Folien): Die grauen Balken geben den Anteil der Gesundheitsämter wieder, die an dem Tag übermittelt haben. Während der Feiertage bzw. Wochenenden haben 80% der Gesundheitsämter Daten übermittelt. Die täglich übermittelten Fallzahlen waren je Tag sehr unterschiedlich. Mit einem Meldeverzug von 1 Tag, ist dieser jedoch nicht größer geworden, auch mittels DEMIS wurden weniger Fälle vom Labor ans Gesundheitsamt übermittelt. Die geringeren Fallzahlen sind nicht auf den Meldeverzug zurückzuführen. • Diskussion: o Interessante Beobachtung in den ARS Daten, dass ein Rückgang von Testungen in allen Bundesländern, bis auf Brandenburg zu	FG32 [redacted] FG32 [redacted] Alle

	beobachten ist, daher geringerer Rückgang der Fallzahlen in Brandenburg. Die Testzahlen sollten mit den Meldungen verglichen werden, aktuell gibt es keinen signifikanten Verzug. • Beschluss des Krisenstabs: Die Disclaimer bleiben bis Ende der Woche bestehen. • Besprechung des Initiativberichts „Bevölkerungsbezogene antiepidemische Maßnahmen nach dem 10. Januar 2021“ [redacted] o Darstellung des Anhangs zum Initiativbericht; beinhaltet kurze Erläuterung zu den vorhandenen Systemen und deren Einschätzung zu z.B. Meldeverzug während der Feiertage; ARE Konsultationen, Testzahlen usw. o Dank an alle die kurzfristig dazu beigetragen haben; o Anhang sollte stark gekürzt werden, dennoch ist wichtig die verschiedenen vorhandenen Systeme gut strukturiert darzustellen o Mehrere 100.000 Deutsche sind in den Feiertagen gereist; eine Einschränkung der Mobilität sollte als Maßnahme im Bericht erwähnt werden o Mittels GISAID sollte geprüft werden, ob die neue Variante aus Südafrika in Deutschland schon vorkommt. o Verschiedene Anmerkungen sollten in die Version von heute morgen eingearbeitet werden (TODO Al3 in Absprache mit FG36, Deadline 4.1.2020 16:00 Uhr) • [redacted] benötigt u.a. aktuelle Zahlen zu Schulen für die heutige Telefonkonferenz mit den Ministerpräsidenten der Länder um 17:00 Uhr. Entsprechende Zahlen wurden für den Krisenstab schon vorbereitet. [redacted] stellt in Absprache mit [redacted] weitere Daten bis heute 16:00 Uhr zusammen. • Vorstellung Lageeinschätzung (Folien hier) o Beurteilung der Aussagekraft der Meldedaten; Mittlere Dauer zwischen Erkrankung und Meldung im Median 6 Tage; in den letzten Tagen etwas höher; Es wurden mehr Fälle gemeldet, die etwas länger krank waren. Nowcast deutet möglicherweise an, dass Fallzahlen zurück gehen; Bei den kumulativen Fallzahlen ist ein Rückgang zu beobachten, stratifiziert nach Altersgruppen weitgehende Stabilisierung auf etwas niedrigerem Niveau.	FG36 [redacted] [redacted] FG34 [redacted]

	• Vorstellung der Exzessmortalität (Folien hier) *TODO: Überarbeitung der [redacted] FF Al3 in Absprache mit FG36, Deadline 4.1.2020 16:00 Uhr* *TODO: [redacted] erstellt in Absprache mit [redacted]* *Grafiken für Vortrag von [redacted] am 4.1.2021 Deadline 16:00 Uhr* *TODO: Analyse der GISAID Daten, ob Variante aus Südafrika schon in Deutschland vorhanden ist.*	FG34 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Zur Erinnerung: die Internationale Lage wird Freitags vorgestellt	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nichts zu berichten	Alle
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] **Stufenplan (RKI):** • Vorstellung eines Stufenplans (Folien hier und hier): inhaltliche Erarbeitung durch AL3, Kommentierung durch FG36 und grafische Aufbereitung durch P1 o Hintergrund des Stufenplans soll die Entlastung des Gesundheitssystems sein. Es wurden 5 Stufen anhand der 7-Tage-Inzidenz entwickelt, dies wurde mithilfe von Metaanalysen, Modellierungen und Literatur mit empfohlenen Maßnahmen je Stufe unterfüttert; Für die Einteilung der Maßnahmen in die Stufen wurden auch Stufenpläne anderer Länder verwendet (z.B. Irland). o Diskussion: Es sollte ein Hinweis eingefügt werden, dass die angegebenen Werte nur Richtwerte sind und nicht durch Literatur belegt werden konnten, da viele der vorgeschlagenen Maßnahmen in der Literatur gleichzeitig angewendet wurden.	[redacted] AL3 [redacted]

	○ Regionale Begebenheiten sollten mitaufgenommen werden (z.B. Ausbrüche). ○ Nachfrage: Für wen ist dieses Dokument gedacht und wann sollte es finalisiert werden? Das Dokument ist für politische Entscheidungsträger gedacht und soll als Anhaltspunkt dienen welche Maßnahmen in welcher Situation durchgeführt werden sollten. ○ Vorschlag: eine Präambel einfügen und Szenarien für die Anwendung des Stufenplans beschreiben ○ Die Stufen mit ihren weitreichenden Maßnahmen sollten von der Epidemiologie (7-Tage Inzidenz Werte) entkoppelt werden. Bei der Nutzung von Inzidenzwerten, sollten die regionalen Werte der Kreise genutzt werden und nicht die RKI Werte ○ [redacted] **RKI Pressestelle:** • Die Impfzahlen werden nun vormittags veröffentlicht, aktuell erscheint zusätzlich zu den Zahlen auch eine Karte und eine Grafik zum Verlauf über die Zeit. • Der Text für die Internetseite zu der neuen Variante wurde überarbeitet, Abt1 und Abt.3 sollen die Überarbeitung prüfen. *TODO: Kommentierung des Textes der neuen Variante durch Abt.1 und Abt.3*	Pressestelle [redacted]
6	[redacted]	[redacted]
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	Alle
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33

10	**Labordiagnostik** **NRZ Influenzaviren** • Update zur neuen Variante: Es hat eine Intensivierung der Sequenzierung von Proben stattgefunden. Es wurden 60 Proben aus dem Dezember u.a. aus dem AGI Sentinel (aus Sachsen und Thüringen) untersucht. Bis jetzt konnte dort die neue Variante nicht nachgewiesen werden. Es ist geplant weitere Proben aus dem AGI Sentinel zu sequenzieren. Die Variante wurde in vielen europäischen Ländern gefunden, die Rolle ist allerdings noch unklar. • AGI Sentinel: über den Jahreswechsel trafen weniger Proben ein, allerdings ist der Anteil der pos. Proben von 8,6% auf 15,5% angestiegen. Die Probenanzahl hat sich von KW 51 auf KW 52 halbiert, bis auf Rhinoviren und SARS-CoV-2 wurden keine weiteren Viren gefunden. • FG17 hat eine RNA Probe der neuen Variante (UK) erhalten, sollte von der Probe noch Material vorhanden sein, bittet ZBS1 um einen Teil der Probe • FG17 berichtet darüber, dass sie eine Probe aus Dänemark (Nerz Variante) am 23.12 erhalten haben, die nun angezüchtet wird. **ZBS1** • in KW 53 wurden 909 Proben im Labor untersucht, davon waren 385(42,35 %) positiv • in KW 52 606, davon 315 (48,09 %) pos. • Aktuell werden viele Proben von bekannt positiven Fällen oder nach pos. Antigen-Schnelltest untersucht. • [redacted] • [redacted] • ZBS1 ist nun an DEMIS angebunden und übermittelt Daten seit der KW53 • Es treffen immer noch Proben aus der Studie COMO bundesweit ein, dazu sollen Absprachen mit Abt.2 [redacted] getroffen werden.	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Aktuell sollen bis zu 20 Patienten aus dem Kleeblatt Ost verlegt werden. Die Lage in den verschiedenen Kleeblattregionen ist angespannt. Eine Verlegung aus Grenzregionen ins Ausland soll jedoch erst nach Absprache erfolgen.	IBBS

	• IBBS möchte Südafrika mit Angeboten in der Telemedizin unterstützen, dies soll nochmals separat besprochen werden.	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) ○ Grippe Web - Inzidenz akuter respiratorischer Erkrankungen je 100.000 Einwohner: ARE deutlich unter den Vorjahren und sinkend; während der Feiertage sind die ARE zurückgegangen; In KW49 leichter Anstieg, jedoch unter Vorjahresniveau; ○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppen: Anteil der 15-20-Jährige mit COVID-19 höher als in jüngeren AG ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ Übermittlung von Ausbrüchen in KW52 und 53; Erkrankungsbeginn allerdings früher ○ Ausbrüche in Schulen ▪ Auch Schüler betroffen, Rückgang von Ausbrüchen zu beobachten, durch Schulschließungen weniger Aktivität; Schulöffnungen sollten nur mit Maßnahmen, die Übertragung in Schulen einschränken, erfolgen. • Mobilität während der Feiertage Dezember 2020 (Folien hier) ○ Lockdown hat Wirkung gezeigt, die Mobilität ist geringer als im Vorjahr (2019); Die Mobilität stieg vom 14.-16.12. an (Einkaufsverhalten vor hartem Lockdown), auch nach den Feiertagen hat die Mobilität wieder zugenommen, allerdings insgesamt niedriger als im Vorjahr. Am 3.1. war die Mobilität so niedrig wie zu Zeiten des 1. Lockdowns im Frühjahr 2020. Der 2. Lockdown hat sich bemerkbar gemacht;	FG36 [redacted] [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine**	Alle

364 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-01-06.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*06.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]

- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.808.647 (+21.237), davon 36.537 Todesfälle (+1.019), 7-Tage-Inzidenz 127/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=0,61; 7-Tage-R=0,83: R-Wert deutlich unter 1 ○ Impfmonitoring: 316.962 (+44.563) geimpfte Personen ○ ITS: 5.678 (-66) ▪ leichter Rückgang, jedoch fast 37% versterben, keine Entwarnung, nach wie vor hoch ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Leichter Rückgang, aber alle BL auf hohem Niveau ▪ Höchste Inzidenzen in Sachsen und Thüringen, aber auch dort leichte Entspannung. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Kein Kreis mit Inzidenz > 500 ▪ 30 LK mit Inzidenz >250 - 500 Fälle ▪ nur 26 LK mit Inzidenz <= 50 ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche ▪ Höchste Inzidenzen bei >80 Jährigen, rückläufig auf hohem Niveau ▪ Niedrigste Inzidenzen bei 0-4 und 5-14 Jährigen ○ COVID-Fälle nach Infektionsumfeld ▪ In letzten Kalenderwochen viele Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen, mehr als in privaten Haushalten, weiterhin besorgniserregend. ▪ Liegt das evtl. daran, dass der Fokus der GA mehr auf Heimen und nicht auf Haushalten liegt? Nur bei einem kleinen Anteil der Fälle wird von GA ein Ausbruch angelegt, evtl. werden nicht alle Ausbrüche in privaten Haushalten in Software erfasst. ▪ In letzten Wochen gab es 800 aktive Ausbrüche in Altenheimen und trotzdem eine Untererfassung. ▪ Anmerkung der Leitung: Diese Darstellung sollte nur sehr vorsichtig verwendet werden, da sie häufig als Verteilung der Fälle gelesen und falsch verstanden wird. ▪ Abbildung wurde erstmalig in Epid.Bull. Artikel mit Hintergrundinformationen veröffentlicht und wird	FG32 [redacted]

	immer auch kommentiert, evtl. sollte ein Disclaimer auf Darstellung. o COVID-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ In Woche 51 ca. 4.000 Personen innerhalb einer Woche verstorben. ▪ Meldeverzug bei Sterbefällen eher länger als bei Meldungen: bei Übermittlung liegt Sterbedatum häufig 1-2 Wochen vor Meldung. o In einigen BL ist noch mit Nachmeldungen zu rechnen. Gründe? Keine technischen Gründe, Fallzahlentwicklung in Laufe der Zeit spricht für ausstehende Meldungen.	FG37
	• **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ In KW 52 ist die Testzahl deutlich niedriger als in KW 51, in KW 53 nochmal deutlich niedriger. Positivenquote ist auf 16% in KW 53 gestiegen. o Auslastung der Kapazitäten ▪ In letzten beiden Wochen waren neben der Zahl der durchgeführten Tests auch die Testkapazitäten deutlich niedriger. o Kein nennenswerter Rückstau von Proben	Abt. 3 [redacted]
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) o Auch hier in 53.Woche deutlicher Rückgang der Testungen, auch in ARS Positivenanteil >16%. o Anteil nach Bundesland ▪ Herausragend sind Sachsen und Thüringen. Thüringen hat mit ca. 30% die höchste Positivenrate. o Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Am häufigsten werden >=80 Jährige getestet. ▪ Auch der Positivenanteil ist in dieser Altersgruppe am höchsten. o Abnahmeort ▪ Anteil Abnahmeort Arztpraxen hat in letzten 2 Wochen abgenommen, im Verhältnis hat Anteil KH-Normalstation zugenommen. In Arztpraxen ist der Positivenanteil stark angestiegen auf >20% der Testungen, dies deutet auf starke Selektion hin. o Zeit zwischen Abnahme und Test ▪ Thüringen > 2 Tage von Abnahme bis zum Test o Für Interpretation der letzten 2 Wochen muss noch abgewartet werden. o Wann sind Antigennachweise mit in diesen beiden Erfassungssystemen darstellbar? ▪ ARS kann diese Daten empfangen, jedoch nur Tests aus Laborinformationssystemen, keine point-of-care Tests. ▪ [redacted] hierzu läuft, Daten können nächste Woche vorgestellt werden. Abfrage ist an Laborkoordinatoren der Länder gegangen.	FG37 [redacted]

	○ Abnahmekapazitäten sind deutlich zurückgegangen, warum wurden trotz Krise so viele Arztpraxen über Weihnachten geschlossen? Funktionäre der kassenärztlichen Vereinigung scheinen die Krise nicht ernst genug zu nehmen. ○ Appell sollte sehr sensibel sein, manche Ärzte arbeiten viel mehr als vorher. ○ Wird von [redacted] in morgendlicher Runde im BMG kurz angesprochen und zur Diskussion gestellt. ○ [redacted] • **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) ○ Bisher keine Hinweise auf saisonale Grippewelle. ○ ARE-Konsultationen ▪ Unter Niveau der Vorjahre, üblicher Einbruch in dieser Jahreszeit zu beobachten. ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Anzahl SARI-Fälle bei >60 Jährigen etwas zurückgegangen, Stabilisierung auf hohem Niveau. ▪ Bei >80 Jährigen leichte Entspannung. Die Zahl der KH-Neuaufnahmen scheint zu sinken. Alle, die länger im KH liegen, werden hier nicht abgebildet. ▪ Anteil mit COVID an SARI-Fällen ist noch relativ hoch. ▪ Altersverteilung: Jüngere sind deutlich seltener betroffen als in den Vorjahren, da weder Influenza noch RSV. Ist indirekter Effekt der allgemeinen Maßnahmen zur Verhinderung respiratorischer Erkrankungen. ○ Gibt es Studien dazu? Welche Maßnahme wirkt wie? Je mehr Evidenz für die Maske gefunden werden kann, desto besser. ▪ COVIRIS-Studie läuft schleppend an, könnte aber Ergebnisse liefern. ▪ Es gibt Studien auf Populationsebene aus USA, dass in Gemeinden, in denen Masken getragen wurden, weniger COVID-Fälle auftraten. • **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ○ Bundesländertabelle ▪ Aktuell sind 5.557 COVID-19 Fälle in intensiv-medizinscher Behandlung. ▪ Stark belastet sind BW, BY, BE, BB, HE, NW, SN. ▪ Ca. 70% benötigen Beatmung, invasiv oder nicht invasiv. ○ Regionale Kapazitätslage ▪ Belastungslage enorm hoch: in 8 BL liegt der Anteil von COVID Patienten bei >25%, in 3 BL bei >30% (BE, BB, SN). ▪ Puffer von 15% freie Bettenkapazität ist erwünscht, 9 BL unterschreiten diese Grenze.	FG36 [redacted] MF4 [redacted]

	▪ Im Unterschied zur 1.Welle kommt es zu immer stärkeren Engpässen. o Zeitliche Entwicklung ▪ Zum Teil noch starker Anstieg, bzw. Einpendeln auf hohem Niveau an intensivmedizinisch behandelten COVID-Fällen. ▪ Zeitliche verzögerte Wirkung von Lockdown-Maßnahmen. ▪ Freie IV-Kapazitäten sinken. o Prognosemodellierung ▪ Fallzahlen auf BL Ebene: Vergleich zwischen tatsächlich Behandelten (rote Punkte) und für COVID zur Verfügung stehenden Betten (orange Linie) ▪ Prognosebild für alle Bundesländer und auf NUTS-2 Ebene ▪ Demnächst auch Modellierung für Versorgungscluster ▪ Unsicherheiten im Moment größer, da Meldezahlen miteingehen o Wurden Intensivkapazitäten seit Frühjahr verdoppelt? ▪ Keine Verdoppelung, aber Ausbau vor allem bei Geräten. Kapazität der Beatmung wurde erhöht, Engpässe beim Personal. o Wer ist Empfänger der DIVI-Daten? ▪ Verteilung über Plattform DIVI-Intensivregister, Publik Health Akteure, Krisenstäbe, kontinuierliche Erweiterung des Verteilers. o Wenn von der Zahl freier Intensivbetten gesprochen wird, muss deutlich gemacht werden, dass mind. 15% freige-halten werden sollten. o Fällt im Vergleich zur 1.Welle durch Antigentests viel Personal aus? Gibt es Informationen dazu, dass unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen weiter gearbeitet wird? ▪ In 1.Welle gab es keine Engpässe. In letzten 2 Monaten wird immer öfter Personal als Betriebs-einschränkung angegeben, genauere Gründe werden nicht abgefragt.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted]	[redacted]

	• [redacted]
	
	Presse
	• Terminhinweise: am Samstag findet ein Town Hall Meeting für Ärzte und Apotheker mit [redacted] und dem PEI statt.
	• Am 14.01. findet eine RKI-Pressekonferenz statt.
	
	• Wird die Möglichkeit genutzt 6 statt 5 Impfdosen pro Einheit zu verimpfen?
	  ○ Nach Kenntnis von [redacted] wird diese Möglichkeit zunehmend genutzt.
	  ○ Keine Informationen dazu im Impfmonitoring.
	• Sehr unterschiedlich, wie mit verfügbaren Impfdosen umgegangen wird: Zum Teil werden Impfdosen für die 2. Impfungen vorgehalten, zum Teil wird alles verimpft und für die 2. Impfungen auf neue Lieferungen gewartet.
		Presse [redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	• Beschlüsse vom 5.1. und Auswirkungen auf RKI
	  ○ Bei molekularer Surveillance ist RKI konkret angesprochen.
	  ○ Konzept, wie integrierte molekulare Surveillance im Vergleich zum letzten Jahr ausgeweitet werden kann, soll bis Freitag dieser Woche finalisiert werden.
	  ○ Vorbereitungen bei MF1 laufen. Sequenzierung am RKI wird von 100 auf 200 pro Woche verdoppelt werden. Dafür soll eine Stichprobe an Laboren 5 Proben pro Woche ans RKI zur Sequenzierung schicken.
	  ○ Vornehmlich geht es aber darum Daten, die in externen Laboren entstehen, verbindlich zusammenzuführen und aufzubereiten.
	  ○ Routinelabore sollen angesprochen werden. Diese sollen eine Stichprobe aller PCR positiven Proben sequenzieren und die Sequenzen ans RKI schicken.
	  ○ Verschiedene Labore haben bereits begonnen alte Proben zu sequenzieren.
	  ○ Eine Rechtsverordnung, die dafür sorgen wird, dass das RKI mehr Daten erhält, wird kommen.
	  ○ Entwicklung eines Systems zur Darstellung verschiedener Varianten: Datenempfang, Aufarbeitung und zur Verfügung-stellung.
	  ○ Ein Konzept, welche Proben ans RKI geschickt werden sollen, soll bis Freitag von [redacted] zirkuliert werden.
	  ○ Es gibt eine Erwartungshaltung bezüglich eines Konzepts vom RKI, welche Proben extern sequenziert werden sollen.
	  ○ Heute Nachmittag findet ein Treffen statt dazu, welche Proben im Kontext der neuen Varianten sequenziert werden sollen und wo.
	ToDo: Im Laufe der nächsten Woche soll eine Empfehlung, was extern sequenziert werden soll, entwickelt werden. Soll nächste Woche auf Agenda, FF [redacted], FG17
		Alle

	○ Verknüpfung von molekularer Surveillance und epidemiologischen Daten sinnvoll. ○ Könnte auf die englische Variante gescreent werden? Nur eine bestimmte PCR hat S-Gen als Target, ein Großteil der privaten Labore nutzt diese nicht. ○ Laut UK ist das Proxi umso schlechter, je älter die Proben sind. Letzte Woche wurden 50 Proben aus Dresden untersucht mit keiner hohen Trefferquote. ○ Es ist jedoch davon auszugehen, dass in Zukunft noch weitere Varianten dazu kommen werden. Nur mit einer Gesamtgenomanalyse können die Varianten entdeckt werden. Eine Zunahme von Varianten durch Impfung ist zu erwarten. *ToDo: Lagezentrum soll Beschlüsse vom 5.1. Punkt für Punkt durchgehen und überlegen, ob Konsequenzen für RKI entstehen. Falls ja, am Freitag Besprechung im Krisenstab.* **b) RKI-intern**	
7	**Dokumente** • Aktualisierung der Empfehlungen zum KP-Management ○ Bei Nachweis einer neuartigen Variante sollte keine Verkürzung der Quarantänedauer von 14 Tagen erfolgen. ○ Symptome in Quarantäne: Bei negativem Test sollte eine nochmalige Testung am Ende der Quarantänezeit erwogen werden. ○ Variante sollte explizit bei Priorisierung genannt werden. [redacted] macht einen Vorschlag, dieser wird im kleinen Kreis abgestimmt und auf Internetseite gestellt. ○ WHO hat eine Gruppe gebildet, die sich mit der Benennung der neuen Varianten befasst. Bis zur Entscheidung auf internationaler Ebene soll die B-Nomenklatur verwendet werden. ○ Bei fehlender Symptomatik: Ergänzung der Verkürzung auf 10 Tage. • Einbau des Status der Geimpften im Kontaktpersonen-management ○ Personen, bei denen in der Vergangenheit serologisch eine Infektion nachgewiesen wurde, wird gestrichen. Nur bei molekularbiologischem Nachweis ist keine Quarantäne erforderlich. ○ Wenn die Daten zum AstraZeneca Impfstoff verfügbar sind und keine Virusreduktion im relevanten Maß erreicht wird, muss nochmal überlegt werden, ob noch eine Aussage für alle Geimpften gemacht werden kann. ○ Wurde bei Reinfektionen die Viruslast bestimmt? Keine Übersichten über Viruslasten bekannt. ○ Reiserückkehrer werden erstmal ausgeklammert, müssen nicht als Ausnahme genannt werden. [redacted]	FG36 [redacted]

8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	

9	**Labordiagnostik**
	• Virologische Surveillance
	  ○ Eingang von 41 Proben letzte Woche und von 72 in KW 52, davon 10% bzw. 15% positiv auf SARS-CoV-2.
	  ○ Einsendungen konnten erhöht werden, zurzeit jedoch nur geringe Einsenderaten. Die hohen Nachweisraten von Rhinoviren sind im Lockdown zurückgegangen, Nachweise von SARS-CoV2 sind angestiegen.
	  ○ Der übliche Peak von RSV blieb aus, alle Erreger auf niedrigem Niveau.
		FG17 [redacted]

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • [redacted] ○ [redacted]	IBBS [redacted]

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	• Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie (hier)
	  ○ Änderungen von FG14 wurden eingearbeitet, am Ende wurde ein Absatz zu bereits geimpftem Personal eingefügt. Hier kann ab 14 Tagen nach der 2. Impfung von einer ausreichenden Immunität ausgegangen werden.
	  ○ Es soll der Begriff Nukleinsäurenachweis statt molekulardiagnostisch oder PCR verwendet werden.
	ToDo: Versenden zur Kenntnis ans BMG, danach Veröffentlichung
	
	• Freistellung von Screenings für Geimpfte und Genesene?
	  ○ Frage aus der AGI TK: Antigenscreening von med. Personal oder Berufspendlern ist kostenintensiv und aufwändig, können Genesene und Geimpfte freigestellt werden? Bitte um wissenschaftliche Einschätzung.
	  ○ Screening-Empfehlungen sind Länderverordnungen, die nicht auf Basis von RKI-Empfehlungen beschlossen wurden.
	  ○ Beim Verzicht auf Screening von Geimpften können Impfdurchbrüche nicht gefunden werden.
	  ○ Vor einer Empfehlung muss zunächst eine Datenbasis geschaffen werden. Deshalb sollte untersucht werden, ob das Virus auch nach Impfung noch ausgeschieden wird. [redacted] wird sich dies bzgl. mit B-FAST in Verbindung setzen.
		FG37 [redacted]
		
		FG38 [redacted]

	○ Rückmeldung an Länder: Vor einer Empfehlung sollen Studien initiiert werden (nicht unbedingt vom RKI). Bis dahin sollte Screening bei Geimpften beibehalten werden. • Bewertung von positiver Reaktion in Screening Tests von Geimpften ○ Von mehreren Stellen wurde berichtet, dass direkt im Anschluss an Impfung pos. Ergebnisse bei Antigen-Schnelltests beobachtet wurden. ○ Dies erscheint unwahrscheinlich. Da die Gerüchte aber im Raum stehen, sollte ihnen nachgegangen werden. Ist sehr einfach zu untersuchen: bei nicht exponiertem Setting, vor und unmittelbar nach Impfung, Ethikantrag erforderlich.	FG38 [redacted] FG37 [redacted]
12	**Surveillance** • Viele Rückfragen zur neuen Falldefinition. ○ [redacted] ○ Sollen Antigentests übermittelt werden? ○ Über [redacted]-Abfrage soll ein besseres Bild über Anzahl von Antigentests geschaffen werden. In wie vielen Fällen ist ein Antigentest der PCR vorausgegangen? Verschiebung in Dunkelziffer? ○ Das neue SurvNet-Update ist noch nicht in allen GA installiert, die neue Falldefinition deshalb noch nicht überall umgesetzt. ○ Bedauerlich und ein Hemmschuh in der Gesamtüber-wachung ist die große Heterogenität bei der Meldesoftware. ○ [redacted]. ○ SurvNet soll mit Mittel aus Sormas modernisiert werden. ToDo: Sprechzettel für Hr. Wieler: Wo liegt welches Problem?	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • HSC Meeting (06.01.2021; 14:30 Uhr; TN: [redacted])	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 08.01.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

366 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-01-08.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*08.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International (nur freitags)
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): fast 85 Mio. Fälle weltweit, >1,8 Mio. Todesfälle
	  ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage für KW 52, da wöchentliche Fallzahlmeldung durch ECDC
	  ▪ Größter Anstieg in KW 52 in Italien, Brasilien, USA, GB
	  ▪ Starker Abfall in Russland, Türkei und auch Indien
	  ▪ 7-Tage-Inzidenz in USA und GB >400/100.000
	  ○ 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner
	  ▪ 85 Länder/Territorien (Stand 04.01.2021)
	  ▪ Europa: nur Guernsey, Vatikan und ein weiterer <50/100.000
	  ○ 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/GB/CH
	  ▪ 3 Länder <50/100.000: Griechenland, Finnland, Island
	  ○ Laborbestätigte COVID-19-Todesfälle– EU/EWR/GB/CH
	  ▪ Daten wie EuroMOMO anders dargestellt (ECDC Folie)
	  ▪ Vergleich 1. und 2. Welle, zwei Trends:
	  1. Länder wo 2. Welle >1. Welle, 20 Länder
	  2. Länder wo 1. Welle > 2. Welle, 7 Länder
	• WHO epidemiologischer Update 03.01.2021
	  ○ Größte gemeldete Neufallzahl in Region Amerika, gefolgt von Europa
	  ○ 3. Woche in Folge weltweit >4 Mio. neue Fälle
	  ○ Leichter Rückgang (2%) im Vergleich zu Vorwoche, vorsichtig zu interpretieren da Zahlen ggf. von Meldeverzug betroffen
	  ○ Letzte Woche leichter Rückgang der Todesfälle: Amerika 47% aller neuen Todesfälle, Europa 32%, SEARO 10%, Afrika 2%
	• SARS-CoV-2-Varianten
	  ○ GB VOC 202012/01 Variante
	  ▪ 3-facher Anstieg der 14-Tage-Melderate
	  ▪ Viele genetische Veränderungen, besonders im Spike Protein
	  ▪ Variante führt nicht zu schwereren Verläufen und höherer Fallsterblichkeit, aber zu höherer Übertragbarkeit
	  ▪ 43 Länder (viele in EU) haben Fälle gemeldet
	  ▪ In GB starke Maßnahmen, fast 80% der Bevölkerung ist ans Haus gebunden
	  ○ Südafrika 501Y.V2 Variante
	  ▪ Entdeckt durch Routinesurveillance
	  ▪ Schnelle Verbreitung
	  ▪ Hast sich seit Anfang November schnell zu dominanter Linie entwickelt, >90% der Sequenzen
	  ▪ In 11 Ländern außer Südafrika identifiziert
		ZIG1

	▪ Variante wurde jetzt auch durch KL in Probe aus BW identifiziert, 6-jähriger Reiserückkehrer ▪ Tokyo ist im Lockdown, gibt es die südafrikanische Variante auch in Japan? Und in China? Keine Info zu China, Japan Info geht an Verteiler Krisenstab ○ Es wird immer mehr und neue Varianten geben: molekulare Surveillance ist sehr wichtig, Deutschland sollte sich nicht auf bekannte/von anderen identifizierte beschränken, sondern auch selbstständig neue Genomsequenzen identifizieren **Impfstoffe Afrika** ○ Viele afrikanische Länder haben Probleme, an Impfstoff zu kommen, sollte das RKI eine Stellungnahme vorbereiten? ○ ZIG hat gestern die Vorbereitung eines Briefs besprochen, ○ Es gab bereits Anfragen von Partnern ○ [redacted] ○ [redacted] **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.866.887 (+31.849), davon 38.795 (2,1%) Todesfälle (+1.188), 7-Tage-Inzidenz 136,5/100.000 Einw., Fälle IST 5.491 (07.01.2021), Reff=1,15, 7-Tage Reff=1,09 ▪ Keine Entspannung der epidemiologischen Lage ▪ Datenerhebung normalisiert sich langsam, unsicher, ob es sich um Fälle handelt, deren Erkrankungsbeginn weiter zurückliegt; dies kann einmal eruiert werden, dennoch ist das aktuelle Infektionsgeschehen sehr aktiv ▪ Zahlen sind beunruhigend, aber nicht unerwartet ○ Impfungen: >400.000 durchgeführt mit der 1. Dosis ○ DIVI-Zahlen: leichter Rückgang, aber keine Entspannung ○ 7-Tage-Inzidenzen: ansteigend in SN, ST, BB, TH, eventuell waren Daten zuvor zu niedrig, aktuell ist nicht beurteilbar wie viele aufgrund von Nachuntersuchungen übermittelt werden ○ Geografische Verteilung: viele Kreise mit hohen 7-Tage-Inzidenzen (>100/100.000), nur 15 Kreise <50	FG37/ZIG/alle FG32

	○ Sterbefallzahlen: Datenstand 30.12.2020, mit Verzug von 4 Wochen ist eine deutliche Übersterblichkeit von 11% sichtbar, wahrscheinlich größtenteils COVID-19 bedingt • Inzidenzunterschied BL und RKI ○ In BB wurden für manche lokale Kreise wesentlich höhere Inzidenzen ausgewiesen als die in Meldedaten ○ Rückfrage an BB wurde gestellt aber Antwort steht noch aus ○ Ursache noch unklar, könnte mit (neuen) Falldefinitionen zusammenhängen, wird untersucht • Darstellung Impfdosen im RKI-Lagebericht ○ Bald werden die ersten Personen zum zweiten Mal geimpft, wie soll dies im Lagebericht visualisiert werden? ○ [redacted] steht mit FG33 im Austausch hierzu und ein Vorschlag wird entwickelt ○ Es wird eng auf der 1. Seite **Disclaimer auf Dashboard** • Wie lange soll der aktuelle Disclaimer auf dem RKI Dashboard erhalten bleiben? • Ziel ist war vorsichtige Interpretation der Daten während der Weihnachtsfeiertage und zum Jahreswechsel aufgrund reduzierter Arztbesuche, Probennahme, Laboruntersuchung und Datenübermittlung → Begründung (zu) niedriger Fallzahlen • Aktuell passiert, was wir erwartet haben, Testung normalisiert sich und Nachmeldungen kommen • Mehrere BL sind mit der Dateneingabe noch nicht up to date, es stapelt sich in den GA und wird schwungweise nachgetragen, sie kommen nicht gut hinterher • Realität der Meldedaten: Probleme der Interpretation bestehen eigentlich durchgehend aufgrund des Meldeverzugs und der Überlastung • Es wurden zusätzliche Instrumente etabliert (GrippeWeb, ARS, etc.), auch diese liefern nicht die gewünschten Informationen • Dennoch sollte die Aussagekraft unserer Daten und damit unsere Glaubwürdigkeit nicht relativiert oder unterminiert werden • RKI muss die Daten im Rahmen des möglichen interpretieren, sollten die Aussagekraft nicht einschränken • Feiertageeffekt und darauf basierte Verzerrung ist jetzt vorbei *ToDo: Disclaimer soll kommenden Montag vom Dashboard und aus dem Lagebericht entfernt werden*	FG34/FG32 [redacted]/FG32/FG34 [redacted]/alle
2	**Internationales (nur freitags)** • Follow-up Mission (nach der im Oktober 2020) in den Kosovo in 1-2 Wochen zur Laborunterstützung • Viele Aktivitäten/Ausführungen im Zusammenhang mit neuen Varianten, Risikogebieten und VO, auch bzgl. Grenzschließungen → s.u. 13. Transport & Grenzübergangsstellen zu Rechtsgrundlagen • Hochrisikogebiete	ZIG

	○ In MPK Konferenz wurden „Hochrisikogebiete“ beschlossen ○ Diese sind bisher nicht klar definiert ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] • Gestern Flughafen TK ○ Teilnehmende verstehen unter Hoch-risikogebieten Länder, in denen neue besorgniserregende Varianten zirkulieren ○ Coronavirus-Schutz-VO sieht besondere Maßnahmen für Reisende aus Südafrika und GB vor, heute kommt voraussichtlich Irland hinzu	FG38
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** **Neue Virusvarianten – Integration in Risikobewertung?** • Integrieren eines Hinweises auf die neuen Varianten, deren Auswirkung auf die Lage noch nicht einschätzbar ist • Zunächst Monitoring der Situation in Kreisen, wo sie aufgetreten sind, sowie deren Entwicklung im Vergleich zu anderen Kreisen • Aktuell keine flächendeckende molekulare Surveillance, es ist nicht auszuschließen, dass Varianten auch anderswo vorhanden sind • Varianten müssen nicht automatisch zu Fallzahlanstieg beitragen, dies hängt von lokalen Infektionsschutzmaßnahmen und anderen Faktoren ab • [redacted] • Stellungnahme Bundesebene wäre gut, sowie Mitgestaltung der VO durch RKI, da diese das Screening Konzept vorgeben wird • Reisen/Empfehlungen ○ Nach wie vor vermutlich viele unnötige Privatreisen, diese sollten so weit wie möglich eingeschränkt werden ○ Mobilität treibt jede Epidemie ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	[redacted]/alle [redacted]/alle

	○ [redacted] ○ Neue Varianten kommen aus dem Ausland nach Deutschland, Virus bewegt sich durch Reisen(de) weiter ○ EU-Kollegen glauben, dass Reisen ein Problem darstellen ○ Reiseeinschränkungen führen lediglich zu Verzögerung der Verbreitung, jedoch möglichem Zeitgewinn • KoNa Management (FG37/FG36) ○ Bei neuen KoNa Management Empfehlungen wird Verkürzung der Quarantäne für Fälle neuer Varianten ausgeschlossen ○ Generell soll bei der Kommunikation auch Menschen mit leichten Erkrankungssymptomen mit erhöhtem Risiko (z.B. Einreise aus einem der betroffenen Länder) auf jeden Fall zu Selbstquarantäne geraten werden • Mobilität ○ P4 hat über die Feiertage Bevölkerungsbewegungen nachverfolgt, diese werden jedoch an den Grenzen verloren ○ Reisemobilität könnte gesondert über Flughäfen untersucht werden, z.B. Besucheraufkommen an den Flughäfen ○ Eventuell ist es schwierig, den Zusammenhang herzustellen bzw. Ergebnisse zu interpretieren aber wird eruiert • Hochrisikoländer ○ Gestern viele Anfragen bezüglich Irland und Dänemark ○ Grenze zu Irland wird geschlossen, weil 25% der Fälle die neue Variante vorweisen, die zu DK mit 2% der Fälle neuer Variante nicht ○ Interpretation Surveillancedaten anderer Länder schwierig ○ Sequenzierung zwischen den Staaten ist noch viel unterschiedlicher und nicht vergleichbar • Es sollte noch klarer kommuniziert werden, dass Mobilität das Risiko erhöht • Presse: integriert Mobilität und Reisen in Sprechzettel nächste Woche *ToDo: Entwurf neue Risikobewertung mit Hinweis auf neue Varianten für Krisenstab Montag (FF?)* *ToDo: FG32 nach Möglichkeit Untersuchung der Situation und Entwicklung in Kreisen in denen die neue Variante bekannterweise präsent ist*	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • Arbeitnehmende	BZgA Alle

	○ Müssen sich gegen veranschlagte nicht-Einhaltung von Maßnahmen im Rahmen ihrer Arbeit wehren ○ Maßnahmen nicht immer konsequent von Arbeitgebenden umgesetzt ○ Beispiel stationäre Pflegeeinrichtungen: haben Pflegekräfte tatsächlich genug Infomaterial? ○ Es wird auch bzgl. Informationsmaterial zu Impfzentren eine Bestandsaufnahme durchgeführt ○ Unterschiedliches Verhalten bei Besuchen im KKH/Pflegeheimen: dies ist auch abhängig von kulturellem Hintergrund, es gibt viel seriöses angepasstes Material hierzu, das zur Kommunikation genutzt werden kann • Arbeitgebende ○ Von politischer Seite müssten ein Konsens und klare Empfehlungen hierzu geschaffen werden ○ Insbesondere im Niedriglohnsektor gibt es keine Arbeitgeberunterstützung, z.B. bei leichter Erkrankung ○ Viele Entscheidende haben den Ernst der Lage und ihre Verantwortung nicht erfasst • RKI verfasst einen Brief an Bund der Arbeitgeber, Bund der Industrie, weitere (alle in Briefkopf), FG36 beginnt entsprechenden Entwurf für Präs, darin bitte auf vorhandene Materialien für Arbeitgebende/Arbeitnehmende hinweisen *ToDo: FG36 fertigt Briefentwurf an Bund der Arbeitgeber, Bund der Industrie usw. an und lädt andere zur Ergänzung/Kommentierung ein*	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfung (nur freitags)** **Generelles Update** • Impfstoffe ○ Heute aktualisiert STIKO ihre Empfehlung: neu zugelassener Moderna Impfstoff geht ab Dienstag in die BL ○ Diskussion in Medien zu 1., 2. Dosis und Impfintervall, Empfehlungen bleiben dieselben ○ Aufklärungsmaterialen in Impfzentren müssen bzgl. Moderna Impfstoff aktualisiert werden ○ Astra Zeneca nächster Kandidat in der Reihe ▪ Im Februar soll Beschluss genommen werden	FG33/alle

	▪ Kein Selbstläufer wie die anderen da Impfstoff weniger perfekt ist ▪ Einsatz muss diskutiert werden ▪ Möglicherweise Beschränkungen da Daten für ältere Personen sehr begrenzt sind • Viele Anfragen zum Impfen in Seniorenheimen: manche impfen nicht, wenn es 1 Fall gibt → FG33 & FG37 haben Empfehlungen entwickelt: es soll in jedem Fall geimpft werden, da selbst 1 Dosis positiven Effekt hat • Antigentests nach Impfung o Bei manchen Geimpften sind Antigentests 2-3 Tage nach Impfung positiv o FAQ werden hierzu ergänzt und sind in Abstimmung o Muss gut beobachtet werden: Impfstoff ist reaktogen und allgemeine Symptomatik ist teilweise zu erwarten, wenn Personen dann getestet werden, ist positiver Antigentest schwer zu interpretieren o [redacted] o Antigentest Nachweis beruht auch auf N-Protein (z.B. Roche) o Die meisten Antikörpertests zielen auf S-Protein ab, Antigentests häufiger auf N-Protein, da es reichlicher vorhanden ist o Klärung, welche Antigentests bei den Geimpften verwendet wurden o Unterstützung von ZBS1/FG17 zu Antigentests • Impfquotenmonitoring o Läuft und ist auf gutem Weg o Nicht einfach, alle BL an Bord zu haben, Schnittstellen kommen, BY haben eigene Sachen gemacht o Dashboard im Auftrag des BMG befindet sich in Entwicklung • Verschiedene Studien sind geplant, hinzuzufügen ist Umgang mit neuen Varianten, z.B. bei Impfdurchbrüchen – Präs soll informiert werden wegen anstehendem Townhall Meeting • Impfstoff Wirksamkeit gegen neue Varianten, gibt es hier Neuigkeiten zu Neutralisationstests? Wann wird dies vorliegen? o Impfwirksamkeit hat erhebliche Folgen auf Präventions-strategie o Vorgestern HSC Web Seminar mit EMA, usw.: bis Ende dieser Woche werden von GB erste Ergebnisse von Neutralisierungstests erwartet o Auch Impfstoffhersteller sollen hierzu Ergebnisse liefern o Hoffentlich nächste Woche Hinweise hierzu o Grundsätzlich wird nicht davon ausgegangen, dass Wirksamkeit sehr viel anders/niedriger ist (es wird eine breite poliklonale Antwort angestoßen) o Bei südafrikanischer Variante sind die Bedenken größer als bei der GB Variante, hierzu gibt es keine Informationen o 6 Wochen sind zur Impfstoffanpassung notwendig, dann Produktion	

- Zulassungstechnisch/regulatorisch sollte Anpassung der Sequenzen kein Problem sein
- Virusanzüchtung ist nicht so leicht, bisher hat RKI keine Proben erhalten um Bemühungen zu unterstützen
- Bei Impfdurchbruchstudien bitte mit einplanen, dass Virus hier erhalten wird
- [redacted]

ToDo: Abt. 3 (FG37?) Klärung welche Antigentests bei Geimpften mit positiven Ergebnissen verwendet wurden, Unterstützung von ZBS1/FG17 zu den verschiedenen Tests und auf welche Protein sie abzielen

Umgang mit Geimpften und Quarantäne (& Testung)

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- Evidenzlage
  - Impfstoffwirkung ist noch nicht bekannt
  - Dauer des Schutzes ist ebenfalls unbekannt
  - Evidenz ist aktuell nicht genügend bezüglich Reinfektion und Ausscheidung (für Genesene und Geimpfte)
  - Es sind keine Ausbrüche bekannt, die von Reinfizierten ausgehen, diese scheinen nicht den gleichen Beitrag zur Gesamtausbreitung zu haben wie Erstinfizierte
    → Wir müssen noch Erfahrungen mit Geimpften sammeln
- Andere Länder
  - Internationale Rückmeldungen: DE Entscheidung Genesenen Sonderstatus zu geben wird für mutig gehalten, es sollten nicht automatisch auch Geimpfte Sonderstatus erhalten
  - [redacted]
  - [redacted]
- Herdenimmunität

- Vertrauen wir bei Impfung nur auf individuellen Schutz vor schwerer Erkrankung?
- Verabschieden wir uns vom Narrativ der Herdenimmunität durch Impfung?
- Verhinderung von Infektionen: bei mRNA-Impfstoffen nur Daten aus Tierversuchen, bei Astra Zeneca beim Menschen nicht ausreichend, Konfidenzintervall zu groß → nicht interpretierbar
- Es wird vermutet, dass Impfung einen Herdeneffekt hat
- Konkrete Anzahl der zu Impfenden zum Erreichen der Herdenimmunität hängt von diversen Faktoren ab: Infektionsverteilung in der Bevölkerung, R-Wert, Impfeffektivität, Altersgruppen, usw.
- In Manaus (BR) wurden in der 1. Welle ~67% der Bevölkerung infiziert, dort wird jetzt eine schwere 2. Welle beobachtet (hier)

- Diverse Punkte
  - Bei Infektionen gibt es eine Heterogenität der Folgen
  - Es ist unmöglich, vorherzusagen ob Infektion glimpflich abläuft, jeder erkrankte hat einen Vorteil durch die Impfung
  - Impfstoff-Heterogenität macht Situation schwieriger, es gibt noch weniger Information und Daten
  - Dritter Impfstoff ist weniger gut → erschwert Situation
  - Probleme mit Impfcompliance: Sonderstatus ist möglicher Impfanreiz, wenn dieser wegfällt ist Compliance eventuell noch schlechter
  - BMG steht Möglichkeit einer Differenzierung der VO nach Impfstoff offen gegenüber, dann müsste RKI aber wieder eine Liste als Referenz bereitstellen und die Labornachweise müssten Infos zum Impfstoff enthalten
- Fazit
  - Es gibt keine Evidenz, dass einmal Genesene wesentlich zur Transmission beitragen, Quarantänepflichtausnahme kann für diese bestehen bleiben
  - Das gleiche für Geimpfte zu behaupten ist nicht möglich, diese sollten weiterhin keinen Sonderstatus erhalten
  - Testpflichtausnahme weder für Geimpfte noch für Genesene
  - Kommunikation erneut ganz wichtig
- Aufgaben
  - [redacted]
  - Pressestelle: Anpassung der FAQ und Textbausteine für Webseite

ToDo: s. u. Aufgaben

9	**Labordiagnostik** • FG17: AG Influenza 358 Einsendungen in letzten 4 Wochen, 43 davon positiv (12%) • ZBS1 ○ [redacted] ○ [redacted]	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Strategische Patientenverlegung** • Es wird immer knapper, aktuell verlegt nur das Kleeblatt Ost nach Nord • Es gibt diverse Verlegungen innerhalb der Kleeblätter, die Kapazitätenverringerungen sind sichtbar	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Sterbezahlen/Pflegeheime** • Gibt es in Deutschland eine Gruppe die sich mit dem Thema befasst? Kann man noch mehr tun, um es Aufzugreifen und mehr Aufmerksamkeit zuzuordnen? Wir schonen die verantwortlichen (Träger), können diese nicht ins Rampenlicht der Verantwortung gezogen werden? • Problem ○ Schlecht ausgebildete und zu niedrig bezahlte Leute ○ Schon jahrelang in Anbahnung ○ Altenheime werden immer günstiger, weil so die Kosten gesunken sind ○ Pflegeheime haben kein Personal und sind völlig überlastet ○ BMG-Test-Initiative wird positiv gesehen • Können Ressourcen gesteigert werden um dies anzugehen? • [redacted] • RKI kann dies kapazitätsmäßig nicht selber angehen, FG37 ist aber regelmäßig in Kontakt mit Pflegebeauftragten, diese sind an einem Austausch interessiert • Pflegebeauftragte haben das Mandat und die Autorität • Termin mit Präs und Pflegebeauftragten wir angestoßen	[redacted]/alle
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** **Flug-KoNa Hochrisikoländer** • Soll gezielt für diese Flug-KoNa wieder aufgenommen werden?	FG38

- Aktuell ist Flug-KoNa pausiert, könnte aber für GB, Südafrika und Irland erneut starten
- Es kommen weniger aber noch stets Flüge mit Personen von dort an, wenn sie vorab bei BMVI angemeldet sind
- Ja, soll aufgenommen werden, 2 Reihen vor und hinter Fall

Zusammenfassung Rechtsdokumente

Muster-Quarantäne-Verordnung

- Das BMI hat die auf Basis des MPK-Beschlusses vom 05.01.2021 angepasste Muster-Quarantäne-Verordnung den Bundesländern zugesandt, welche diese bis 11.01.2021 umsetzen sollen. Die Regelungen sollen kurzfristig in der neuen Coronaeinreiseverordnung aufgehen.
- Der MPK-Beschluss vom 05.01.2021 ist hier verfügbar: https://www.bundeskanzlerin.de/bkin-de/aktuelles/videoschaltkonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-5-januar-2021-1834354

Coronavirus-Schutz-Verordnung (CoronaSchV vom 21.12.2020)

- Die CoronaSchV, die in Hinblick auf neue Varianten des SARS-CoV-2-Virus Pflichten von Einreisenden nach Aufenthalt im Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland oder in der Republik Südafrika beschreibt, wurde am 06.01.2021 vorerst bis 20.01.2021 verlängert.

Allgemeinverfügung des BMVI auf Basis des Art. 21a Abs. 1 S. 1 und 2 der Verordnung (EG) Nr. 1009/2008

- Hinsichtlich der Ausbreitung neuer Mutationen in Irland wird aktuell eine Allgemeinverfügung vorbereitet, die Einreisenden aus Irland inhaltlich dieselben Pflichten auferlegt wie denjenigen aus dem Vereinigten Königreich und Südafrika (auf Basis der o.g. CoronaSchV).

- Sowohl die CoronaSchV als auch die Allgemeinverfügung sollen im Verlauf durch die Coronaeinreiseverordnung (s.u.) ersetzt werden.

Coronaeinreiseverordnung (CoronaEinreiseV)

- Ziel der neuen CoronaEinreiseV ist, die Regelungen der bisherigen Verordnung zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten sowie Anordnungen betreffend den Reiseverkehr nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite in eine Rechtsverordnung der Bundesregierung zu überführen.
- Die CoronaEinreiseV soll am 13.01.2021 im Kabinett diskutiert werden und voraussichtlich am 14.01.2021 in Kraft treten.
- Sie umfasst voraussichtlich die Pflichten von Einreisenden und Ausnahmen, die Pflichten von Verkehrsunternehmen, die Informationspflichten von Telekommunikationsunternehmen (neu: Versand von SMS) sowie Ordnungswidrigkeiten. Dabei ist

	eine Zwei-Test-Strategie, die zwischen Risikogebieten und Hochrisikogebieten differenziert, vorgesehen. • Nach Beschluss der CoronaEinreiseV wird das RKI kurzfristig auf die Teilnehmenden der AG zugehen, um Änderungen der Informationen für Reisende abzustimmen.	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 11.01.2021, 13:00 Uhr, via [redacted]	

368 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-01-11.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*11.01.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
  - [redacted]
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
- FG 24
- FG 32
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- INIG
  - [redacted]
- BZGA
- Bundeswehr
- BMG

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** International (freitags) National • Fallzahlen/Todesfälle/Trends (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt 1.921.024 (+12.497) Fälle, davon 40.686 Todesfälle (+343), 7-Tage-Inzidenz 167/100.000 Einwohner ○ 4-Tage-R-Wert=1,32; 7-Tage-R-Wert=1,14 ○ Impfmonitoring (neu) 10.01.2021: 532.878 Geimpfte mit einer Impfung (mündlich aktualisierter Wert für 11.01.2021: >600.000) ○ DIVI-Intensivregister: 5.320 Fälle in Behandlung (Abnahme -94) ○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 490 (Zunahme), davon 39% verstorben Beurteilung: ○ Tendenz der letzten Tage hält an, R bleibt deutlich über 1, Fallzahl bewegt sich auf 2 Mio zu ○ Eventuell werden Fälle aus den Feiertagen erst jetzt diagnostiziert – Daten sind noch eingeschränkt beurteilbar ○ Montagsdaten sind häufig nicht ganz vollständig ○ Geografische Verteilung in Deutschland: Führend in der 7-Tage- Inzidenz sind Sachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg ▪ Nur 3 LK < 50 ▪ 64 LK >50-100 ▪ 281 LK <100-250 ▪ 60 LK 250-500 ▪ 4 LK < 500-1000 Beurteilung: ○ Ansteigender Trend in allen Bundesländern ○ aus Sachsen und Brandenburg wurden am Wochenende keine Daten übermittelt, ein Rückstau ist anzunehmen, wahrscheinlich liegen die Zahlen deutlich höher *ToDo: ein Disclaimer soll auf der Homepage eingefügt werden, in dem erklärt wird, dass die Zahlen aufgrund der ausbleibenden Lieferung nicht aktualisiert werden konnten.* • Diskussion ○ Trotz Lockdown steigen die Zahlen auch in den BL, die niedrige Ausgangszahlen hatten (B, MVP).	*FG 32* [redacted]

Stellt das die These, dass dort, wo die Zahlen niedrig sind, die Ausbreitung besser kontrolliert werden kann, in Frage?
Zahlen sind schwierig zu interpretieren durch Testrückstau und Diagnoseverzögerung während Feiertagen
- Deutliche Anstiege im SL und HH
- Keine durchschlagende Lockdown-Wirkung
- Keinerlei Anlass für Entwarnung/Lockerung gegeben
- Effekt der Mobilitätsbegrenzung (bei Inzidenz > 200/1000.000 EW) soll in den kommenden 2 Wochen genau beobachtet werden

ToDo: Der Auftrag „Beobachtung der Wirkung von Mobilitätseinschränkungen“ soll an die neue Position „Datenanalyse“ weitergegeben werden [redacted]

- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - Verbreitung durch das Impfteam ist unwahrscheinlich, da die Mitglieder vorher mittels Antigen-Schnelltests getestet waren, aber nicht ausgeschlossen.
  - Ausbrüche sind derzeit in etwa 800 Pflegeheimen zu verzeichnen, grundsätzlich ist die Situation diesbezüglich dramatisch
  - Vorschlag: Könnte hier eine fundierte Ausbruchsuntersuchung/Studie durchgeführt werden, um Daten zur Viruslast und zur Wirkung der Impfung zu erheben?
    Antwort: [redacted] und [redacted] leiten das Team: Der datensichere Informationsaustausch wurde bereits initiiert, Fragestellungen sind formuliert, auch ein Besuch vor Ort ist möglich.

- Testkapazität und Testungen (mittwochs)

2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG

3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**
	
	• Update zum Mobilitätsmonitoring: Eine erste Version des Instruments soll bis Ende 1/2021 fertig sein und im Rahmen der Krisenstabssitzung vorgestellt werden. Über Daten von [redacted] und eine eigene Geografie sowie Datenzukauf sind detaillierte Daten bis in landesweit 16.000 „Traffic Cells“ zu erwarten, die sowohl Stillstand/Aufenthalt, als auch Mobilität/Bewegung betreffen.
	
	• Im Austausch und mit Expertise der Abt 2 (mit [redacted] wurde diesbezüglich bereits Kontakt aufgenommen) soll ein Netzwerk zum Thema „ältere Menschen“ angelegt werden
	
	• DEA
	  ○ Bürgerhotline eingerichtet, Eskalationshotline Bundesdruckerei/BMG/RKI implementiert
	  ○ Anbindung der Gesundheitsämter schreitet voran, es fehlen noch 30
	
	• CWA wächst kontinuierlich mit jetzt 1.000.000 neuen Anmeldungen, insgesamt 25.000.000 Nutzer
	  ○ [redacted]
	  ○ Kontakttagebuch ist implementiert, Informationen zum Ablauf der KoNa durch die Gesundheitsämter sollen jetzt eingeholt werden, um hier Einblick zu bekommen
	  ○ Zeitnah geplant: Die neuen Virusvarianten in der CWA abzubilden
	  ○ Erste Priorität: Eine Event-Check in-Funktion zu etablieren, hier soll geklärt werden, inwiefern Synergien entstehen können durch eine in Thüringen kurz vor dem Rollout stehende App für Veranstaltungen und Konzerte. Sie nutzt die gleiche Infrastruktur wie die CWA, und arbeitet mit direkter Koppelung an die GÄ über eine zentrale Schnittstelle. (Unterstützt von [redacted])
	
	• Datenspende-App
	  ○ Algorithmus wurde weiterentwickelt, Komplexität reduziert
	  ○ Blog-update wird zeitnah erfolgen
	  ○ Geplant: Zusätzliche Datenquellen, wie z.B. Schlafanalysen mit aufzunehmen, datenschutzrechtliche Klärung steht hier noch aus
		[redacted]
		
		[redacted]
		
		[redacted]

4	**Aktuelle Risikobewertung** • Der Entwurf wird zur Diskussion gestellt • Anlass für die Überarbeitung: Fokusausrichtung weg von Fallzahlen hin zur Belastung des Versorgungssystems (Behandlungsfälle auf ITS/Todesfälle), Thematisierung der Unsicherheit bezüglich der neuen Virusvarianten und deren Übertragbarkeit • Diskussion: o Formulierung zum bisherigen Verlauf: „nach einem Plateau kam es im Dezember zu einem Anstieg“ o Orte von Ausbruchsgeschehen allgemein fassen, um zu vermitteln, dass sie nicht auf bestimmte Settings beschränkt sind o Verdeutlichen, dass die spezifische Therapie in vielen Fällen nicht erfolgreich ist o International gültige Nomenklatur für die neuen Virusvarianten (ECDC: „Variant of Concern“) steht noch nicht zu Verfügung, daher die bisher verwendete (UK: B.1.1.7/Südafrika B.1.351) vorläufig beibehalten o Besorgniserregende Ausbreitungsdynamik in anderen Staaten thematisieren o Frage: Ist die leichtere Verbreitung der neuen Varianten belegt? Antwort: Verbreitungsmuster der neuen Varianten in UK in alle Regionen und die Tatsache, dass die neue Variante dort in der Mehrheit der Infektionsfälle festgestellt wird, spricht eindeutig für eine leichtere Verbreitung. Daten liegen bisher nur aus den betroffenen Staaten vor. • [redacted] • [redacted] *ToDo:* [redacted]	Alle [redacted] *FG 36*
5	**Kommunikation** • [redacted] • [redacted] • Kommunikation bei Nachweis von Virus(varianten) im RKI-eigenen Labor: Bitte nicht nur die einsendenden Labore verständigen, sondern auch die GÄ direkt in Kenntnis setzen.	[redacted] [redacted]

ToDo: Da das weiterführende Labor zur Meldung an die GÄ verpflichtet ist und die Einsendungen über das IMS-Netzwerk keinen Hinweis auf das zuständige GA enthalten, muss nach Rückkopplung zum einsendenden Labor das GA ermittelt werden. Die Information des Landes über den Sequenznachweis soll über nCoV-Lage erfolgen (Lagezentrum informiert Landesbehörde, Landesbehörde wiederum GA).

- Pressebriefing Donnerstag 14.01.2020
  Hauptthemen sind die inzidenzabhängige Mobilitätseinschränkung und der Appell an die Arbeitgeber zur Möglichkeit des Homeoffice.
  Sinnhaftigkeit einer Beschränkung auf kleinere Räume soll kommuniziert werden, [redacted] wird teilnehmen, um die Theorie dazu zu präsentieren.

  ToDo: Mobilitätsdaten und Daten zur Morgenaktivität auf Bundesebene werden von [redacted] geliefert

- Feiertagsdisclaimer wurde von Homepage und Dashboard entfernt
- Themenwünsche und Briefing für die Besprechung (L. Wieler) im BKA am 12.01.2021
  - Dies ist ein sehr problematischer Erreger: Einerseits wirken die Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung, andererseits steigen die Fallzahlen (sogar in UK, wo strenge Maßnahmen ergriffen wurden). In China war eine Eindämmung nur durch einen kompletten Lockdown zu erreichen.
  - Ohne den Maßnahmen wäre die Schnelligkeit der Ausbreitung viel höher und wir könnten die Lage gar nicht bewältigen. Wir sehen viel durch das Testen.
  - Ausbrüche gehen in Schulen zurück und sind in KiTas stabil.
  - Im Arbeitsbereich ist wichtig: auch Mitarbeiter müssen Masken tragen, nicht nur Kunden.
    Höhere Infektionszahlen kommen v.a. bei sozial schwachen Schichten vor, die finanziell angewiesen sind, zu arbeiten. Arbeitgeber müssen vermehrt sensibilisiert werden.
  - Bevölkerung überschätzt die eigene Kompetenz im Umgang mit den Hygieneregeln
  - Es ist verlockend, die Ursache für die steigenden Zahlen in den neuen, leichter übertragbaren Virusvarianten zu sehen, diese spielen in D jedoch noch keine große Rolle, vielmehr ist hier der saisonale Effekt (Winter) maßgeblich

	ToDo: Presseabteilung wird federführend die Zusammenstellung der Themen und Inhalte übernehmen.	
6	[redacted]	[redacted]
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Trotz kurzfristiger Bearbeitung konnten die wichtigen Kommentare in die „Corona-Surveillance-Verordnung – CoronaSurV“ eingebaut werden. Eine Steigerung der Sequenzierung wird nun durch die Verteilung auf mehrere Labore möglich. • Mit der Meldepflicht, der Verpflichtung zur Teilnahme an DEMIS und der neuen Sequenzierungsverordnung sind wichtige Schritte entsprechend IfSG umgesetzt. • RKI wird eine zentrale Rolle in der Entgegennahme der Sequenzierdaten spielen (zeitgleich mit Inkrafttreten der Verordnung). Die daher umgehend nötige Umsetzung wird Ressourcen binden: Da in der Verordnung keine Datenmeldung an eine europäische Plattform festgelegt werden kann, muss in Kürze eine Plattform geschaffen werden, über die die Daten weitergegeben werden können. Hier bilden die Vorarbeiten zur Verknüpfung über ID der Typisierung die im Rahmen der Tuberkulose Surveillance eine wichtige Basis. • [redacted] • Zu diesem Thema herrscht noch Klärungsbedarf b) RKI-intern	Alle [redacted] [redacted] [redacted]
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Update Impfen (nur freitags)** ○	FG33
10	**Labordiagnostik** • AGI Sentinel: zw. 28.12.2020-08.01.2021 kamen 109 Einsendungen, davon 25 SARS-CoV-2-positiv, alle anderen Proben enthielten Rhinoviren. Die Quote ist mit 13 % hoch,	ZBS1 FG17 [redacted]

hier ist kein positiver Effekt des Lockdowns zu erkennen, es ist jedoch noch zu früh für eine Interpretation.

- Über das IMS-Netzwerk erhielt FG 17 drei Proben, einer Familie aus NRW mit Verbindung nach Südafrika, in denen durch Sequenzierung erstmals in Deutschland die südafrikanische Variante B.1.351 nachgewiesen werden konnte. Die Einschleppung erfolgte Mitte Dezember 2020. Die Proben erreichten RKI erst am 30.12., die Sequenzierung wurde ohne Verzögerung vonseiten des RKI ausgeführt.
- Zur Frage: Sequenziert Deutschland zu wenig?
  In den Staaten werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, auch in den USA werden nur 0,4 % der Proben sequenziert, in anderen Staaten wesentlich häufiger. In Deutschland wurden in der gesamten letzten Influenza-Saison 400 Proben sequenziert. Eine Zunahme der Sequenzierung wird durch die neue „Corona-Surveillance-Verordnung – CoronaSurV“ unterstützt,
  durch eine geografische Repräsentativität können auch mit weniger Daten Aussagen getroffen werden.
- Eine Virusanzüchtung wird derzeit im hauseigenen Labor versucht
- [redacted]
- Frage an FG 17: Ist die die Untersuchung von rekonstituiertem Virus (Sequenz) ein für das RKI interessantes Modell?
  Mit Hilfe von a) Pseudopartikeln oder b) rekombinanten SARS-Corona-Systemen wurde die Reaktivität von Impfseren untersucht: Nur die Mutationen aus B.1.351 und B.1.1.7 wurden eingefügt. Warnung: am Spike Protein treten 12 unterschiedliche Veränderungen auf.
  [redacted]
- In der 53. KW wurden 421 eingesandte Proben im Labor untersucht, 39,5% waren positiv (Disclaimer gilt weiterhin).
- Informationsaustausch international ist gut, großes Interesse an Datenaustausch ist vorhanden. Sowohl Frankreich, als auch UK teilen Informationen über GISAID.
  Bisher war es nicht möglich, die Variante B.1.351 als Isolat zu bekommen.
- Es sollte weiterhin die vermittelt werden (z.B. Presse anfragen), dass die Sequenzierung nicht zur Bekämpfung der Ausbreitung führt. Es gilt nach wie vor (für alle Virusvarianten): Quarantäne, Test und Isolierung sind die

[redacted]

	• wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung. Auch mit leichten Symptomen sind Selbstisolierung und Test angezeigt • Diskussionen zur Quarantäneverkürzung sind angesichts der neuen Virusvarianten nicht angezeigt • Rückfragen zur Sequenzierung können an [redacted] gerichtet werden	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Neuer Urintest „DiaPat-CoV-50“ soll den Verlauf von COVID-19 Erkrankungen prognostizieren können (leicht/schwer/sehr schwer) o Proteomanalyse, detektiert 50 Peptide o Sensitivität 82%, Spezifität 86% o Test hat eine Sonderzulassung erhalten (BfArM) und wird in den STAKOB-Zentren angewendet. Es stehen derzeit 400 Tests zum Preis von 850€ zur Verfügung. Sie sind nicht abrechnungsfähig, BMG prüft derzeit die Kostenübernahme. o Frage: Welchen Nutzen hat der Test? Da die Leistungsdaten nicht ausreichend sind für Diagnostik und die Indikationsstellung für eine spezifische Therapie (Remdesivir bzw. die erwartete AK-Therapie) auf anderen/klinischen Kriterien beruht, ist der Nutzen derzeit fraglich o Ob es bei Untersuchungen auf Proteombasis einen Zusammenhang zwischen bestimmten Proteinen und dem COVOD-19 Krankheitsverlauf gibt, ist derzeit noch nicht eindeutig geklärt. o Der Test wurde am 10.12.2020 in der Fernsehsendung „Brisant“ vorgestellt.. Anfragen dazu sind zu erwarten *ToDo: Sprachregelung für die Presse durch IBBS mit Verweis auf die Angaben auf der Homepage der Firma*	*IBBS* *IBBS*
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	Alle
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) o Grippe Web: Deutlicher Rückgang der Inzidenz akuter respiratorischer Erkrankungen je 100.000 Einwohner im zweiten Lockdown (52. KW) für alle Altersgruppen, das bedeutet, dass die Maßnahmen wirksam durchgeführt wurden o Die Reihung nach Altersgruppen zeigt für die 52. KW, dass sich die Inzidenztrends in den Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen abbilden. o Ausbrüche in Kindergärten: 544 Ausbrüche in den Altergruppen < 15 Jahre	FG32 FG36 [redacted]

	○ Altersgruppen >15 Jahre haben den größten Anteil am Ausbruchsgeschehen (190 Ausbrüche) ○ Insgesamt eher rückläufiges Ausbruchsgeschehen insbesondere in den Schulen, da geschlossen, während Kindergärten teilweise (für Notbetreuung) geöffnet sind ○ Lockdown „light“ im November zeigte geringeren Effekt im Vergleich mit dem Lockdown im Dezember. Auswirkungen der Feiertage werden jedoch erst im Lauf dieser Woche sichtbar werden. ○ Migration der Studie auf eine neue Plattform ist in Arbeit	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine** •	Alle
17	**Andere Themen:** • Nächste Sitzung Mittwoch, 13.01.20202, 11:00 Uhr, [redacted]	

Ende der Sitzung 15:04 Uhr

370 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-01-13.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*13.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.953.426 (+19.600), davon 42.637 Todesfälle (+1.060), 7-Tage-Inzidenz 155/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=0,99; 7-Tage-R=1,07 ○ Impfmonitoring: 688.782 (+60.858) geimpfte Personen ○ ITS: 5.230 (-59) ○ [redacted] ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Bei 80+ Jährigen am größten, bei 15-34 Jährigen gestiegen, am wenigsten betroffen sind weiterhin Kinder. ○ COVID-Fälle nach Zugehörigkeit zu Einrichtungen ▪ Starke Abnahme bei Schulen und Kitas ▪ Auch Abnahme bei §36 Einrichtungen: Tatsächlich oder auf Grund von mehr unvollständigen Meldungen? ○ Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Weiterhin hohe Todesfallzahlen ▪ In KW 52 ca. 4.500 Personen innerhalb einer Woche verstorben. ▪ Verzögerung der Übermittlung von Todesfällen im Vergleich zur Übermittlung von Meldedaten ▪ Üblicherweise werden Todesfälle innerhalb einer Woche nachgemeldet. Zum Teil werden jedoch auch 2-3 Wochen zurückliegende Todesfälle gemeldet. Todesfallzahlen liegen deshalb mit Verzögerung vor. ▪ Bis Ende der Woche hierzu Auswertung fürs BMG ○ Warum unterscheiden sich die Inzidenzen bei Heatmap und 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer?	FG32 [redacted]

- 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe - Heatmap
  - Heatmap wird rückwirkend aktualisiert, dadurch erhöhen sich 7-Tage-Inzidenzen rückwirkend durch Nachmeldungen.
- 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
  - Es wird die Inzidenz ausgewiesen, die am jeweiligen Tag berichtet wurde.
  - Die Inzidenz erhöht sich durch Nachmeldungen immer etwas. Dies wird in dieser Abbildung nicht ausgewiesen, da es zu einer Unterschätzung der aktuellen Inzidenz in den letzten 3 Tagen führen würde.
  - [redacted]
  - [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]

- **Testkapazität und Testungen (mittwochs)**
  Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier)

  Abt.3 [redacted]
  - Testzahlen und Positivquote
    - In 1. KW wieder auf 1,2 Mio. Testungen angestiegen.
    - Positivquote (12,8%) auf Level von KW 52 zurückgegangen.
  - Auslastung der Kapazitäten
    - Testkapazität + durchgeführte Tests steigen wieder an, Positivquote geht zurück.
  - Probenrückstau unbedeutend
  - AG-POCT kumulativ
    - Befragung wurde an Landeskoordinatoren, die zentral Antigentests erhalten und an Einrichtungen verteilt haben, verschickt mit der Bitte die Befragung an die Einrichtungen weiter zu verteilen.
    - Anzahl der Einrichtungen, die geantwortet haben, ist sehr überschaubar. Die Anzahl der durchgeführten Tests ist nicht aussagekräftig.
    - Positivquote in der Regel < 1%, außer in Tagespflege.
  - Über diesen Weg sind keine aussagekräftigen Daten zu Antigentests in Einrichtungen zu erwarten. Einziger Weg wäre Daten direkt über Labor und Meldesysteme zu erhalten. Antigentests werden in GA unzureichend erfasst.

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **Testungen und Positivenanteile in ARS** (Folien hier) ○ Anteil nach Bundesland ▪ Anstieg Anzahl Testungen, Rückgang Positivenanteil ▪ Rückgang Anteil positiv Getesteter auch in Thüringen und Sachsen. ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Anzahl Testungen steigen in allen Altersklassen, nur nicht bei den 0-14 Jährigen. ▪ Bei den 0-4 und 5-14 Jährigen steigt die Positivenrate, aber nicht die Anzahl Testungen. ○ Abnahmeort ▪ Testung in Arztpraxen nimmt zu, jedoch immer noch nicht so viele Tests wie vor Weihnachten. ▪ Sehr hohe Positivenrate in Arztpraxen geht wieder zurück. ○ Zeit zwischen Abnahme und Test ▪ Großer Zeitverzug in Thüringen, ist vollständig zurückgegangen. ○ Ergebnisse zu Antigentests folgen nächste Woche • **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ○ COVID-19-Intensivpflichtige ▪ Leichte Ausbremsung der ICU Belegung, möglicherweise Effekt des 2. Lockdowns, jedoch weiterhin über 5.000 Fälle in Behandlung. ▪ Viele tägliche Neuaufnahmen und Verlegungen sowie Zunahme der Todeszahlen in letzten 2 Wochen. ▪ > 90% der Patient*innen brauchen respiratorische Unterstützung. ▪ 8 BL verzeichnen einen kritischen Anteil von mind. 25% an ihrer Gesamtkapazität. ○ Belastung der Intensivmedizin ▪ Einschätzung, ca. 70% geben an begrenzt oder komplett ausgelastet zu sein, vor allem wegen Engpässen beim Personal. ○ Behandlungskapazitäten ▪ Niedriges Niveau der freien betreibbaren Bettenkapazitäten	FG37 [redacted] MF4 [redacted]

	▪ In 10 BL ist der Anteil freier betreibbarer Intensivbetten unter die kritische 15%-Marke (Puffer für Reaktionsfähigkeit) gesunken. o Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen ▪ Deutschland: Stabilisation der Lage ▪ BL bei denen sich die Lage verschlechtern könnten: TH, ST, HE, BE, BB ▪ Keine Verschlechterung in Sachsen prognostiziert. Warum? Anzahl der Verlegung aus Sachsen erklären den Rückgang nicht, gemeldete Fallzahlen sind in Sachsen zurückgegangen. • **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb ▪ Nach wie vor sinkende Zahlen, ARE Aktivität wurde gedrückt. Das zeigt, Bevölkerung hält sich an Maßnahmen. o ARE-Konsultationen ▪ Konsultationsinzidenz ist im Vergleich zur letzten Woche wieder gestiegen, jedoch niedrigster Wert in letzten 20 Jahren. o ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Relativ stabile Werte bei 35-59 Jährigen. ▪ Bei 60+ Jährigen steigen SARI-Fälle wieder an. ▪ In KW 52 und 53 ist die Zahl der hospitalisierten SARI-Fälle etwas gesunken, der Anteil der COVID-Fälle ist nach wie vor hoch. ▪ Betrachtet man alle Fälle, auch die noch liegenden, könnte sich eine Stabilisierung auch bei den älteren Altersgruppen auf hohem Niveau andeuten, jüngere Altersgruppen sind kaum betroffen. • **Mobilität zum Jahresende 2020** (Folien hier) o Vollständiger Report online: https://www.covid-19-mobility.org/de/reports/report-christmas-2020/ o Mobilität im Gesamtjahres-Überblick ▪ Vergleich mit 2019: Reduktion um ca. 40% auf dem Höhepunkt des 1. Lockdowns. ▪ Zum Jahresende erneute Mobilitätsreduktion um ca. 40% im Vergleich zum Jahresdurchschnitt, setzt sich zusammen aus Effekt des Lockdowns und der üblichen Mobilitätsreduktion zu Weihnachten. o Mobilität während der zweiten Welle ▪ Lockdown light (2.11.) und Erweiterung der Maßnahmen (16.12.) haben Mobilität stufenweise reduziert. Effekt ist schwächer als im 1. Lockdown, 17% Reduktion gegenüber dem Vorjahr. o Mobilität an Weihnachten ▪ Mobilität an Weihnachten war etwas geringer als im Vorjahr: 24.-26.12.: -11%, -14%, -19%. ▪ An Weihnachten üblicherweise reduzierte Mobilität, Effekt von Lockdown ist nicht additiv. 2020 stieg die Mobilität nach Weihnachten nicht mehr so stark an.	FG36 [redacted] P4 [redacted]

	○ Langdistanz-Reiseverkehr zum Jahresende (ab 100 km) ▪ Deutlich weniger Reiseverkehr als 2019, spricht für Einschränkung beim Reiseverhalten. ▪ Weniger Reiseverkehr nach Feiertagen, an Sonntagen und um Weihnachten ○ Ausflugstourismus ▪ Zum Jahreswechsel verstärkt Mobilität in touristische Ausflugsregionen, z.B. Vorpommern-Rügen, Harz, Garmisch-Partenkirchen. ○ Mobilität wird beim Pressebriefing am Donnerstag in den Mittelpunkt gestellt. ○ Die Aussage, dass wenn Mobilität reduziert wird, immer auch Risikoverhalten reduziert wird, kann so nicht gemacht werden. Mobilität ist Sekundärmaß, je größer der Radius desto geringer die Korrelation zum Risikoverhalten. ○ Bei einer Verringerung der Mobilität auf 5 km, würde die Mobilität um 90% reduziert werden. Die Mobilitätsmodi unterscheiden sich dann, z.B. keine Benutzung von öffentlichem Nahverkehr mehr. ○ Die Zahl 5 km ist beliebig, ein 15 km Radius ist aber relativ groß. • Dashboard Differenzen ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted]	[redacted]

	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	Presse
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	• [redacted]
		FG36 [redacted]
		Presse [redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	

7	**Dokumente**
	• Wiederaufnahme Kontaktpersonennachverfolgung Flugverkehr aus UK und Südafrika (hier)
	  ○ im Moment Fokus auf Rückreisenden aus UK und Südafrika
	  ○ 1.1 Allgemeine Hinweise
	  ▪ „vorübergehende Wiederaufnahme der Empfehlung“: vorübergehend wird gestrichen.
	  ▪ Prospektive Nachverfolgung, „je nach Bewertung der Behörden vor Ort auch retrospektiv“ bleibt.
	  ○ Der Kreis der betroffenen Länder wird sich bald ausweiten, es gibt bereits eine weitere Variante aus Brasilien. -> Wird sukzessive nach Faktenlage entschieden. Zunächst Entscheidung für pragmatisches Vorgehen.
	  ○ 3.1 Kontaktpersonen der Kategorie 1
	  ▪ Personen, die in den 2 Reihen vor und hinter dem Fall gesessen haben
	  ▪ andere Personen und Crew-Mitglieder, sofern eines der anderen Kriterien zutrifft
	  ▪ Retrospektiv auf 28 Tage ausgedehnt
	  ▪ Ausnahmen für kontinuierliches Tragen einer Maske werden gestrichen.
	ToDo: Anpassen der Infografik, FF IBBS?
		FG38 [redacted]

	○ Ziel der morgigen Pressekonferenz: Leute sollen motiviert werden, nicht mehr zu reisen.	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance ○ 128 Proben in 1. KW, sehr heterogen, was eingeschickt wird. ○ Nach wie vor hohe Nachweisquoten (in KW 1: 14,8%) ○ Diese Woche 21 Eingänge, davon 2 Proben pos. für SARS-CoV-2 ○ Rhinoviren sind rückläufig, Positivenrate < 10%. Ist ein Zeichen dafür, dass der Lockdown greift ○ keine Nachweise von weiteren Erregern ○ Auch Meldezahlen für Influenza sind gering.	FG17 (Dürrwald)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Auf Freitag verschoben	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • FFP-2-Masken ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: Erstellen einer Folie für Pressekonferenz morgen mit nüchternen Hintergrundinformationen zu Masken, FF FG14*	FG14 [redacted] FG36 [redacted]
12	**Surveillance** • Ergebnis WHO -TK v. 12.01. zu neuen Varianten ○ Gibt es zwischenzeitlich eine eindeutige Nomenklatur? ○ Es gibt 3 Verschiedene, noch ist nicht klar, welche international favorisiert wird. • Molekulare Surveillance wird ausgeweitet. Am Freitag findet eine TK mit einem Netzwerk von Laboren statt, die sich mit respiratorischen Viren beschäftigen. [redacted] wird dafür werben, dass Sequenzen hochgeladen werden.	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38

14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • Veranstaltung zur „coronafreien internationalen Mobilität“ der OECD am 14. Januar 2021 ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 15.01.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

372 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-01-15.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*15.01.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	***Aktuelle Lage*** ***International (nur freitags)*** ○ Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): 89,8 Mio. Fälle weltweit, >1,9 Mio. Todesfälle (2,2%) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage für KW 1, da wöchentliche Fallzahlmeldung durch ECDC ▪ USA/UK/Russland/Spanien/Deutschland/ Südafrika/ Frankreich/Indien/ Kolumbien ▪ Abnehmender Trend nur in Russland und Indien ▪ Spanien berichtet viele Nachmeldungen auf Grund von Feiertagen ○ 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner ▪ 91 Länder/Territorien (Stand 11.01.2021) ▪ V.a. in Afrika nimmt die Anzahl der Neuinfektionen zu ▪ Amerika: Peru, Ekuador, Venezuela mit Inzidenz <100/100.000, ▪ Asia: wenig Veränderung ▪ EU: unverändert ▪ Ozeanien: Guam wieder auf der Liste ○ 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/GB/CH ▪ Unverändert ▪ Über 500/100 000: UK, Irland Tschechien, Slowenien und Portugal ▪ Länder <50/100.000: Griechenland, Finnland, Island SARS-CoV-2-Varianten ○ GB VOC 202012/01 Variante ▪ in >50 Länder nachgewiesen; davon 22 Länder innerhalb EU ▪ Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die Verteilung von Sequenzierkapazitäten unklar ist ▪ Es wurde Import von UK Variante aus Nicht-UK beschrieben ○ Südafrika 501Y.V2 Variante ▪ Steigender Trend mit > 20 Ländern ▪ Betroffene Länder: v.a. EU und Grenzgebiete Südafrika ○ Variante Brasilien (P1 (descendent of B.1.1.28)): ▪ Erstbeschreibung im Dezember in Manaus/Nordbrasilien ▪ Publikation: lokale Ausbreitung angenommen; ▪ 13/31 Isolate trugen die Virusvariante; mehrere Mutationen wie E484K, K417T und N501Y, die auch bei brasilianischen Reisenden gefunden wurden, wurden in Japan sequenziert ▪ Annahmen, dass die Maßnahmen nicht ausreichend sind, die Compliance gering ist. Es gibt es Meldungen über O2-Reservenknappheit ▪ UK: alle Flüge aus Südamerika, Panama, Cape Verde, Portugal (enge Verbindung mit Brasilien) ab heute eingestellt ▪ Heute wird entschieden, ob Brasilien als Virusvariantengebiet aufgenommen wird	ZIG1

	○ Frage nach Saisonalität in Bezug auf die Ausbreitung von Virusvarianten, aktuell ist in Brasilien/Südafrika Sommer und das Virus breitet sich dennoch rasch aus, konnte nicht abschließend geklärt werden. Es gibt Hinweise in der Presse, dass Maßnahmen in Brasilien nicht eingehalten werden. Es muss davon ausgegangen werden, dass es eine Mischung aus Faktoren wie Maßnahmen, Compliance, möglicher Saisonalität bestehen. *ToDo: ZIG klärt die Frage nach Maßnahmen und Einhaltung in Brasilien;* *FG17 klärt die Frage nach wissenschaftlichem Stand möglicher Saisonalität*	FG38/ZIG/alle
	National ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ▪ SurvNet übermittelt: > 2 mio (+22 368), davon 44.994 (2,2%) Todesfälle (+1.113), 7-Tage-Inzidenz 146/100.000 Einw., Reff=0,84; 7-Tage Reff=1,02 ▪ Anzahl der Geimpften: 842.445 ▪ DIVI-Zahlen: leichter Rückgang, aber hohes Niveau ▪ 7-Tage-Inzidenzen: leichter Rückgang bzw. hohes Plateau; abnehmender Trend in TH und SN, BB und ST hohes Niveau ▪ Geografische Verteilung: In SA und TH viele Kreise mit hohen 7-Tage-Inzidenzen (>100/100.000), insgesamt über 300 LK mit >100/100.000; 2 KL mit > 500/100 000 ▪ Sterbefallzahlen: Datenstand 50 KW, mit Verzug von 4 Wochen ist eine deutliche Übersterblichkeit von 20% sichtbar ▪ Meldeverzug Fallzahlen (Bildet den Zeitraum zwischen Erkrankungsbeginn (EB) der Fälle bis Eingang der Meldung am RKI /Auswertung [redacted] in Absprache [redacted] In 50% der Fälle vergehen 2-3 Tage zwischen EB und Eingang am RKI; Verzug im Sommer geringer im Vergleich zu KW 53 ▪ Übermittlungsverzug Fälle (Zeitraum zwischen Meldedatum im GA bis am RKI als Fall ausgewiesen) Über 80% der Fälle kommen innerhalb eines Tages an. Über Weihnachten gab es etwas mehr Verzögerung, hat jedoch keinen Einfluss auf die Fallzahlen. ▪ Meldeverzug Sterbefälle (Zeitraum zwischen Sterbedatum und Meldung des Todesfalls am RKI) Große Bandbreite, 20-25% der gemeldeten Todesfälle sind bereits vor 14 Tagen verstorben; 20-25% werden innerhalb eines Tags übermittelt. ○ [redacted] ○ [redacted]	FG32

	○ [redacted] *ToDo: FG32 Vorstellung der 7-Tages-Inzidenzen (mit/ohne Nachübermittlungen) und Entscheidung über die mögliche Aufnahme in den Lagebericht am 25.01.2020.* ○ [redacted] ○ [redacted]	FG37/FG32/ FG38/alle
2	***Internationales*** ***(nur freitags)*** ○ Coronavirus-Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV) beschäftigt aktuell viel die INIG ○ [redacted] ▪ [redacted]	ZIGL

	[redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted]	FG38
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ○ Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **Presse** ○ Intensivierte Kommunikation und Aufklärung zum Verhalten bei Fällen in der Häuslichkeit (Arbeit/Großraumbüro/Quarantänisierung) sollte verstärkt werden. Es wird nicht verstanden, dass Maßnahmen (Kontaktreduktion/Quarantäne etc) auch ohne Kontakt des GA ergriffen werden sollen. Es ist unklar, ob die VO der einzelne BL verstanden werden.	[redacted] Presse/VPräs /alle

	○ Könnten unter dem Aspekt: „Wann muss ich zuhause bleiben?“ zusammengefasst und kommuniziert werden. Dabei können mehrere Aspekte zusammenfassend adressiert werden. ○ Insgesamt muss die Kommunikation intensiviert werden, da wichtige Aspekte in der Bevölkerung nicht verstanden werden und die Kommunikation nicht sichtbar zu sein scheint. Dabei muss die Information an den Bürger gebracht werden statt zu erwarten, dass die Information aktiv gesucht werden. Es sollte eine Übersetzung der Fachempfehlung an den Bürgern mit einer Ansprache über Massenmedien erfolgen. ○ Das Verständnis der Übertragung ist essentiell und würde viele weitere Komponenten beeinflussen. Die Kommunikation verändert sich und ist herausfordernd über die vielen Phasen der Pandemie. ○ Der Aspekt des niedrigschwelligen Home Office mit Appell an Arbeitgeber wurde bereits umgesetzt. Das Verständnis zum Verhalten am Arbeitsplatz kann aufgenommen werden. ○ [redacted] *ToDo: [redacted] stellt die Punkte aus dem gestrigen Briefing zusammen und [redacted] verfasst die Anregungen zusammen. [redacted] bring es in die Steuerungsgruppe „Kommunikation“ (an [redacted]) am BMG ein.*	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ○ Überprüfung Maskenempfehlung (Bayern Pflicht FFP2-Masken im ÖPNV & Einzelhandel) ▪ Es gibt keine Änderung der bereist bekannten Evidenz zum Tragen von FF2 in der Allgemeinbevölkerung (Folie) ▪ Die Passform/der Dichtsitz um eine Eindämmung zirkulierender respiratorische Erreger zu gewährleisten muss sichergestellt werden. Bei nicht korrekter Anwendung ist ein Eigenschutz, der über einen Effekt eines korrekt getragenen MNS hinausgeht nicht vorhanden. ▪ Internationale Empfehlungen sehen das Tragen von FFP2 in der Allgemeinbevölkerung nicht vor bzw. sprechen sich explizit dagegen aus (CDC). WHO: Überarbeitung der Empfehlung z.Zt. nicht vorgesehen. ▪ Erste Anfragen zu Mangel aus Gesundheitseinrichtungen in Bayern, ob ressourcenschonender Einsatz bei med. Personal möglich. ▪ Es kommen Fragen aus der Bevölkerung (soziale Medien), ob die Quarantäne entfällt / ob gleiche Handhabung des KM wie bei med. Personal möglich. ○ Das Tragen von FFP2 benötigt eine arbeitsmedizinische Einschätzung (gesundheitsmedizinische Risikoprüfung) und kann mit Risiken (Dermatosen etc) einhergehen. ○ Studien zu Schutzwirkung von nicht angepassten FFP2 bei Influenza zeigen einen vergleichbaren Schutz zu MNS, jedoch	FG14/ M. [redacted]

	besser als MNB. Anregung zur besseren Kommunikation/Erklärung des Fachwissens (FF2 vs. MNS) wie oben angeregt an BZgA ○ [redacted] ○ ○ [redacted] Dabei wäre es wichtig die Ursache und Kontext für Übertragungen (Non-Compliance vs. Versagen der Maßnahmen) zu klären um diese Situation aktiv zu beeinflussen (Bsp. Übertragung in der Häuslichkeit). Meldedaten geben leider wenig Informationen dazu her. Eine Fall-Kontrollstudie (FG35) zu Risikofaktoren läuft aktuell noch (große Herausforderungen Teilnehmer:innen zu rekrutieren). ○ Insgesamt hat das RKI eine beratende Rolle. Die Kommunikation und Aufklärung fördert Compliance und sollte gestärkt werden. Empfehlung zur konsequenten Einhaltung der Basishygiene (Händewaschen) sollte weiterhin gestärkt werden. Das RKI empfiehlt weiterhin FFP2 prioritär für medizinisches Personal. Keine explizite Empfehlung/Verbot für das Tragen in anderen Bevölkerungsgruppen. Dieses Thema ist in den FAQ adressiert. ○ Diskutierte Aspekte sollten in das nächste Pressebriefing eingebracht werden. *ToDo:* [redacted]*bespricht eine mögliche Kontaktaufnahme mit DGHM/DGKH (Schulterschluss mit den Fachgesellschaften) mit* [redacted] *und nimmt Kontakt mit* [redacted]*(DGHM) auf.* *FG14 Kritische Revision der Informationen zu Masken (FAQ) auf der Homepage (Änderungen zur Verbesserung des Verständnisses, keine inhaltliche Änderung)* ○ Modellierungsstudie (Mittwoch) Nicht besprochen **b) RKI-intern** ○ Nicht besprochen	VPräs/FG36/ alle
7	**Dokumente** ○ Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten sowie Reinfektionen: Zunehmende Infektionszahlen in der Bevölkerung werfen die Frage nach Maßnahmen nach Kontakt zu einem Fall von Genesenen oder Geimpften. Das Ergebnis der vorhergehenden Diskussion ist noch unklar geblieben. Geimpfte sollten weiterhin	FG36/VPräs/ alle

	in Quarantäne bei engem Kontakt. Dazu wurde ein Bericht von [redacted] erstellt. [redacted] *ToDo:* *LZ: Aktualisierten Bericht von [redacted] mit FG37 und FG 36 teilen. (erledigt, siehe E-Mail [redacted] Freitag, 15. Januar 2021 15:22)* *LZ: Thema „Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten“ am 22.01.2021 auf die Agenda nehmen* *[redacted] (ZIGL): Prüfung möglicher Erstellung einer Übersicht zu „Re-Infektion bei Geimpften und Genesenen “ dazu durch ZIG2; Rückmeldung an LZ*	
8	**Update Impfung (nur freitags)** Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** ○ Molekulare Surveillance: Entwicklung einer Empfehlung, was extern sequenziert werden soll [redacted] ▪ A) Anlassbezogene Indikationen zur Sequenzierung - Es gibt Laborergebnisse, die auf Vorliegen einer Variant of Concern hindeuten oder andere auffällige Ergebnisse oder Probleme beim labordiagnostischen Nachweis, Hinweise auf eine Exposition gegenüber neuartigen Varianten ▪ B) Reise-assoziierte Indikationen (z.B. Proben aus der Untersuchung Einreisender) ▪ C) Zur Information: Inländische "Zufallsstichproben" -Proben im Rahmen der Aktivitäten zur integrierten molekularen Surveillance für die Genomsequenzierung an das RKI gesendet (IMSSC2-Netzwerk). ▪ In der Empfehlung soll der Probe an RKI/Konsiliarlabor eine Skizze des Ablaufs und Fragebogen für GA beigelegt werden um die Einsendung besser einzuordnen und Sinn/Notwendigkeit einer Sequenzierung besser einzuordnen. Es wird in einem Papier für den ÖGD zusammengestellt ○ Es besteht bereits ein hohes Interesse bei nosokomialen Geschehen. Dabei soll einerseits zur Aufklärung komplexer Geschehen beigetragen werden, aber auch die Beschreibung von neuen und beriets zirkulierenden Varianten gestärkt werden.	FG36

	○ Konzept sollte sämtliche Labore umfassen und Kriterien für die Auswahl von Zufallsstichproben vorschlagen (Bsp. Bestimmter % Anteil). Die Ergebnisse sollten mit den Daten im GA zusammengeführt und ausgewertet werden. ○ Die Definition von Re-Infektionen (hier 90 Tage nach Infektion) sollte herausgenommen werden und zunächst von FG32 und FG36 diskutiert werden, da bisher nicht definiert und im SurvNet erfasst. ○ Weiteres Vorgehen: Darstellung Gesamtkonzept Handlungsanleitung für GA (1-2 Seiten) Handlungsanleitung für Labore *ToDo:* *FG36: Bis Mitte nächster Woche die Erstellung eines ersten Entwurfs* ○ FG17: AG Influenza 454 eingegangen Proben; 44/400 (11%) analysierten Proben sind positive auf SARS-CoV-2 ▪ 46 Proben mit Nachweis von Rhinoviren; 1 Nachweis von Parainfluenza; weiterhin kein Nachweis von Influenza i ▪ PCR Schmelzkurvenanalysen werden eingesetzt um deletion von N501Y in positive Proben nachzuweisen (Mutation aus in der UK/Brasilien/Südafrika) ○ ZBS1 ○ Bitte ergänzen	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Strategische Patientenverlegung** ○ [redacted] ○ [redacted]	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**	FG37/FG38

	○ [redacted] ○ Aktuell viele Nachmeldung zu Fällen und Ausbrüchen in Kitas und Schulen	FG36
12	**Surveillance** ○ Meldepflicht und -weg von Heimtest/Selbsttest/private Testpraxen ○ [redacted] ○ Dieser Punkt muss weiterdiskutiert werden. ○ Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32/alle
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ○ Coronavirus-Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV) Ist gestern in Kraft getreten und ersetzt/fasst zusammen die Allgemeinverfügung und Coronaschutz-VO. Diese VO gilt für Einreisende, die sich in den letzten 10 Tagen in einem Risikogebiet, Virusvarianten-Gebiet oder Hochinzidenzgebiet aufgehalten haben. ○ Personen aus einem Risikogebiet sind verpflichtet eine DEA auszufüllen, sich mind. 10 Tage in Quarantäne zu begeben und müssen spätestens 48 Stunden nach Einreise einen Test vorlegen. ○ Personen aus Virusvarianten-Gebieten oder Hochinzidenzgebieten müssen zusätzlich zu den oben genannten	FG38

	Kriterien, statt 48 Stunden nach Einreise bereits 48 Stunden vor der Einreise ein Test durchführen lassen und beim Transportunternehmen vorlegen, sonst kann die Beförderung verweigert werden. Das stellt beispielsweise Schiffreisen/Schiffverkehr vor Herausforderungen, da diese längere Zeit unterwegs sind und Testung auf Schiffen durchgeführt werden muss. ○ KoNa im Flugverkehr wurde wieder aufgenommen und ist an Einreise aus Virusvariantengebieten gekoppelt. Die Änderungen gehen heute online. ○ [redacted] ○ Indikatoren für Hochrisikogebiete sind noch nicht erarbeitet und werden Montag im Regierungskrisenstab diskutiert, Dabei gibt es zwei Möglichkeiten (dynamisch (doppelte/dreifache Inzidenzerhöhung in den letzten 7 Tagen) vs. gesetzter Schwellenwert jeweils im Vergleich zu Deutschland). Bewertung aus nationaler Ebene. ○ Die 10 Tage Quarantänezeit für Einreisende aus Virusvariantengebieten wird als ungünstig diskutiert, da viele Aspekte (Inkubationszeit etc) noch unklar zu sein scheinen. Diese Empfehlung basiert auf Modellierungen und eine Änderung ist derzeit nicht möglich.	FG38/ZIG/FG 36/VPräs
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ 1-Jahr LZ (Stand 13.01.2021, 13 Uhr) ▪ Anzahl Krisenstabssitzungen: 191 Tage Koordinierungsstelle/Lagezentrum aktiv: 365 Tage (KS: 12 Tage, LZ: 353) ▪ Kumulative Personen-Schichten: 5.514 ▪ Durchschnittliche Schichten pro Woche: 106 (Max: 150; Min: 19) ▪ E-Mails im dedizierten Postfach: 151.246 ▪ Einträge in das Lageprotokoll: 1.686 V ▪ ergebene Aufgaben: 2.580 ▪ Telefonanrufe im Telefonprotokoll: 1.390 ▪ Aktivitäten zur Kontaktpersonennachverfolgung durch die Position internationale Kommunikation: 10.072 ▪ Lageberichte (Deutsch) veröffentlicht 352 ▪ Lageberichte (Englisch) veröffentlicht 343 Großer Dank an das ganze Haus für die Unterstützung!!!	FG38
15	**Wichtige Termine** ○ Nicht besprochen	alle

16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Montag, 18.01.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	

374 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-01-18.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*18.01.2021, 13-15:16 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
  - [redacted]
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
  - [redacted]
- FG 32/38
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International (nur Freitags)
	  ○ Fälle, Ausbreitung
	• National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  ▪ SurvNet übermittelt: > 2 mio (+7.141), davon 46.633 (2,3%) Todesfälle (+214), 7-Tage-Inzidenz 134/100.000 Einw., Reff=1,07; 7-Tage Reff=0,93
	  ▪ Anzahl der Geimpften: 1.048.160
	  ▪ DIVI-Zahlen: leichter Rückgang, aber hohes Niveau
	  ▪ 7-Tage-Inzidenzen: leichter Rückgang
	  ▪ Geografische Verteilung: In SA und TH viele Kreise mit hohen 7-Tage-Inzidenzen (>100/100.000), insgesamt über 300 LK mit >100/100.000;
	  ▪ Großstädte mit den höchsten 7-Tage Inzidenzen sind u.a. Nürnberg, Leipzig, Dresden, Essen, Großstädte mit Inzidenz<100 sind u.a. Hamburg, Bremen und Düsseldorf
	  ▪ Fallzahlen Montags immer etwas niedriger, relativiert sich im Wochenverlauf; Fallzahlen leicht rückläufig
	  ▪ [redacted]
	  ▪ [redacted]
	  ▪ [redacted]
	  ▪ Die aktuelle Einschätzung im Lagebericht soll angepasst werden zu einem leicht sinkenden Trend, der regional unterschiedlich ausfällt.
	
	ToDo: Im Lagebericht Text zu leicht sinkenden Fallzahlen anpassen (FF LZ)
	TODO: Disclaimer zu fehlenden Meldungen auf Internetseite hinzufügen (FF Presse)
		Abt. 3 [redacted]

2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** **DEA:** • Projektfinanzierung ist gesichert	FG21 [redacted]

	• Es ist eine Integration eines digitalen Impfpasses angedacht, weitere Ideen sind in Arbeit z.B. freiwillige Angabe zum Reisegrund bzw. Angaben zu durchgeführten Tests; Aktuell gibt es viele Ideen und Wünsche (z.B. vom BMG) um das System auszubauen. • Aktuell ist immer noch kein Vertrag mit der Bundesdruckerei vorhanden. • Die DEA existiert in 14 verschiedenen Sprachen. • Die Kommunikation zwischen den Projektpartnern ist sehr gut • Fast alle GA sind an die DEA angebunden; eine Handvoll GA sind nicht angebunden, Gründe dafür werden gerade erhoben; • Eine Verlängerung des Vertrages mit der Post ist erfolgt **CWA:** • Evaluation: Fertigstellung der Kurzbefragung für diesen Monat geplant (inkl. Rücksprache BDfI); Fragebogen ist erstellt und soll diese Woche noch intern kommentiert werden • [redacted] • [redacted] • [redacted]	P4 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse**: • siehe Punkt FAQ	[redacted]

	• Diskussion: Sollte das Thema Kommunikationskampagne noch bei dem Treffen der Ministerpräsidenten erwähnt werden? Punkte der Diskussion wurden am Freitag ans BMG weitergegen. [redacted] wird den Bericht an [redacted] als Hintergrundinformation schicken.	
6	[redacted] • [redacted]	[redacted]
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Positionspapier: Zero COVID (Dokument hier) • Ziel des Dokumentes ist es in Deutschland Null SARS-CoV-2 Fälle zu erreichen. Wie ist die Position des RKI zu diesem Papier? • Diskussion: o Die getroffenen Annahmen sind für Deutschland nicht zu erzielen; vorgeschlagenen Maßnahmen sind auch jetzt schon vorhanden; Wichtig wäre schon jetzt die konsequente Umsetzung und Überwachung der empfohlenen Maßnahmen; Der vorgeschlagene Grad der Einschränkung des Grenzverkehrs ist in Deutschland nicht umsetzbar; o Problematisch wäre der mögliche erneute Anstieg nach einem sehr harten Lockdown (siehe Irland), o Es sollte eher die Kontrolle der Pandemie (Control COVID-19) im Vordergrund stehen, hin zum Übergang zu einer saisonalen Übertragung; o Ziele sollten nach SMART Kriterien formuliert und auch erreichbar sein; Zwischenziele wäre hilfreich z.B. keine schweren Erkrankungen, keine ungebremste Zirkulation, keine Spätfolgen, keine intensivpflichtigen Todesfälle; o [redacted] o [redacted]	Alle

	○ RKI Konzept sollte daher um Stufenplan inkl. Vorblatt ergänzt werden *TODO: RKI Strategiepapier klarer, prägnanter formulieren zirkulieren und aktualisieren (FF ?) (zusammen mit Stufenplan Deadline Ende Januar)* *TODO: Stufenplan überarbeiten und Vorblatt entwickeln um Maßnahmen zu erklären (FF ?) Deadline Ende der Woche* • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] **b) RKI-intern** • Überarbeitung der FAQ zu Quarantäne bei Genesenen/ Musterquarantäneverordnung (Dokument hier) ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Nachfrage wie man Genesung nachweist? Thema soll am Freitag den 22.1.2021 ausführlich besprochen werden • Überarbeitung der FAQ zu FFP2-Masken (siehe hier) ○ Änderungsvorschläge (redaktionelle und inhaltliche) wurden im Krisenstab diskutiert: ○ Wichtig Verweis auf Papiere der DGHM; ○ Keine fachliche Grundlage zur Empfehlung FFP2-Maske für die Bevölkerung vorhanden, daher Warnung vor unerwünschten Nebenwirkungen hinzufügen	Alle FG38 [redacted]

	○ Redaktionelle Änderungen und Ergebnis der Diskussion wird in Zusammenarbeit mit der Pressestelle geprüft und übernommen. P1 wird Wording überprüfen ○ [redacted] ○ [redacted] [redacted]	
8	**Dokumente** •	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Vorgesehenes Thema „Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten“ verschoben, da FG nicht mehr anwesend	FG33
10	**Labordiagnostik** **FG 17:** • AGI Sentinel: 270 Einsendungen in den letzten 2 Wochen. 13% positiv für SARS-CoV-2, 8% positiv für Rhinoviren • Letzte Woche fanden viele Aktivitäten u.a. zur Integrierten molekularen Surveillance (Berichterstellung, Ausbau IMS-System) statt • [redacted]	FG17 [redacted]

	• FG17 versucht SARS-CoV-2 Varianten, die der UK- oder Südafrika-Linie angehören, aus Patientenmaterial anzuzüchten • bei saisonalen Coronaviren in tropischen Klimazonen (z.B. in Ghana) sind pro Saison zwei Peaks zu beobachten **ZBS1:** • letzte Woche gab es 823 Einsendungen, davon waren 301 also 37% positiv • eine weitere Probe wurde per Sequenzierung als B1.1.7 Variante identifiziert. Der zuständige Einsender und das GA wurden informiert. • Nachfrage: Ist etwas zur Impfstoffwirksamkeit gegenüber der brasilianischen Variante bekannt? Um diese Frage zu beantworten wird eine Probe der Variante sowie Impfseren benötigt. Entsprechende Informationen sind noch nicht verfügbar.	ZBS1 [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	Alle FG38 [redacted]

13	**Surveillance**
	• Corona-KiTa-Studie (Folien hier)
	  ○ Grippe Web: 2. Lockdown zeigt deutlichen Effekt, danach sinken die Werte deutlich; Maßnahmen zeigen einen Effekt, jedoch keine regionale Unterscheidung möglich
	  ○ Meldedaten nach Altersgruppen: bis auf AG 15 Jahre und älter, ist die Inzidenz sehr niedrig und die Fallzahlen sind rückläufig
	  ○ Ausbrüche in Kindergärten: es gab viele Nachmeldungen (47 neue Ausbrüche, davon 11 in 2021) Median der betroffenen Fälle etwa bei 4 je Ausbruch, d.h. keine ganze Kita von Ausbruch betroffen
		FG32
		FG36
		[redacted]

	○ Ausbrüche in Schulen: Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) gleiches Niveau wie in KW 49/50 ab 51 rückläufig aufgrund von Schulschließungen, ○ Maßnahmen in Schulen und Kitas können nicht verhindern, dass es zu Ausbrüchen kommt.	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine** • 18.01.2021, 17 Uhr: [redacted] beim Expertengespräch Bundeskanzlerin und den MPn (Sprechzettel wird vorbereitet) • 19.01.2021, 11 Uhr: [redacted] bei der Sondersitzung Ausschuss Gesundheit	Alle
17	Nächste Sitzung: Mittwoch, 20.01.2021, 11:00	

376 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-01-20.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*20.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF4

- [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.068.002 (+15.974) (deutlich weniger als Vorwoche), davon 48.770 Todesfälle (+1.148) (weiterhin sehr hoch), 7-Tage-Inzidenz 123/100.000 Einw. (Rückgang von 10 im Vergleich zu Vortag); ○ 4-Tage-R=0,87; 7-Tage-R=0,87 (deutlich unter 1); ○ Impfmonitoring: 1.195.429 geimpfte Personen insgesamt, seit Vortag + 49.289 erste Impfung; + 13.252 zweite Impfung; ○ ITS: 4.947 (-56): geringerer Rückgang im Vergleich zum Vortag; ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Thüringen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen: deutlich über dem Bundesdurchschnitt, insgesamt jedoch abnehmende Tendenz ○ Geogr. Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis (LK) ▪ Weiterhin 4 LK > 400 Fälle/100.000 Einw. ▪ Abnahme der Anzahl der LK mit Inzidenz von > 300 bzw. > 200 Fälle/100.000 Einw. ▪ Nur 19 von 412 LK mit Inzidenz < 50 Fällen/100.000 Einw. ▪ Zweite Darstellung: LK mit deutl. Zu- oder Abnahme, viele LK mit im Vergleich zur Vorwoche in etwa halbierten Fallzahlen (grün, Faktor 0.5), zwei LK mit Verdopplung im Vergleich zur Vorwoche (pink, Faktor 2.1 bzw. 2.4) → weiterhin heterogenes Bild ○ 7-Tage-Inzidenz nach AG und MW – Heatmap ▪ In allen AG leichter Rückgang, Hochaltrige weiterhin Inzidenz von > 500 bzw. 600/100.000 Einw. in den letzten 7 Tagen ○ 7-Tage-Inzidenz nach AG und MW	ZIG1 Abt.3 [redacted]

- Über 80-Jährige höchste Inzidenz
- Rückgang in allen AG im Vergleich zu Vorwoche

- Darstellung der gemeldeten COVID-19-Fälle nach Infektionsumfeld
  - Insert: Ausbrüchen zugeordnete Fälle (farbig) stellen einen lediglich kleinen Teil der Fälle insgesamt dar
  - Große Darstellung: Ausbrüche mit > 2 Fällen, Verteilung hat sich im Vergleich zu Vorwoche nicht wesentlich geändert
  - Derzeit ca. 800-900 Alten- und Pflegeheime von 14.000 Einrichtungen insgesamt mit aktuellem und andauerndem Ausbruchsgeschehen und vermutlich sehr hoher Dunkelziffer (Relevanz: Berichte von positiven Fällen im Anschluss an Impfung)
- Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche
  - Abnahme im Vergleich zur Vorwoche, hier jedoch Verzug um 1-2 Wochen zu beachten
- Expositionsländer importierter Fälle (Länder mit > 25 Nennungen):
  - höchste Anzahl an Importen (rot): Polen, Rumänien und Bosnien-Herzegowina
- [redacted] FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] Abt.3
  - [redacted]
  - [redacted]

	▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted]	Abt.1 [redacted] FG32 [redacted] FG37 [redacted]
	Testkapazität und Testungen (mittwochs) **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Anzahl Testungen und Positivenanteile: weniger Tests als in Vorwoche o Anzahl positiv getesteter nach Bundesland: Rückgang des Positivenanteils in allen Bundesländern (derzeit ca. 10 %) zeigt breite Wirksamkeit der Maßnahmen o Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: in allen AG derzeit Plateau, nur bei >80-Jährigen geringe Abnahme; geringste Anzahl der Tests in AG 0-14-Jähriger, höchste Testzahl in AG > 80-Jähriger o Positivenanteile nach AG und KW: rückläufig über alle Altersstufen o Abnahmeort: ähnliche Verteilung im Vergleich zu Vorwochen, insgesamt derzeit rückläufige Positivenanteile o Zeit zwischen Abnahme und Test: derzeit wenig Verzug o Antigentests in ARS: Anteil positiver Testungen (Linie) derzeit gering o Antigentests in ARS: PCR-Testung am selben Tag nach positiver AG-Testung: ca. 18 % falsch positiv (ggf. aufgrund von *S. aureus*); nach negativer AG-Testung: ca. 2 % falsch negativ • Diskussion: o Wo werden AG-Tests durchgeführt und wie wird gemeldet: ▪ Von Ärzten durchgeführt, in Einrichtungen mit bestimmten IfSG-Standards (Einrichtung nach § 6) und via Apotheker (in Stellungnahme zu medizinischen Heilberufen inbegriffen): Meldepflicht ▪ Testzentrum ohne Anwesenheit eines Mediziners oder Selbsttest durch den Bürger: keine Meldepflicht ▪ Derzeit BMG-Diskussion zu der Möglichkeit des Bürgers, einen Positivbefund Ärzten oder Apothekern oder direkt beim Gesundheitsamt zu melden ▪ Bei Abgabe von Selbsttests durch Apotheken sollten diese im Sinne ihrer Aufklärungspflicht mitteilen, dass bei einem positiven AG-Test der Hausarzt zur PCR-Bestätigung aufzusuchen ist (kongruent zur CWA, für die bereits etablierte Wege bei der KV existieren) o Derzeit 72 Labore in ARS, Limitierung durch Personal und Technik o [redacted]	

	To Do: Bitte an [redacted], für die kommende Sitzung der AG Testen die Kommunikationswege von Arbeitsaufträgen an [redacted] als TOP heranzutragen	Abt. 3 [redacted]
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) ○ Testkapazitäten zur Zeit nicht voll ausgeschöpft, vergangene Woche ca. 1,1 Mio. Tests (Vergleich Höchststand: 1,6 Mio.), Positivenquote gesunken auf ca. 10,5 %, deutlicher Rückgang in den letzten zwei Wochen ○ Es können wieder mehr PCR Tests durchgeführt werden ○ Proberückstau unproblematisch ○ Aber: ▪ Aspekt der Vorselektion durch AG-Tests nach wie vor schwer einzuschätzen ▪ Materialmangel mit Auswirkung auch auf andere diagnostische Bereiche ▪ „Kannibalisierung“ durch unnötige Testungen ist zu vermeiden (bspw. Wiederbelebung Flugverkehr) ○ S-Gen-Ausfälle: von KW52, 2020 bis KW 2, 2021 haben 16 Labore deutschlandweit insgesamt 337 positive Proben mit S-Gen-Ausfall berichtet ○ Sequenzierungsempfehlung dieser Proben: ▪ Derzeitige Kapazität im Haus: ca. 400 Proben pro Woche sofern RNA bereits aufbereitet, ansonsten ca. 200 Proben pro Woche ▪ Dezentrale Sequenzierung daher zunächst anzuraten (gewährleistet durch die VO), es sollen somit zunächst die regionalen Kapazitäten genutzt werden, auch hinsichtlich Verantwortlichkeit ▪ Nur in Ausnahmefällen sind Proben an das RKI zu senden ○ [redacted] ○ ○	MF4 [redacted]
	Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier) ○ Derzeit 4.827 COVID-19-Patienten auf Intensivstationen behandelt (Stand 20.01.2021) ○ Ca. 2 Wochen nach dem 2. Lockdown (KW 51) zeigt sich in vielen Bundesländern ein erster Rückgang der COVID-19-Fallzahlen auf ICU (Auswirkungen auf ICU zeigen sich i.d.R. erst mit Verzug von ca. 2 Wochen) ○ Sachsen, Berlin, Saarland am stärksten, andere BuLä vergleichsweise gleichmäßig von zweiter Welle betroffen ○ Saarland, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein befinden sich jedoch weiter im Anstieg ○ Zahlen und Belastung weiterhin sehr hoch ○ Ca. 60 % der Intensivbereiche geben an ‚begrenzt‘ oder ‚komplett ausgelastet‘ zu sein, Hauptgrund: Personalmangel	

	○ COVID-19-Todesfälle auf ICU mit ca. 200 pro Tag hoch ○ In 9 BuLä Anteil von COVID-19-Patient*innen an Intensivbetten zwischen 20-30 % (jedes 4.-5. Bett) ○ Freie Kapazitäten stagnieren aktuell auf niedrigem Niveau, in 10 BuLä weniger als 15% freie Kapazitäten vorhanden ○ SPoCK: derzeitige Prognose einer möglichen weiteren Stabilisierung der Lage, v.a. in stark betroffenen Ländern ○ Diskussion: ▪ Anfängliche Kapazitätseinschätzungen der Einrichtungen anfangs optimistischer, jedoch viele Verlegungen (→ Korrektur) und Kapazität sinkt nicht linear (Belastung durch gestiegenen Behandlungsbedarf → Personalausfall) ▪ Einschränkungsursachen durch DIVI abgeprüft: Verfügbarkeit von Beatmungsgeräten wird ermittelt, die Verfügbarkeit von Sauerstoff jedoch nicht (bei STAKOB noch nicht thematisiert) • **Syndromische Surveillance** (Folien hier) ○ GrippeWeb: nach Erwachsenen und Kindern bis 14 Jahre aufgetrennt, ARE Raten sehr niedrig (vergleichsweise wie im Frühsommer), bei Kindern schon vor Jahreswechsel niedriger Stand, bei Erwachsenen bis 2. KW weiter abgesunken ○ ARE-Konsultationsinzidenz im Vergleich zu 1. KW weiterer deutlicher Abfall (dunkelblaue Kurve), in 2.KW ca. 630 ARE-Konsultationen /100.000 Einw. (absolut: ca. 520.000 Konsultationen insgesamt), um Jahreswechsel ähnliche Entwicklung wie in Vorjahren, in 2. KW deutlich niedrigere Werte, v.a. bei 0-14-Jährigen ○ SARI-Fälle: in AG 80+ Jahre weiterhin sehr hoch (vergleichbar mit Höhepunkt Grippewelle der Vorjahre), in AG 60-79 Jahre leicht zurückgegangen (hoch, aber vergleichbar zu Vorsaisons), in AG 35-59 vergleichbar zu Vorsaisons, in AG 15-34 etwas niedriger als Vorsaisons, in AG < 15 Jahre seit KW 40/2020 extrem niedrige Fallzahlen ○ SARI-Fallzahlen insgesamt stabil, auf Niveau der Vorsaisons, aber AG < 15 Jahre weiter extrem niedrige, AG 35+ hohe bis sehr hohe Fallzahlen, AG 80+ bleibt als einzige Altersgruppe auf sehr hohem Niveau ○ Anteil COVID-19 Patienten an SARI: leichter Rückgang in KW 1/2021 (65 %, Vorwoche 70 %) bei stabilen SARI-Fallzahlen (seit 3 Wochen)	FG36 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle

	• Wording sollte kommende Woche auf Aktualität überprüft werden	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht besprochen **Presse** • Termine Präs: heute ausländische Presse, Freitag Bundespresse-konferenz, für folgenden Townhall ggf. Unterstützung nötig • Masken-FAQ: Begrifflichkeit der „medizinischen Maske“ soll eingeführt bzw. erläutert werden, bereits Nachfragen dazu, [redacted] arbeitet diese Änderung ein	BZgA Presse [redacted] Präs
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Modellierungsstudie (mittwochs)** • Nicht besprochen **MPK Beschluss** • Punkt 12: Unterstützung der Länder durch den Bund darin, Studierende hinsichtlich SORMAS zu schulen, sodass diese in den Semesterferien die KP-Nachverfolgung unterstützen können ○ Gesundheitsämter könnten durch diese zusätzlichen Personen eher Belastung erfahren ○ Hinweis an das BMG auf die bereits erfolgende Unterstützung der Gesundheitsämter durch das RKI über den Einsatz von 800 Containment Scouts erfolgt → Bitte von [redacted] an das RKI um einen Bericht dazu bzw. zu deren Management, [redacted] nimmt [redacted] mit in Abstimmungsschleife • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] → [redacted]	Alle Abt. 3 [redacted]

	○ Bei SurvNet sind lediglich ca. 1/3 der Ämter noch anzuschließen ○ Erstellung einer erklärenden Grafik, die zentral platziert wird (Grafik bis morgen erforderlich, cave: Sachsen bspw. nutzt anderes System als SurvNet) **b) RKI-intern** Ministergespräch – CompuGroup • Vertreter des RKI wurden seitens BMG gebeten, an Folgegespräch teilzunehmen • Teilnehmende: [redacted] sowie ggf. ein Mitarbeitender aus ZBS1 für labortechnische Fragestellungen (Anfrage wird weitergeleitet) • Im Gespräch soll der sachliche und faktenbasierte Hinweis auf die bisherigen Kritikpunkte erfolgen sowie die Bitte darum, dass keine Parallelstrukturen aufgebaut werden (siehe SORMAS)	FG24 [redacted]
7	**Dokumente** Handlungsanleitung CorSurV – Verfahren zur Auswahl und Einsendung von Proben ○ Für Labore (Dokument hier) ▪ VO regelt, dass bis zu 5 % der Proben, die in letzter KW bei primärdiagnostizierendem Labor eingegangen sind, sequenziert werden sollen, geregelte Vergütung ▪ Kriterien Probenauswahl – zwei Gruppen: 1) Gesamtgruppe aller Proben und 2) Proben aufgrund eines Verdachtes auf eine variant of concern (VOC) ▪ Strang A: Sequenzierung vornehmlich aus zufälligen Proben um regelkonforme Surveillance zu gewährleisten (Vermeidung einer Bias durch Auswahl auf Verdacht) – hier kann ggf. ein Tool zur zufälligen Auswahl zur Verfügung gestellt werden ▪ Strang B: Sequenzierung bei Verdacht auf Vorliegen einer Variante nach festgelegten Indikatoren ▪ Ggf. Rückfragen an Diagnostikexperten ob Empfehlung hinsichtlich Ct-Werten sinnvoll ▪ Darlegung der Durchführung und Informationsübermittlung via DESH, DEMIS, IMS ID, Verknüpfung von Sequenzierdaten mit Meldedaten, siehe Grafik S. 4 ○ Für Gesundheitsämter (Dokument hier) ▪ Probenauswahl und Beauftragung der Sequenzierung ▪ Auswahl: ausschließlich beschränkt auf Verdacht – keine zufällig ausgewählten Proben ▪ Indikatoren identisch (s.o.) ▪ Beauftragung der Sequenzierung durch das Gesundheitsamt beim primärdiagnostizierenden Labor	FG36 [redacted]

	○ Diskussion: ▪ Abrechnungsmissbrauch: in VO ist Abrechnung via KV vorgesehen, retrospektiv überprüfbar, rechtliche Handhabe ▪ Abrechnung kann jedoch nicht Anzahl der eingesandten Sequenzen überprüfen, ggf. Transportkosten als Zusatzkriterium → (Quittierungs)Mechanismus in Phase 1 einzubringen ▪ Konsiliarlabor hier nicht direkt involviert (hier Fokus auf Sequenzierung), in Grafik ggf. gestrichelter Pfeil zu integrierter molekularer Surveillance/ Konsiliarlabor sinnvoll, zuvor jedoch Abstimmung mit entsprechenden Parteien nötig *To Do: Bitte an [redacted] um Ergänzung eines Satzes dazu, dass das System das andere ergänzt und zur Verdeutlichung der Zusammenarbeit mit dem KL (ggf. Satzbaustein aus FAQs verwenden)* ▪ Schwellenwert: Ct < 25 sollte enthalten sein ▪ Ct korreliert mit Infektionsstadium, somit sollte keine Verzerrung in epidemiologischer Hinsicht erfolgen, zumal für Sequenzierung wertvoll (Ausschluss fälschlicher Proben durch niedrigen Ct-Wert) *To Do: Veröffentlichung der Dokumente morgen bzw. spätestens bis Ende der Woche, via Labornetzwerk und Homepage*	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • SARS-CoV-2 Integration in Genom, Implikation für mRNA-Impfstoffe (Dokument hier) ○ Qualität des Preprints noch nicht beurteilbar, da Review ausstehend (bislang Veröffentlichung auf Preprint-Server) ○ Artefizielles System als Grundlage, daher reale Bedeutung fraglich, soweit kein Befund einer Relevanz für die Impfung • Labordiagnostik NRZ Influenza ○ Probenaufkommen in etwa vergleichbar mit Vorwoche ○ Von ca. 75 % der Praxen trotz Einsatz eines Kurierdienstes lediglich jeweils eine Probe eingeschickt (Grundanforderung: 3 Proben) ○ Es sollen somit 50 neue Praxen rekrutiert werden ○ Nachweisrate: auch hier Rückgang: 10 % SARS-CoV-2-positiv, Rhinoviren weiterhin auf niedrigem Niveau ○ Erstmals Nachweis von Parainfluenza und NL63 (saisonale Coronaviren) seit langer Zeit ○ Influenza: keine Nachweise seit Lockdown ○ RespVir: identische Ergebnisse hinsichtlich Influenza und NL63	FG17/ZBS1 [redacted] Präs FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • AK-Auslieferung für 4. KW wird stattfinden	IBBS

	• COVRIN Fachgruppe: Anfrage zu Vitamin D und Ivermectin: Bericht für Kliniker wird erstellt, da berechtige Fachfragen • Weiterfinanzierung Beratungsnetzwerk für Behandlung • Webseminare wiederaufgenommen: v.a. zu besonderen Fallbesprechungen, intensivmedizinischer Behandlung • Vitamin D: Textbaustein zu PH Prävention wird erscheinen, wird morgen im Expertenbeirat Influenza diskutiert Entlassungsmanagement hinsichtlich neuer Varianten • Derzeit noch kein Anlass zur Änderung • [redacted] • Immunsuppression: Zusammenhang mit Prädisposition der Entwicklung von Mutationen und relevante Ausscheidung von > 10^6 über 60 Tage • Kriterien für KP1/KP-Management und Quarantänedauer ggf. anzupassen, wenn höhere Übertragbarkeit und Zirkulation neuer Varianten nachgewiesen, derzeit jedoch gering belastbare Datenlage, daher hier zunächst Fokus auf stringente Durchführung der Maßnahmen des KP-Managements • Korrelation zwischen Menge und Infektiosität bzw. Kopplung der Faktoren „Zeit“ und „klinische Besserung“ als Indikator für Überwindung der Infektion auch auf neue Variante anwendbar • [redacted] *To Do1: Ggf. über STAKOB gezielt um Proben immunsupprimierter Patienten bitten, Rücksprache mit* [redacted] *To Do2: Formulierung im Entlasspapier zur Einzelfallbeurteilung und Virusanzucht bei Immunsuppression bitte ergänzen um „und ggf. sequenzieren“ nach Rücksprache mit* [redacted]	[redacted] FG38 [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • COVID-19/Obdachlosigkeit (Freitag)	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • [redacted]	FG37 [redacted] FG36 [redacted]

	• Fehlende Aktivität neutralisierender AK bei afrikanischer Variante (E-Mail an ZIG zu Ausführungen seitens CDC) • Preprint dazu: https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.01.18.427166v1.full.pdf • Mögliche Konsequenz für Impfung, Reinfektion, T-Zell-Immunität: noch keine belastbare Datenlage bzw. epidemiologische Erfahrung im Feld *To Do: Bitte an [redacted] um Einschätzung und Bitte an [redacted] um Zusendung einer Bitte um Einschätzung an das PEI*	
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen bzw. jeweils s.o.	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 22.01.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

378 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-01-22.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*22.01.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade, Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler, z.T.
- AL1/Abt. 1
  - Martin Mielke
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG35
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZIG2
  - [redacted]
- ZIG3
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** ○ Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): 95,6 Mio. Fälle weltweit, >2 Mio. Todesfälle (2,2%) ○ Leichter Rückgang bei Neuinfektionen, dafür steigende Todesfälle weltweit ○ Top Ten ungefähr gleichbleibend, Trends ebenso, USA, UK, Russland, Deutschland abnehmend, Spanien zunehmend mit starkem expon. Anstieg, Brasilien stabil zur Vorwoche ○ In Europa sinkt die Inzidenz bis auf Portugal ○ Amerika mit den meisten Neuinfektionen (51%/aller Fälle), dann Europa, dann Asien, Afrika, Ozeanien, Reihenfolge bei Todesfällen ähnlich ○ UK Variante in 60 Ländern weltweit nachgewiesen, SA-Variante in 23 Länder, brasil. Variante auch in Italien nachgewiesen ○ Israel deutlich führend mit verimpften Dosen/100 Personen, Israel und Bahrain auch führend bei verabreichten 2 Dosen **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ▪ SurvNet übermittelt: > 2 Mio. (+17.862), davon 50.642 (2,4%) Todesfälle (+859), 7-Tage-Inzidenz 115/100.000 Einw., Reff=0,84; 7-Tage Reff=0.93 ▪ In meisten Bundesländern Rückgang der 7-Tages-Inzidenz, führend Thüringen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt ▪ Streuung hat in anderen BL abgenommen, konzentriert sich um Mittelwert ▪ Vorschlag: Darstellung der 7-Tage-Inzidenz wird perspektivisch umgestellt auf Darstellung mit Korrektur der Vortage, um Artefakte der einzelnen Wochentage zu glätten, initial mit Disclaimer im Lagebericht ▪ 7-Tage-Inzidenz: 21 LK<50/100.000, 217 LK 100-250/100.000, 20 LK 250-400/100.000 ▪ Inzidenz nimmt ab, im Vergleich zur Vorwoche um 26%, auch in den Großstädten ▪ Deutliche Übersterblichkeit in KW 51, ca. 24% über dem Durchschnitt der Vorjahre 2016-19 ▪ Regionale Unterschiede bei Inzidenz nach verschiedenen Altersgruppen, >80jährige besonders in Ostdeutschland betroffen, keine Stratifizierung nach Aufenthalt in Pflegeheim/Häuslichkeit, vermutlich unterschiedliche Familienstrukturen/ggf. Untererfassung zugrundeliegend? ▪ 7-Tage-Inzidenz bei >80jährigen bei 206/100.000 bundesweit ▪ DIVI: Belegung geht langsam zurück, regional >70% belegt	ZIG1/[redacted] AL3/[redacted]

Kommentiert [HW1]: Aber in Spanien exponentieller Anstieg im vorigen Punkt?

	▪ Anzahl der Geimpften: 1.324.091 *ToDo: ggf. regionale altersstratifizierte Inzidenz nochmal nach Anzahl der Pflegeheime untersuchen (FG37)* *Umstellung der Darstellung der 7-Tage-Inzidenz im Lagebericht wird nach Rücksprache mit Präs Anfang kommender Woche umgesetzt ([redacted]/Präs/Lagezentrum)*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Evidence on the topic of SARS-COV-2 reinfection (Review), Folien hier: o Anlass: unterschiedlichen KP-Management-Empfehlungen für Genesene versus Geimpfte o 73-jähriger starb letzte Woche in Ba-Wü nach Re-Infektion • Google Scholar für Literaturrecherche benutzt, ca. 120 Dokumente gefunden, u.a. case report, observational studies und reviews o Bestätigte Re-Infektionen sind rar, Sequenzierung wird selten durchgeführt um zu differenzieren zwischen erster und zweiter Episode o Re-positive Testergebnisse sind keine Seltenheit, auch mit schweren Verläufen einhergehend o Limited evidence für Infektiosität und contact tracing von Re-Positiven *Diskussion:* • Diesbezüglich aktuell publizierte Studie aus UK: HCW-Studie mit 82% Schutz nach primärer Infektion • Vorschlag: Perspektivisch gleiche Behandlung im KP-Management von Genesenen und Geimpften, aktuell sollte überlegt werden, ob beide in Quarantäne gehen, wenn sie KP1 sind <u>Datenlage</u> o Datenlage von Genesenen und Geimpften ist ähnlich, lässt eine Unterscheidung im KP-Management ggf. nicht weiterhin zu o Datenlage unklar, insbesondere was Transmissionsketten, die von Re-Infektionen ausgehen angeht, auch unter dem Aspekt der neuen Varianten, koreanische Studie gibt keinen Anhalt für Transmissionen durch Re-Infizierte o Verhältnismäßigkeit zwischen unklarer Datenlage und Konsequenzen für Kontaktpersonen?? Langzeitperspektive?	ZIG/ [redacted] FG36/ [redacted] / alle

	○ [redacted] Re-Infektionen: ○ Re-Infektion nach Studienlage bei 13-18% (ohne Sequenzierung, nur pos. Testergebnis) ○ Wird die Wahrscheinlichkeit von Re-Infektionen mit weiteren Mutationen steigen und sollten Genese, wenn sie KP1 sind daher in Quarantäne gehen? ○ Welche Rolle spielen neue Varianten bei Re-Infektionen? Genesene vs. Geimpfte: ○ Geimpfte sind prinzipiell homogener als Genesene, da es bei Genesenen deutlichere Unterschiede in Immunreaktion gibt ○ Andere Länder handhaben Genesene und Geimpfte gleich im Gegensatz zu uns ○ Ggf. individuelle Handhabung (z.B. HCW mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen)?? Aktuelle Situation in Deutschland: ○ Krankheitslast ist weiterhin hoch und auch Genese nehmen zu ○ Entlastung des Gesundheitssystems als Ziel und Vermeidung von schweren Erkrankungen ○ Re-Infektion ist nicht klar definiert, mögliche Re-Infektionen werden teilweise in SurvNet dargestellt ○ Zeitraum muss definiert werden für Immunität für Genese ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Zudem auch einheitliche, einfache KP-Empfehlungen wichtig, unabhängig von Sequenzierungsempfehlungen	

	ToDo: Entwurf mit Abschaffung der bestehenden Empfehlung für Genesene und Vereinheitlichung, danach erneute Diskussion im Krisenstab kommende Woche (FG36)	
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Vertagt auf Montag *ToDo: Text wird Montag in Krisenstab besprochen (alle)*	alle
5	[redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] o [redacted] o [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • TOP Berichterstattung zu neuen Varianten: o Aufwändige Liste mit Vorkommen von neuen Varianten wird von [redacted] und [redacted] händisch geführt, allerdings nicht repräsentativ, da keine weitere Detaillierung aufgrund der Datenlage möglich o Journalisten wollen immer genaue Aufschlüsselung haben, z.B. nach Bundesländern etc., dann erfolgt immer Verweis auf Kontaktaufnahme zu Bundesländern, RKI ist nicht sprachfähig o kurzfristig wird SurvNet überarbeitet mit Eingabefeld (aktuell nur im Freitext möglich) für Variantennachweis, so dass Auswertung automatisiert werden kann	BZgA/[redacted] Presse [redacted] [redacted]/alle FG38/FG36/AL3/ Presse

	ToDo: ▪ *Steckbrief-Veröffentlichung wird von Freitag auf Montag verschoben um Presse an Freitagen zu entlasten* ▪ *FAQs zu FFP2 und MNB werden überarbeitet (Presse, FG14)* ▪ *Fortführung der händischen Liste der neuen Varianten bis SurvNet überarbeitet ist* [redacted]	
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** **b) RKI-intern**	Alle P4[redacted]
7	**Dokumente** • keine	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG33/[redacted]
9	**Labordiagnostik** • FG17: in virolog. Surveillance ca. 440 Einsendungen, davon xxx SARS-CoV-2 positiv, Sequenzierung läuft noch, zudem nachgewiesen Rhinoviren, Parainfluenza, keine Influenza • [redacted] *ToDo: Abteilung 3 benötigt perspektivisch Laborliste für Gesundheitsämter für Variantenerfassung (FG17/ZBS1)*	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**	IBBS

	• Nichts Neues	

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	• Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten
	  ○ Siehe oben
	• COVID-19/Obdachlosigkeit, Folien hier
	  ○ <u>Hintergrund:</u> Anfragen bei nCoV-Lage:
	  ▪ Meldedaten (§36 - Obdachlosenunterkünfte bisher nicht ausgewiesen)
	  ▪ Wunsch nach einheitlichen Empfehlungen zur Prävention und Management von COVID-19 bei Obdachlosen
	  ○ <u>Herausforderungen:</u>
	  ▪ Zurückhaltige Testung, da keine Quarantäne/Isolierungsmöglichkeiten und schwierige Testergebniskommunikation
	  ▪ Fehlende Hygiene/Testkonzepte /Empfehlungen
	  ▪ Obdachlosigkeit als Risiko für schweren Verlauf
	  ○ Internationale Empfehlungen (z.B. CDC oder PHE) vorhanden
	  ○ RKI-Empfehlungen zur Prävention und Management von COVID-19 unter Wohnungslosen gewünscht???
	
	ToDo: Rücksprache mit Leitung bezüglich möglichen Empfehlungen/RKI-Publikationen/Partnerinstitutionen (z.B. Charité) [redacted]
		FG36
		
		FG34/FG38 [redacted]

12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • [redacted] ○ [redacted] • [redacted] *Todo: Def und Veröffentlichung Hochinzidenzgebiete (FG38)*	FG38/ [redacted]
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Umgang mit 08.03. (Feiertag Berlin) ausstehend *ToDo: Umgang mit 08.03. (Feiertag in Berlin) (FG38)*	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle

16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 25.01.2021, 13:00	

380 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-01-25.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*25.01.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1/Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- FG 12
  - [redacted]
- AL3/Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG Leitung
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1/INIG
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** International (freitags) **National** • Fallzahlen/Todesfälle/Trends (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt 2.141.665 Fälle, davon 52.087 (+217) Todesfälle (2,4 in%), 7-Tage-Inzidenz 111/100.000 Einwohner ○ 4-Tage-R=1,06; 7-Tage-R=0,95 (Stand 25.01.2021) ○ Impfmonitoring (24.01.2021): Geimpfte mit einer Impfung 1.469.353 (1,8%), mit 2 Impfungen 163.424, ○ DIVI-Intensivregister: 4628 Fälle in Behandlung (-32) ○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 351, davon 39% verstorben ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum: in allen Bundesländern leicht rückläufigen Trend, auch TH, SN, BB. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: Führend in der 7-Tage- Inzidenz sind SN, TH, ST ▪ Kein LK > 500/100.000 ▪ Einige Landkreise < 50/100.000 (überwiegend im Norden) Beurteilung: ○ 7-Tage-Inzidenz-Gesamtdeutschland mit 111/100.000 deutlich niedriger als Ende Dezember, R liegt um 1, nach dem Wochenende geringe Zunahme der bestätigten Fälle und der Anzahl der Verstorbenen. ○ Hinweis zur Erfassung der 217 Verstorbenen: Angegeben werden diejenigen, von denen das RKI in den letzten 24h Kenntnis erhalten hat, das Sterbedatum kann schon weiter zurückliegen ○ Es ist nicht von einer Untererfassung auszugehen, (über DEMIS sind 5000 Meldungen eingegangen). ○ DIVI-Intensivregister: kein Anstieg, weiterhin leichter Rückgang **Grafische Darstellung der 7-Tage-Inzidenz** • [redacted]	*FG 32* [redacted]

	• [redacted] • Der Vorwurf einer absichtlichen Unterschätzung würde entkräftet • Beispieldarstellung: korrigierte Kurve ist entspannter, zeigt aber bspw. für Sachsen für zurückliegende Daten eine deutliche Unterschätzung der 7-Tage-Inzidenz • Der Bereich, der wegen noch unvollständiger Daten in jeder aktuellen Darstellung unterschätzt ist, soll mit grauem Balken hinterlegt und einem Hinweis versehen werden Diskussion: • Frage: ist die Inzidenz (Basis der gesamten Berichterstattung/ vor allem die 50/100.000-Grenze) in der korrigierten Darstellung dann immer höher? Antwort: Nein, der Fehler betrifft nur den aktuellen und vorangegangenen Tag und wird mit weiter zurückliegenden Tagen kleiner, für den jeweils aktuellen Tag gibt es keinen Unterschied, die Korrektur betrifft nur den vorangegangenen Tag • Könnte für die Länder problematisch sein: Verordnungen richten sich nach den Zahlen, die das RKI täglich ausweist • Es könnte zwar ein Problem sein, dass mit der rückwirkenden Korrektur in D eine 7-Tage-Inzidenz von >200 vorlag, die Einschränkung auf den 15-km Radius also bundesweit gegriffen hätte, im Vordergrund steht jedoch eine konsistente Berichterstattung, die über diese neue Darstellung möglich ist • Für den mit dem grauem Balken hinterlegten, unterschätzungsgefährdeten Zeitraum (s.o.) können aktuelle Länderdaten herangezogen werden • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Frage: Könnte das Nowcasting auch sinnvoll auf die 7-Tage-Inzidenz angewendet werden? Antwort: Könnte man versuchen, nicht alternativ zur korrigierten Darstellung, nur als Ergänzung denkbar • Frage: Änderungen sind schwierig zu vermitteln, Inzidenzen werden rückwirkend höher? Antwort: Die jeweils tagesaktuellen Inzidenzen sind nicht falsch, da sie auf zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Daten beruhen.	*Alle* [redacted]

- Vorschlag: Für eine Woche parallele Veröffentlichung der bisherigen und der korrigierten Kurve.
- Ergebnis: Parallele Darstellung beider Kurven über 3 Tage, dann Wechsel zur korrigierten Darstellung

ToDo: Bisherige Darstellung und korrigierte Darstellung sollen am Dienstag 26.01., Mittwoch 27.01 und Donnerstag 28.01. parallel veröffentlicht werden.
ToDo (ohne Deadline) Nowcasting versuchshalber auf die 7-Tage-Inzidenz anwenden,

Position Lagebericht

[redacted]

	• [redacted] • [redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** **Nicht besprochen (vertagt wegen Zeitmangel)**	*FG 21* [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Einschätzung der Schwere der UK Variante (B.1.1.7) **Auf Mittwoch vertagt**	Alle *FG 37*
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] • Soll von der Pressestelle des BMG dementiert worden sein • Es sollte allgemeinverständlich in FAQ oder in einem EpiBull-Artikel dargestellt werden, dass Antigen-Tests vorwiegend zur Feststellung der Infektiosität geeignet sind. • Es besteht Kontakt zur Fachebene des BMG [redacted] dort sind die Chancen und Limitationen bekannt. Zunächst: Öffnung für den betrieblichen Kontext, fachlich angeleitet und betriebsärztlich begleitet. • Zu Speicheltests liegen keine Informationen vor, die Zusage einer breiten Anwendung würde hier ein Incentive für die Weiterentwicklung sein • Denkbar ist eine Abgabe von Antigen-Tests über Apotheken, mit der Aufgabe der Aufklärungspflicht • Anmerkung: zum Wording: es sollte heißen „unauffälliger Antigen-Test“	[redacted]

6	[redacted]	[redacted]
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein:** Anpassungsbedarf von RKI Empfehlungen/Dokumenten (z.B. hinsichtlich Inkubationszeit, Quarantänezeit, Isolationszeit, Ausscheidungszeit, Neue Definition von Kontakten) **Entlasskriterien aus der Isolation:** • Bislang kein Änderungsgrund bei den Entlasskriterien, da bei hospitalisierten Fällen (schwerer Verlauf) ohnehin PCR vor Entlassung empfohlen ist. Die Datenlage zur Therapie bei VOC ist noch dünn. • Frage: Kriterium für die Verlaufsdefinition ist der Sauerstoffbedarf, denkbar ist Hospitalisierung wegen anderer Erkrankung und leichter Covid-19-Verlauf, würde dann keine PCR vor Entlassung durchgeführt? • Antwort: Bei Rückverlegung in Einrichtung oder mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen ist PCR empfohlen • Grundsatzkriterium bei Entlassungen aus der Isolation (leichte Verläufe) frühestens nach 10 Tagen und mindestens 48 Stunden Symptomfreiheit. Dies sollte auch bei neuen Varianten ausreichen. • Hinweis: Ausscheidungskinetiken der neuen Varianten sind noch unbekannt • Bei Immunsupression und Virusausscheidung von >21 Tagen soll eine Sequenzierung empfohlen werden (Immune-Escape) • Übertragung der bisherigen Regelungen auf VOC zugunsten der Einheitlichkeit hier vielleicht nicht ausreichend, es sollte nicht auf PCR bei Entisolierung verzichtet werden • Kontainment gewinnt an Bedeutung, da Impfwirkung bei bras. Variante ungeklärt und schwerere Verläufe bei B.1.1.7 nicht ausgeschlossen sind Vorschlag: Hier eignen sich Antigen-Tests gut, denn grundsätzlich ist die Domäne des Antigentests die Infektiosität (gegen Ende der Infektion) PCR ist relevant als Infektionsnachweis zu Beginn. Bei positivem Antigen-Testergebnis sollte die Quarantäne verlängert werden • Ist dieser Aufwand leistbar? Klinische Besserung als Entlasskriterium zeigt die Überwindung der der Ausscheidung ausreichend an • Für Kliniken könnte ein Antigentest das Procedere bei Verlegung beschleunigen	Alle [redacted]

- Es liegen keine Daten zur Ausscheidung, Infektiosität und Impfpräventabilität vor, daher sollte bei bekannter Infektion mit VOC ein Antigentest vor Entlassung empfohlen werden
- Frage: Zuerst über Kliniken mit guter Diagnostik, zu denen wir leichten Zugang haben, mehr Überblick verschaffen, dann an die Öffentlichkeit gehen?
  Antwort: Zu viel Zeitverzug
- Frage: Sollte bei Antigentest vor Entisolierung nach VOC-Infektion eine Vergleichsgruppe mit klassischer Variante ebenso getestet werden?
- Antwort: Daten sollen bei Ausbruch im HUK und bei weiteren Parallelausbrüchen gewonnen werden
- Einigung: Antigentest vor Entisolierung, es bleibt noch unentschieden, ob in jedem Setting

ToDo: Textentwurf mit dem Inhalt:
Wir sind der Meinung, dass ein Antigen-Test vor der Entlassung aus der Isolation durchgeführt werden sollte. Caveat: Es ist noch unklar, ob dies nur im klinische Setting (hospitalisierte Fälle) oder auch im häuslichen Setting gilt. Bei Immunsupression sollte grundsätzlich Sequenziert werden.

[redacted]

Getrennte Isolierung von Kohorten

- [redacted]
- [redacted]

Diskussion:

- Dies wird auch bei anderen Erregern mit unterschiedlich virulenten Varianten so gehandhabt
- Einigung: getrennte Isolierung von Kohorten wird empfohlen.

Kontaktpersoneneinstufung

- Frage: Sollen Kontaktpersonen von KP I ebenfalls unter Quarantäne gestellt werden?
- Grundlage: Haushaltsmitglieder von Fällen sind KP I und werden unter Quarantäne gestellt
- Kontaktpersonen von KP I wurden bisher nicht unter Quarantäne gestellt. Ausnahme: GÄ haben Familien unter Quarantäne gestellt, wenn ein Kind KP I war, um Eintrag in andere Einrichtungen über Geschwisterkinder zu verhindern
- Vorschlag: Option, die ganze Familie zu quarantänisieren, könnte in die Empfehlungen aufgenommen werden
- Einwand: Dann würden jede KP I als Fall behandelt, KP sind jedoch keine Ansteckungsverdächtigen
- Ergebnis: KP von KP I sollen nicht grundsätzlich in Quarantäne, es soll deutlicher kommuniziert werden, dass KP I ihre Kontakte von ihrem Status informieren und darauf

	hinweisen sollen, dass sie im Fall einer auftretenden Symptomatik erneut Kontakt aufnehmen werden • Cave: Es soll bei Kontaktpersonen von KP I nicht von „Kontaktpersonen 2. Grades“ gesprochen werden, um eine Verwechslung mit KP II zu vermeiden! *ToDo: Klären, ob der Hinweis auf ein Kontakttagebuch hier auch aufgenommen werden soll, oder bereits in den Dokumenten empfohlen ist.* **Gebietssperrungen** • Frage einer Riegelungsimpfung stellt sich bei derzeitigem Impfstoffmangel nicht • Abriegelung geografischer Einheiten wird nicht empfohlen, Abriegelung von Stadtteilen ist kaum möglich bzw. kontrollierbar und führt zu falschen Sicherheitsannahmen in nicht betroffenen Gebieten. • [redacted] • Gebietssperrungen wie bei Tierseuchen (MKS) sind schwer vorstellbar • Fazit: Abriegelung ist zum jetzigen Zeitpunkt keine sinnvolle Maßnahme, um die Ausbreitung zu verhindern. (zu spät). **Empfehlungen für Pflegeheime nach abgeschlossener Impfung** • Wann kann hier eine fertige Empfehlung geliefert werden? • Derzeitiger Stand: es sind keine Änderungen der geltenden Empfehlungen geplant, da weniger als 100% der Bewohner und MA geimpft sind. Zudem liegen nicht ausreichend Daten zum verhalten der VOC nach Impfung vor *ToDo: Diesbezügliche Stellungnahme mit bis 25.01.2021 Dienstschluss formulieren*	[redacted]
8	**Dokumente**	

	Wie soll bei Genesenen vorgegangen werden (im Kontext mit Geimpften): • Textvorschlag „Anpassung der Version vom 15.1. bez. des Managements von Kontaktpersonen der Kategorie 1 mit vorbestehender bestätigter SARS-CoV-2 Infektion oder Impfung“ steht zur Diskussion (Entwurf hier) Vorschlag 1: Falls Kontakt innerhalb von 3 Monaten nach Infektionsnachweis vorliegt: keine Quarantäne, Ausnahme: Kontakt mit vulnerablen Gruppen (dies entspricht dem ECDC-Vorschlag). Vorschlag 2: aufgrund der zirkulierenden Mutanten wird auch für Genesene Quarantäne empfohlen Diskussion: • Variantenabhängige Differenzierung von Maßnahmen (Vorschlag 1) ist bedenklich: Schwierigkeit des Nachweises einer vorangegangenen Infektion und der Anerkennung von Nachweisen, Eigenschaften der Varianten sind nicht vollständig bekannt • Vorschlag 2 ist einfach, bedeutet jedoch einen Kurswechsel, lässt sich durch Hinweis auf neue Varianten begründen, obwohl bisher wenig Informationen zu VOC vorliegen • Vorschlag 2, Quarantäne auch für Genesene, wird angenommen, mit dem Hinweis auf die Zirkulation neuer Varianten (auch die Brasilien-Variante soll erwähnt werden). **Quarantäne für KP I bei Kontakt mit VOC:** • Es soll auf den „Infobrief 53 (22.01.2021) für Gesundheitsämter zur Beauftragung einer Genom-sequenzierung von SARS-CoV-2-positiven Proben bei Verdacht auf das Vorliegen einer Variant of Concern (VOC)“ hingewiesen und verlinkt werden • Textvorschlag für die Hinweise zur Anordnung der Quarantäne: Die Quarantäne soll nicht auf <14 Tage verkürzt werden (soll dies auch bei Verdacht auf oder nur bei Nachweis von VOC - Infektion gelten?) Da es Hinweise auf eine längere Inkubationszeit gibt, wird für eine weitere Woche nach Quarantäne eine Selbstbeobachtung empfohlen. Unklar: Soll vor Entlassung aus der Quarantäne ein negatives Testergebnis vorliegen? Diskussion: • Empfehlungen sollten möglichst einheitlich bleiben, PCR bei Abschluss der Quarantäne wäre eine Sonderregelung • IN UK erfolgten, außer Schulschließungen, keine weiteren Anpassungen der Maßnahmen in Reaktion auf B.1.1.7. • Fraglicher Zusatznutzen des abschließenden PCR, Verantwortung wird damit delegiert • PCR würde einen Rückblick auf 16 Tage erlauben, möglicher weise liegen Ansteckungen mit VOC weiter präsymptomatisch zurück	[redacted] *Alle*

	• Hinweis: Zurückhaltung bei immer kleinteiligeren Empfehlungen ist erforderlich– GÄ sind überfordert, es dauert etwa 4 Wochen, bis sich Änderungen in der Breite durchsetzen • Einigung zugunsten der Einheitlichkeit: • Bei Verdacht auf oder Nachweis von VOC keine Verkürzung der Quarantäne auf <14 Tage, Selbstmonitoring für eine weitere Woche nach Quarantäne wird empfohlen, kein PCR - Test vor Entlassung • Frage: sollte VOC bei Verdacht nicht innerhalb von 14 Tagen nachgewiesen werden? • Antwort: Das ist nicht realistisch (z.B. werden Proben nicht immer eingesendet, spezielle PCRs fehlen etc.)	
9	**Update Impfen (nur freitags)**	FG33 [redacted]
10	**Labordiagnostik** **FG 17** • AGI Sentinel: 303 Einsendungen, 10,9 % positiv für SARS-CoV-2, 7 % positiv für Rhinoviren, 3x saisonaler Coronavirus, 3x Parainfluenzavirus 3, kein Influenzanachweis. • Die Influenzasaison wird mild ausfallen • B.1.351 konnte erfolgreich angezüchtet werden, auch bei B.1.1.7 erfolgversprechender Versuch, ZBS1 ist einbezogen • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZBS1 FG17 [redacted] [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Sobald neue Informationen vorliegen, werden sie auf der Homepage eingestellt.	*IBBS*
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted]	[redacted]

	[redacted] • An der Videokonferenz nahmen [redacted] teil • Es wurden folgende Fragen gestellt: Wurde überlegt, welche Konsequenzen das hat (z. B. auf die Verfügbarkeit)? Antwort: Laut BMG wurden wohl keine Daten zur Verfügbarkeit eingeholt Wird differenziert zwischen verschieden Typen medizinischer Masken (I, II, IIa)? Antwort: In den Verordnungen wird nicht differenziert. Wurde die Auswirkungen auf Vorräte und Ressourcen überprüft? Dies konnte nicht beantwortet werden Wurden Auswirkungen und Nebenwirkungen für die Anwender erklärt? Antwort: RKI hat mögliche Wirkung und Nebenwirkungen ausführlich dargestellt, ohne Angst zu wecken und ohne diese Empfehlung zu positiv darzustellen. • Anmerkung: Die BAuA hat die Bemerkung zur Verwendung von med. Masken für Privatpersonen aus ihrer Tabelle genommen (sie ist nicht für Privatpersonen zuständig). • Testung vor/nach Einreise aus Virusvarianten-Gebieten (NEU, für Montag) **auf Mittwoch vertagt** • Abgrenzung bzw. Definitionen von Risiko-/Hochinzidenz-/Virus-Varianten-Gebieten -> Verständlichkeit für Anwender*innen **auf Mittwoch vertagt** • Empfehlung, alle nicht essenziellen Reisen im In- und Ausland zu unterlassen **auf Mittwoch vertagt**	
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie, • nur 1 Folie besprochen (Folien hier) **weitere Folien auf Mittwoch vertagt** ○ Rückgang der Inzidenz in fast allen Altersgruppen, lediglich in der AG 0-5 Jahre kein klarer Rückgang ○ Im Gegensatz zu den Schulen: 41 Ausbrüche in KiTas Anstieg 2. KW: 8 Ausbrüche mit >10 Fällen ○ KiTas sind allerdings nicht geschlossen, sondern bieten Notbetreuung in unterschiedl. Umfang. ○ Sorgfältige Beobachtung ist angebracht (mit Blick auf die Lage in UK), da Schulen weniger betroffen sind.	FG32 FG36 [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**	FG38

	•	
16	**Wichtige Termine** •	Alle
17	**Andere Themen:** • Nächste Sitzung Mittwoch, 27.01.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

Ende der Sitzung 15:19 Uhr

382 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-01-27.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*27.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG25
  - [redacted]
- FG 31
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS2
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.161.275 (+13.198), davon 53.972 (+982) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 101/100.000 Einw. o 4-Tage-R=0,76; 7-Tage-R=0,87 o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 1.638.425 (2,0%), mit 2 Impfungen 283.264 o DIVI-Intensivregister: 4.571 Fälle in Behandlung (-48) o Aus intensivmed. Behandlung entlassen: +580, davon 29% verstorben o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Rückläufiger Trend setzt sich fort, Abnahme der Inzidenz von 160 auf 101 im letzten Monat ▪ deutlicher Rückgang in Thüringen und Sachsen ▪ Abbildung mit Berücksichtigung von Nachmeldungen war gestern zum ersten Mal im Lagebericht, bisher keine nennenswerten Fragen dazu. o [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] o Anzahl SARS-CoV-2-Erregermeldungen über DEMIS und Anzahl übermittelte COVID-19-Fälle ▪ Seit 1.Dez. mittlerweile fast 300 Labore an elektronische Meldung angebunden. ▪ Anzahl der DEMIS-Meldungen korreliert mit übermittelten Fällen ▪ Einbruch der Meldungen an Wochenenden auch in DEMIS zu sehen o Verlauf der 7-Tage-Inzidenz im Vergleich zur Testzahl ▪ Dissoziation des Gleichlaufs der Kurven im Sommer durch Testung von asymptomatischen Reise-rückkehrern (ziellosere Testung) ▪ Zum Herbst hin Änderung der Teststrategie, jetzt im Dezember und Januar sehr zeitnahe Assoziation mit Fallzahl. ▪ Vor Weihnachten wurden mehr Tests durchgeführt. (Verringerung der Dunkelziffer?) ▪ Um Weihnachten herum wurde deutlich weniger getestet, stimmt mit geringen Fallzahlen überein. o Inzidenz und Testzahl sollten gemeinsam betrachtet werden. Informationen über durchgeführte Tests zu haben ist wichtig.	FG32 [redacted]

- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- [redacted]

- **Testkapazität und Testungen (mittwochs)**
  Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier)
  - Testzahlen und Positivquote
    - Letzte Woche knapp über 1 Mio. Tests
    - Deutlicher Rückgang der Testungen (60% weniger im Vgl. zu vor Weihnachten), obwohl Kapazitäten vorhanden sind.
    - Frage, ob so viele weniger Personen Erkältungs-symptome haben oder diese nicht getestet bzw. an Testzentren verwiesen werden.
  - Auslastung der Kapazitäten
    - Kapazitäten sind vorhanden. Es sollte in den Arztpraxen wieder niedrigschwelliger getestet werden.
  - Probenrückstau
    - Unproblematisch, allerdings starker Mangel an Plastik (v.a. Pipettenspitzen), kann bei Zunahme von Sequenzierung problematisch werden.
  - Testaufkommen nach Laborgröße
    - Kleine und mittelgroße Labore hatten über die Zeit einen erheblichen Anteil am Testgeschehen.
    - Große Labor sind erst in KW 30-31 in nennenswerten Umfang eingestiegen.
  - AG-POCT in Einrichtungen
    - Akquise läuft weiter schleppend, Einrichtungen zögern häufig aus Zeitgründen an der Abfrage teilzunehmen.
    - Kumulativ bisher knapp 41.000 Tests erfasst.
    - Erfreulicherweise wurden für die meisten (ca. 92%) der positiven AG-POCT PCR-Abstriche zur Bestätigung an ein Labor eingesendet.

  Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier)
  - Anzahl Testungen und Positivenanteile bundesweit
    - Bestätigung der Ergebnisse der Voxco-Abfrage, letzte Woche weniger Tests als die beiden Wochen davor.
    - Positivenrate ging leicht runter.
  - Anteil positiv Getesteter nach Bundesland

Abt.3 [redacted]

FG37 [redacted]

	▪ In fast allen BL Stabilisierung oder Absinken o Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Anzahl Testungen nimmt in allen Altersgruppen leicht ab, warum? ▪ Positivenanteil nimmt in allen Altersgruppen ab. o Abnahmeort ▪ Anteil an allen Testungen hat in Krankenhäusern geringfügig zugenommen und ist in Arztpraxen relativ stabil. ▪ Testungen in KH sind auf gleichem Niveau wie vor Weihnachten angekommen. Nicht jedoch bei Arztpraxen, hier ist der stärkste Rückgang zu verzeichnen. ▪ Positivenrate nimmt in allen Abnahmeorten ab. o Zeit zwischen Abnahme und Test ▪ überall Beruhigung der Situation • Soll Empfehlung zur Durchführung von PCR-Tests wieder etwas sensitiver gefasst werden, so dass mehr PCR-Tests durchgeführt werden? o Diese Woche wird ein Gespräch mit der KBV bzgl. der Rolle der Arztpraxen beim Testen stattfinden. Es wäre deshalb sinnvoll, die Diskussion zu verschieben, bis sich die KBV dazu geäußert hat. o Sollte nicht jedwede respiratorische Erkrankung getestet werden, in Hinblick darauf, dass in 3-4 Wochen der Arzt-vorbehalt fallen und Heimtestung möglich werden wird. Sobald die Heimtestung verfügbar ist, wird vermutlich noch weniger Testung in Praxen stattfinden. o Nicht nur die Tests gehen leicht zurück, sondern auch die Positivenrate. Dies lässt vermuten, dass die Fälle abnehmen. o Sinnvoll wäre mit möglichst geringer Hemmschwelle zu testen (auch leichtsymptomatische ARE Patienten), nicht jedoch das Testen von Asymptomatischen zu fördern. o Die Testkriterien gelten für Knappheit, zurzeit gibt es unterschiedliche Aussagen zur Knappheit (genügend Testkapazitäten, jedoch Mangel an Materialien wegen Sequenzierungen). o Es gibt keine flächendeckenden Informationen über Antigentests, eine kurzfristige Änderung der Teststrategie wird die Interpretation nicht erleichtern. o Entscheidung wird bis nächsten Montag vertagt. Noch werden die Testkriterien nicht überarbeitet, sondern das Gespräch mit KBV am Donnerstag [redacted] abgewartet. *ToDo: Am Montag wird Flussschema zu Testkriterien nochmal im Krisenstab besprochen.*	Alle Alle
	• Heimtestung – Änderung Testindikation? o BMG Entscheidung ist gefallen, Heimtests werden eingeführt. Es wird nur noch auf Lizensierung gewartet. o Hinsichtlich der Begleitung der Einführung mit einer Informationskampagne ist BMG aufgeschlossen.	

- Mit einem Antigennachweis kann keine Diagnose gestellt werden. Ein positiver Antigentest ist Anlass für PCR-Test, definiert nur einen Verdacht und einen möglichen Hinweis auf Infektiosität.
- Wie will man das kontrollieren?

- Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser — FG37 [redacted]
  - Aktuell 900 aktive Ausbrüche in Altenheimen, über 300 Ausbrüche in Krankenhäusern, noch keine Tendenz, dass die Ausbrüche weniger werden.
  - Dokument zu Altenheimen ist mit 33 Seiten zu komplex. Es ist eine einfachere Version geplant, soll an [redacted] geschickt werden.
  - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - Waren die Hygienemaßnahmen adäquat und reichen bei dieser Variante nicht aus?
    - Keine Aussage möglich, in der Regel wird zu spät reagiert. Wenn Hygienemaßnahmen umgesetzt werden, können größere Ausbrüche verhindert werden.
    - Gibt es die Möglichkeit auch nach Tag 10 Proben zu nehmen, um Sheddingdauer zu evaluieren?
    - Es werden alle 2 Tage Proben entnommen bis zum endgültig negativen PCR-Test. Auch Ct-Werte mit in Auftrag geben.

- **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) — MF4 [redacted]
  - COVID-19-Intensivpflichtige
    - Zahlen sinken in den meisten BL, fast 1.000 Fälle weniger als zur Peak-Zeit.
    - In drei BL weiterhin steigende Fallzahlen: SH, NI, SL.
  - Fallzahlen auf ICU
    - Weiterhin hohe Zahlen an täglichen Neuaufnahmen (ca. 500/Tag) und Verlegungen.
    - Zahl der verstorbenen Patienten weiterhin hoch.
  - Belastungslage auf Intensivstationen
    - Stabilisierung, aber noch keine Entlastung
    - Personalmangel verbessert sich in einigen Häusern, ist aber immer noch sehr hoch.
  - Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen
    - Trend zeigt nach unten.

	▪ In SH, Ni, SL ist Prognose auf ähnlichem Niveau wie bisher. • **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb ▪ Leichter Anstieg bei Kindern und Erwachsenen, aber auf sehr geringem Niveau. o ARE-Konsultationen ▪ Von 2. zu 3. KW wieder gesunken, deutlich weniger Arztbesuche als in Vorjahren. ▪ In NRW Anstieg nach Neujahr wie jedes Jahr. o ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Anzahl SARI-Fälle bei 0-4 Jährigen auf außergewöhnlich niedrigem Niveau. ▪ SARI-Fälle bei 15-34 Jährigen im Rahmen der Vorsaisonen, bei 35-59 Jährigen sehr hoch im Herbst. Auch bei älteren Altersgruppen im Herbst höher als in Vorjahren. o SARI-Fälle mit COVID-Diagnose ▪ Entspannung ist deutlicher bei allen Fällen, inklusive der noch liegenden, zu sehen im Vergleich zu den Fällen mit maximaler Verweildauer von 7 Tagen. ▪ Bei allen Fällen im Moment deutlich rückläufig.	FG36 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Einschätzung Schwere UK VOC o Allgemeine Ergänzungen, zeitlosere Gestaltung o Bei Varianten: brasilianische eingefügt o Umformulierungen: z.B. Mund-Nasen-Bedeckung durch Masken ersetzt, Länder durch Staaten ersetzen o Bei Frage zu Reiseempfehlungen wird aufs Auswärtige Amt verwiesen. Hier ist eine stärkere Positionierung wünschenswert. Abraten von allen nicht notwendigen Reisetätigkeiten soll ergänzt werden. *ToDo: Wird noch einmal zirkuliert und dann umgesetzt.*	FG36 [redacted]
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse**	[redacted] Presse

	• [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	[redacted] FG14 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Visualisierung von Indikatoren / Veränderung Lagebericht ○ Der Wunsch den Pandemieverlauf besser zu visualisieren wurde Ende letzten Jahres aus dem Krisenstab in Melde-datengruppe getragen. ○ Verschiedene Variablen wurden unter verschiedenen Indikatoren zusammengefasst und visualisiert, in jedem Variablen-Fenster ist der Verlauf, der aktueller Wert und der Trend zu sehen, ausführlichere Information sind hinterlegt. ○ Tägliche oder wöchentliche Aktualisierung? Es gibt Werte, die täglich und Werte, die nur wöchentlich dargestellt werden können. ○ Automatisierbar? Im Moment noch händische Nachbesserungen, könnte aber automatisiert werden. ○ Visualisierung ist sehr übersichtlich. Die Systematik und die Zuordnung der Variablen zu Indikatoren sollte nochmal überarbeitet werden. ○ Mit dieser Darstellung könnte Lagebericht entlastet werden, sollte für Öffentlichkeit verfügbar sein. ○ Wo sollte das zur Verfügung gestellt werden? ▪ Auf extra Website, dadurch könnte viel Text im Lagebericht gespart werden. ▪ Kapazitätsfrage bei vielen Zugriffen ▪ Integration in bestehendes Esri-Dashboard vermutlich nicht möglich. *ToDo: Inhaltliche Überarbeitung, Klärung Webseite, FF Abt.3, Abstimmung mit MF4, zeitnah Anfang März. Aufgaben ID 2716*	ZBS1 [redacted]

	• Zielformulierung RKI/NoCOVID (hier)
	  ○ Ziel soll in Zusammenhang mit Stufenplan formuliert werden. Wie soll sich RKI in Hinblick auf NoCovid positionieren?
	  ○ NoCovid ist wissenschaftlich betrachtet nicht umsetzbar.
	  ○ Vorschlag: Übergeordnetes Ziel ist, die Anzahl von Fällen so weit zu reduzieren, dass lokale Kontrolle durch die GA wieder möglich wird.
	  ○ Ziel sollte Schutz der Bevölkerung, die Minimierung der Schwere der Krankheit sein. Durch Minimierung der Zahl der Fälle, so dass Kontrolle wieder möglich wird.
	  ○ Es soll ein Schlagwort à la Control Covid gefunden werden.
	  ○ Ziel soll Stufenplan vorangestellt werden.
	  ○ Wie kann ein Hochschnellen der Zahlen durch schnelle Öffnungen vermieden werden?
	  ○ An welchen Indikatoren kann Überlastung von GA festgemacht werden? Ganz wesentlicher Punkt ist Kontakt-personennachverfolgung. Datenlage ist im Moment nicht sehr gut.
	  ○ Die Kontrolle durch GA als zentrales Kriterium ist schwierig und von Ressourcen vor Ort abhängig. Es geht ums Transmissionsgeschehen, dies muss nicht von der Kontrollfähigkeit der GA abhängig gemacht werden.
	  ○ Schutzschirm durch Impfungen sollte mit ein bezogen werden.
	  ○ Es fehlt noch ein gesellschaftliches Ziel. [redacted] schlägt vor eine Kollegin aus Abt. 2 in die Gruppe aufzunehmen.
	  ○ Feste Zielwerte bei den einzelnen Stufen sind unkomfortabel, da Richtwerte auf Erfahrungen aus der Vergangenheit basieren und Zielwerte immer wieder revidiert werden müssen.
	  ○ Schwellenwerte sind für die Politik für Anpassung von Maßnahmen sinnvoll.
	  ○ Ein Schlagwort für so niedrige Fallzahlen, dass sie wieder kontrollierbar sind, sollte gefunden werden. Unter 10 (Lancet) scheint reeller.
		ZIG
		[redacted]
		
		[redacted]

7	**Dokumente**
	• Kontaktpersonenmanagement
	  ○ Sprachliche Änderungen, klarer verständlich
	  ○ Ergänzung: Kontaktpersonen der Kat. 1 sollen enge Kontakte außerhalb des Haushalts informieren, auch auf Krankheitssymptome zu achten.
	  ○ Vorschlag 1 gewählt: innerhalb von 3 Monaten nach Erstinfektion soll keine Quarantäne angeordnet werden. Einigung mit Ministerium.
	  ○ Basiert auf aktueller Datenlage zu Reinfektionen und zur Infektiosität. Statt Infektiosität Kontagiosität verwenden.
	  ○ Vulnerable Gruppe durch Risikogruppe ersetzen.
		FG36
		[redacted]

8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33

9	**Labordiagnostik** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	FG37
12	**Surveillance** • Seroepidemiologische Studien zur Verbreitung von SARS-CoV-2 (Folien hier) ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Idee ist mit Serotracker Allianz zu bilden: Aggregierte Ergebnisse in Serotracker einzuspeisen, damit Ergebnisse für Deutschland im internationalen Vergleich verfügbar, gemeinsame methodische Weiterentwicklung, Dashboard-Version auf Deutsch. ○ Analysen müssten mit aktuellem, knappem Personal realisiert werden. ○ RKI ist bei COVIM beteiligt, sollte keine Konkurrenz/ Doppelung zur Meta-Analyse werden. Diese Woche findet ein COVIM-Treffen statt. In COVIM wurden bereits Vorarbeiten geleistet, Studienprotokolle werden vorbereitet. ○ Zentral ist die Berechnung der IFR (infection fatality rate). Falls die IFR nicht vom HZI in der Metaanalyse zeitnah	FG25 [redacted]

	angegangen wird, muss sich das RKI auch ohne zusätzliche Mittel damit befassen. Hohe Priorität. ○ Zum Darstellungs- und Berichtsmodus wird [redacted] angesprochen.	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • BPK [redacted] Freitag 29.01. • Expertenrat Influenza 28.01.2021; 15-17:30 h • BMG VK: IMS-Sc2: Anbindung DECOI B-FAST 29.01.2021; 10:30-12:00 [redacted]	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 29.01.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

384 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-01-29.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*29.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG16
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle o Laut WHO >100 Mio Fälle und ca. 2,2 Mio Todesfälle o Länder auf Liste haben sich nicht verändert o Rückläufiger Trend in USA, UK und Brasilien, sowie in der Russischen Föderation, Kolumbien, Deutschland und Indien o Trend in Spanien und Frankreich stagniert bzw. leichter Anstieg • 7-Tages-Inzidenz weltweit o Inzwischen weltweit 101 Länder >50/100.000 Ew. o Insgesamt sind neue Fälle global um 15% gesunken, 2. Woche in Folge, größter Rückgang in Europa (-20%) o Auch in Afrika Rückgang, -30% in Südafrika o Die meisten Fälle aus Amerika und Europa (86%) • SARS-CoV-2 Varianten: VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) o Nachweis in 70 Ländern, allen WHO Regionen, neu in Litauen o Trotzdem rückläufige 7-Tages-Inzidenz, z.B. in Irland -40% o Risikogebiete für UK-Variante: UK, Irland und Portugal unter Beobachtung: Dänemark, Frankreich, Schweiz, Tschechien, Israel und weitere • SARS-CoV-2 Varianten: 501Y.V2 (Linie B1.351) o in 31 Ländern und in 5 von 6 WHO-Regionen nachgewiesen, erstmals Nachweis in den USA, in South Carolina, kein Link zu Südafrika o Risikogebiete für südafrikanische Variante: Südafrika, Eswatini, Lesotho unter Beobachtung: Länder in (Süd)-Afrika • SARS-CoV-2 Varianten: P1. Variante (Linie B1.128.1) o P1 Variante: in mind. 8 Ländern o v.a in Brasilien sind Todesfälle stark angestiegen, im Januar 85% dieser Variante zuzuordnen, insbes. im Amazonasgebiet anhaltende Transmission, Reinfektionen: In Manaus ging man nach erster Welle von Herdenimmunität aus • Verabreichte COVID-19-Impfstoffdosen pro 100 Personen o Israel: >50/100 Personen geimpft, 2. Dosis >17/100 Personen o [redacted]	ZIG1 [redacted]

[redacted]

National FG38 [redacted] Alle

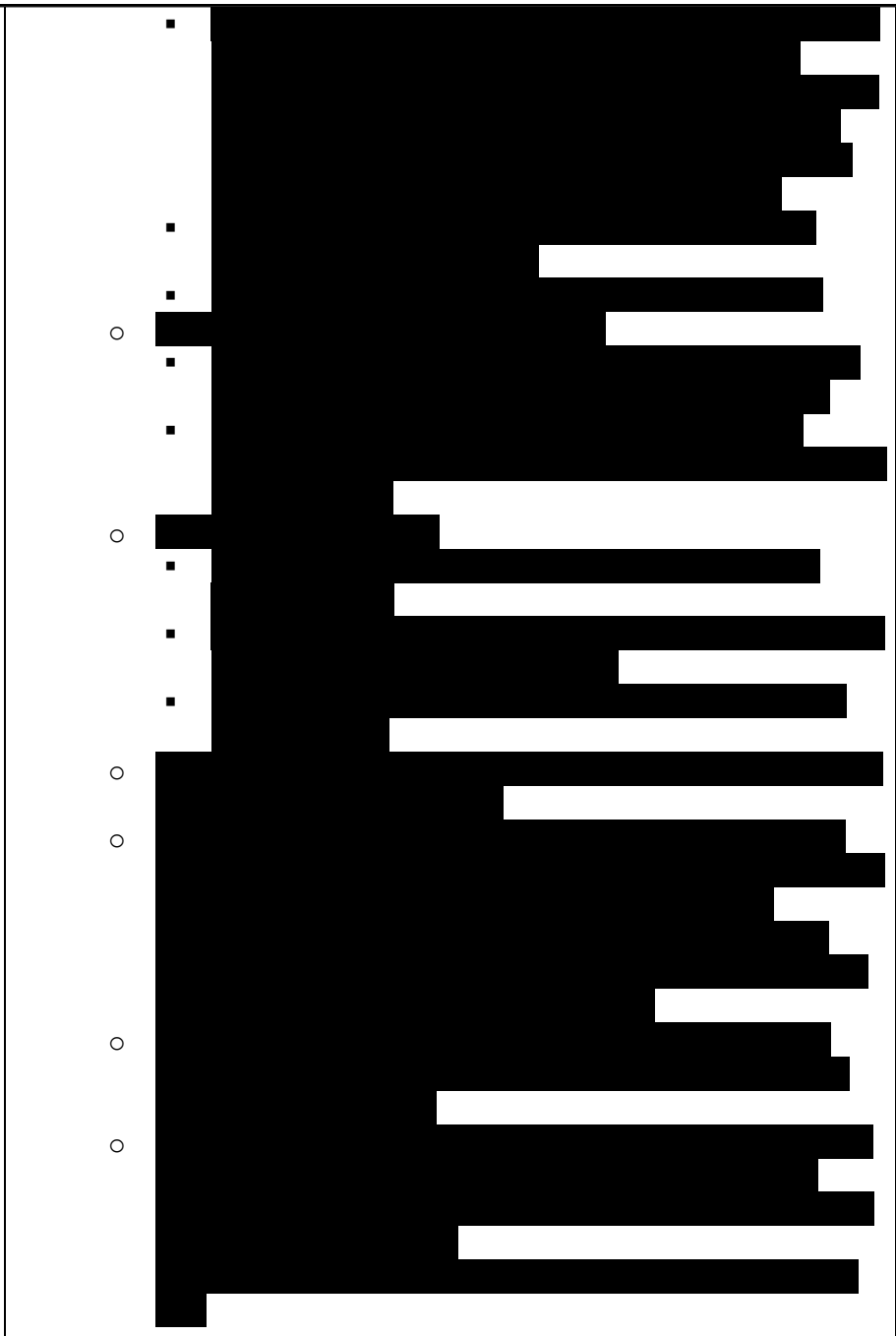
- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 2.192.850 (+14.022), davon 55.752 (+839) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 94,4/100.000 Einw.
  - 4-Tage-R=0,85; 7-Tage-R=0,92
  - Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 1.738.236 (2,1%), mit 2 Impfungen 366.081
  - DIVI-Intensivregister: 4.437 Fälle in Behandlung (-64)
  - Aus intensivmed. Behandlung entlassen: +560, davon 28% verstorben
  - 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
    - in Ländern mit geringerer Inzidenz, bspw. SH kein weiterer Rückgang, Maßnahmen nicht gut genug befolgt, oder Maßnahmen nicht ausreichend um Absinken der Inzidenz zu bewirken?
    - Scheint keine gleichmäßige Welle, sondern punktuelles Aufflackern und Rückgang, insgesamt auch im Norden Karte insgesamt heller, d.h. mehr LK mit niedriger Inzidenz,
    - Man sollte Situation in Pflegeheimen und anderen Einrichtungen anschauen, wenn dort große Ausbrüche starker Effekt
    - Betrachtung auf Kreisebene sinnvoll, dort auch kein Abfall? Betrachtung zu Kreisen ist von [redacted] durchgeführt worden.

ToDo: Auswertung von [redacted] soll für Montag aktualisiert und vorgestellt werden

    - Zudem sollte der Anteil der neuen Varianten den Inzidenzen gegenübergestellt werden, derzeit dafür aber noch nicht genug Daten vorhanden, technische Möglichkeiten werden gerade erst geschaffen
    - Erste Daten: Anteil der neuen Varianten liegt bei 1-5%, nächste Woche mehr Infos zu Varianten: ALM will Anfang der Woche zur regionalen Verteilung berichten
  - Geografische Verteilung nach Alter
    - Weiterhin hohe Inzidenzen im Osten
  - Wöchentliche Sterbefallzahlen
    - Deutliche Excess-Mortalität auch in DEU sichtbar, viel mehr Verstorbene als in der ersten Welle
    - In EuroMoMo sieht man v.a. bei Portugal einen dramatischen Anstieg der Todesfälle

Ausbrüche

- [redacted]
  - [redacted] FG37 [redacted] alle
  - [redacted]



- Flensburg
  - In Kontakt mit [redacted] Amtshilfeersuchen angeboten
  - ausgedehntes Geschehen mit 180 Fällen, viele bestätigt mit B.1.1.7 (UK)-Variante, es scheint, dass vermehrt jüngere intensivpflichtig sind, Austausch über COVRIIN angeboten
  - Ausbruch durch gemeinsame Infektionsquelle, ggf. Möglichkeit Fragen nach Inkubationszeit etc. zu klären
  - Info aus Treffen mit ECDC:
    - Mehrere Länder gehen bei Quarantäne auf 21 Tage,
    - Irland, Portugal, Spanien zeigen sehr schnelle Wachstumsraten

FG38 [redacted]

	▪ Einzelfallberichte über sehr leichte Übertragbarkeit (trotz Distanz, Maske, Handschuhe) und höhere Attack-Rate ▪ In SH aus Sicherheitsgründen unabhängig von Variante 14 Tage für Quarantäne und Entisolierung, zusätzlich negative Testung vor Entlassung aus Quarantäne empfohlen • Epidemiologische und virologische Daten zu Varianten ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	Alle
2	**Internationales (nur freitags)** • Allgemeine Infos: ○ [redacted] ○ [redacted] • Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response – Interim Report (Folien hier) ○ 3 Gremien, die COVID-Response auf WHO-Ebene beobachten: ○ IOAC: ▪ Soll Health Emergency Programm der WHO beobachten und Verbesserungen vorschlagen ▪ Von WHO DG eingesetzt und Bericht direkt an WHO DG ▪ Report im Nov. 2020: Stufensystem bei Alarmierung – damit Länder zeitig anfangen sich vorzubereiten, Core Capacities sollten überprüft werden ▪ https://www.who.int/publications/m/item/looking-back-to-move-forward-ioac-report-to-the-resumed-wha73-10 ▪ https://www.who.int/publications/m/item/ioac-interim-report-on-who-s-response-to-covid-19 ○ IHRRC: ▪ [redacted] Chair ▪ Funktionsweise der IHR soll überprüft werden ▪ Report an WHO DG ▪ IHR grundsätzlich gut implementiert, Focal Points sollten mehr politische Macht erhalten, Alternativvorschlag zu Stufensystem, global und regional Risk Assessments besser mit Response verbinden, M&E-System anschauen, Ressourcen und politische Unterstützung sollte verbessert werden	ZIG [redacted] ZIG [redacted]

	▪ https://www.who.int/publications/m/item/interim-progress-report-on-the-functioning-of-the-ihr-2005-during-the-covid-19-response ○ IPPPR: ▪ Im Juli 2020 etabliert, mittelgroß, 2 hochranginge Chairs ▪ Überlappendes Mandat mit IHRRC, aber Gesamtblick, politischer ▪ Unabhängig von WHO, von WHO DG ernannt, aber unabhängiges Sekretariat etc. ▪ Erster Bericht im Jan. 6 Key Messages: 1. NPM nicht konsequent genug umgesetzt 2. Verstärkung von Ungleichheiten, Verfügbarkeit von Impfstoffen etc. 3. Kritik am Global Pandemic Alert System, zu viele Empfehlungen, fehlende Digitalisierung etc. 4. Umsetzung der früheren Empfehlungen nicht ausreichend 5. Ressourcen der WHO (finanziell, politisches Mandat) zu gering 6. Pandemie als Weckruf für alle Ebenen, asiat.-pazifische Region als pos. Beispiel (koordinierte Maßnahmen, konsistente Risikokommunikation, koordinierte Grenzmaßnahmen) ▪ Wunsch nach einem rechtlich bindenden Vertrag zum Gesundheitsschutz – Globaler Rahmenplan für Preparedness & Response ▪ https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/01/Independent-Panel_Second-Report-on-Progress_Final-15-Jan-2021.pdf ▪ IPPPR ist sehr politisch, viel kritisiert, nicht evidenzbasiert (im Gegensatz zu IHRRC)	
3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Einschätzung zu Deeskalierung ○ Wann sollte Risiko der Bevölkerung von „sehr hoch“ auf „hoch“ gesetzt werden? ○ Für Lockerung sollte man sich an den schweren Auswirkungen (Hospitalisierung, Todesfälle) ausrichten, andere Parameter (z.B. Inzidenz) für frühzeitige Implementierung der Maßnahmen sinnvoll ○ Derzeit bestimmen die Varianten noch nicht das Geschehen in DEU, aber Varianten muss man für Lockerungen im Blick behalten. In einer Target-PCR-Nachuntersuchung von >10.000 Proben wurde in ca. 5% der Proben eine Variante identifiziert, v.a. die B.1.1.7 (UK)-Variante.	Alle
5	**Kommunikation** [redacted]	[redacted]

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Aktualisierung der STIKO-Empfehlungen, viel Informationsbedarf • Samstag, 30.01. [redacted] im Townhall-Meeting zum Thema Impfen • [redacted] ist am 29.01. als Open-Data-Beauftragter in einem Treffen mit den Datenjournalisten	[redacted] Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Das Wording für die Strategie zur COVID Kontrolle muss bis Dienstag finalisiert sein. **b) RKI-intern**	ZIG [redacted]
7	**Dokumente** • nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Die Impfquoten steigen an, wenn auch nicht so wie erhofft, 2,2 Mio Impfdosen stehen zur Verfügung • Vorbereitung der STIKO-Empfehlungen, 2. Aktualisierung, mehrere Aspekte wurden beleuchtet • [redacted] • EMA bearbeitet gleichzeitig die Zulassung für die EU, wahrscheinlich wird in EMA-Empfehlung die Altersgrenze nach oben offen gelassen, aber ggf. mit Warnhinweisen versehen, dass bei >55-Jährigen die Evidenz unzureichend ist. • Thema in Bezug auf Kommunikation schwierig, viel Informationsbedürfnis, auch internationales Interesse am Austausch, z.B. von EMA und ECDC • Weiterhin Erstellung der Aufklärungsbögen in Abstimmung mit PEI, damit vorhanden wenn nächste Woche der Impfstoff verfügbar	FG33 [redacted]

	• Begleitkommunikation wird vorbereitet, Wirksamkeit mit 70% signifikant niedriger, mit Impfstoff wird v.a. Gesundheits- und Pflegepersonal geimpft • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Problematik der Deutung als 2-Klassen-Impfstoff, Vergleiche zu anderen Impfstoffen schwierig, besser Argumentation: jetzt Schutz mit 70% vs. potentielle Exposition und danach Impfstoff mit höherer Wirksamkeit • Diskussion in Wissenschaft zur Auffrischimpfung, jetzt Vektor- und dann Auffrischung mit RNA-Impfstoff	

9	**Labordiagnostik**
	• Virologische Surveillance
	  ○ 562 Proben im Januar eingegangen, davon
	  ▪ 67 SARS-CoV-2 positiv, 47 Rhinovirus, 8 saisonales Coronavirus (NL63), 1 Parainfluenzavirus (Typ3)
	  ▪ Alle anderen respiratorischen Viren negativ, noch immer keine Influenzaviren nachgewiesen.
	• ZBS1
	  ○ 771 Einsendungen, 196 Proben SARS-CoV-2-pos (25,4%)
	  ○ Viele Proben aus Reinickendorf aus der betroffenen Siedlung, 8 oder 9 positive Proben, sollen sequenziert werden
	  ○ Aus Ausbruch Anfang Januar aus Siedlung eine Probe entdeckt, wird ebenfalls sequenziert
		FG17 [redacted]
		ZBS1 [redacted]

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	• Therapie mit monoklonalen Antikörpern
	  ○ [redacted]
	  ○
	  ○
		IBBS [redacted]

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Bei Varianten kann mab gegeben werden, aber Effizienz ist nicht klar *ToDo: [redacted] stellt in vitro Studien zur Bindung von mab an Varianten für Mo zusammen.*	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Absonderung nach Einreise aus Virusvariantengebieten/ Quarantäne von KP ○ Bei der TK der IGV-benannten Flughäfen kam der Wunsch nach einer verpflichtenden Testung nach 14 Tagen auf. ○ Einreisenden sollten nicht strenger behandelt werden als KP1, sonst rechtlich schwierig, derzeit schon Verkürzung der Quarantäne bei Verdacht auf Variante ausgeschlossen. ○ Info in TK, dass viele Personen die Testung am 10. Tag ungern machen aus Sorge dann nochmal 10 Tage in Isolation zu müssen ○ Derzeit aufgrund der Datenlage noch keine Anpassung möglich ○ Politische Entscheidung wie stark das Risiko reduziert werden soll, derzeit sieht es nach sehr starker Risikoreduktion aus (Einreiseverbote) ○ Wenn für Quarantäne 14 Tage plus Testung, dann sollte die Quarantäne auch in Quarantäne-Hotels durchgeführt werden ○ Reiserestriktionen innerhalb DEU sinnvoll? ○ Problematik, dass nicht alle gleich gut testen/sequenzieren, müsste dann auch in anderen LK in DEU so gemacht werden, Problematik, dass Aufmerksamkeit anders gelenkt wird, Menschen glauben, dass damit das Problem behoben ist, lenkt eher von der eigenen Verantwortung ab ○ Besser verstärkt auf allgemeine und grundsätzliche Maßnahmen hinweisen, möglichst wenig Spezialmaßnahmen empfehlen, um Unruhe und Verwirrung zu vermeiden • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG38 [redacted] alle
12	**Surveillance** • DEMIS, SurvNet und SORMAS ○ DEMIS läuft stabil und nachhaltig	FG38 [redacted]

	○ Viele Anfragen von GÄ, aus Sicht der GÄ werden diese nicht immer zeitnah genug beantwortet, da viele Ressourcen durch anderes gebunden sind (v.a. SORMAS), muss ausgebaut werden ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Kommunikation zu AG-Testen sollte gestärkt werden, es sollte klar kommuniziert werden, dass AG-Schnelltests nicht das Mittel der Wahl zur Diagnose sind, dies sollte die interne AG Diagnostik formulieren. *ToDo: Die interne AG Diagnostik soll einen Epid Bull-Artikel zu AG-Tests erstellen, Frist für publikationsreife Version 2 Wochen; ID 2730*	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Beförderungsverbot ○ Derzeit wird im Kabinett eine Verordnung beraten, die vom 30.01.-17.02. ein Einreiseverbot aus UK, Portugal, Brasilien, Irland und Südafrika regeln soll ○ Bedingt zahlreiche Änderungen von Dokumenten ○ Derzeit häufig weitere Personen mit Nachweisen der Variante oder Verdacht auf Variante, die nicht aus offiziellen Gebieten mit Virusvarianten kommen ○ Sollte Flug-KoNa wieder aufgenommen werden? Schwer zu beurteilen, ob GÄ das leisten können, aber wir sollten uns dafür aussprechen, wird im Laufe der nächsten Woche umgesetzt	FG38 [redacted] alle
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • 1 Jahr Lagezentrum: Dankes E-Mail an MA gesendet • In RKI-News erscheint zudem ein Artikel	FG38 [redacted]
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 01.02.2021, 13:00 Uhr, [redacted]	

386 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-02-01.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*01.02.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1/INIG
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (freitags) **National** • Fallzahlen/Todesfälle/Trends (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt 2.221.971 Fälle, davon 57.120 (+175) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 91/100.000 Einw. (rückläufig im Vgl. zu Daten voriger Wochenenden) ○ 4-Tage-R=1,01; 7-Tage-R=0,88; Trend weiter rückläufig ○ Impfmonitoring (31.01.2021): Geimpfte mit erster Impfung 1.935.356 (2,3 %), mit zweiter Impfung 532.562 ○ DIVI-Intensivregister: 4.348 Fälle in Behandlung (-4), auch hier weiter rückläufig ○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 255, davon 43 % verstorben ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum: ▪ Angepasste Abbildung seit letzter Woche, wurde gut aufgenommen ▪ In meisten BuLä rückläufig, vor allem in östlichen BuLä ▪ Leicht ansteigend in Schleswig-Holstein (SH)(Amtshilfeersuchen Ende letzter Woche) ▪ Saarland auf Platz 3, im Vgl. zu anderen BuLä gegenläufige (= steigende) Tendenz, Austausch mit zuständ. Landesbehörde → evtl. zurückzuführen auf kleinen Grenzverkehr, in Nachbarländern vermehrt Nachweis neuer Varianten wie auch in Saarland selbst ▪ Sachsen-Anhalt am Sonntag keine Daten übermittelt (siehe Dashboard), derzeit in Klärung, ob heutige Übermittlung erfolgen wird, wirkt sich aber nur leicht auf 7-Tages-Inzidenz aus ○ Geografische Verteilung in Deutschland: weiterhin im Osten sehr hohe 7-Tages-Inzidenzen, auch in SH und Saarland einige LK mit höherer Inzidenz (weiter s.u.) **7-Tage-Inzidenz auf Kreisebene** (Folien hier ab Folie 5, Dokument „Verlauf Inzidenz nach Lockdown nach LK“ hier) • Jeder Punkt entspricht 7-Tages-Inzidenz eines LK, Boxplot = Median plus Quartile, Entwicklung seit Oktober dargestellt, in	FG32 [redacted] FG34 [redacted]

letzten zwei Wochen vermehrt LK mit Inz. < 34/100.000 Einw. (grün) sichtbar
- Sachsen und Thüringen: Inzidenz weiterhin sehr hoch, derzeit rückläufig (Folie 7)
- Folie 8: ähnliche Darstellung, jedoch 1. Nov. 2020 als Nullpunkt gewählt → bessere Sichtbarkeit der Wirkung des Lockdowns bzw. Lockdown lights → nur langsam eintretende Verbesserung, in östlichen BuLä zunächst noch steigend
- Stagnation in SH (Folie 9): Darstellung aller 5 LK mit Einzelentwicklung: bis auf Ausbruch Pinneberg alles im mittleren Bereich, kein LK mit sinkender Tendenz, Lübeck und Neumünster zeitweise sogar steigend, sehr uneinheitlich, bedarf weiterer Klärung, auch hinsichtlich eines möglichen Vorliegens von VOCs

Diskussion:
- Gibt es Datenerhebungen zu Maßnahmen und vor allem auch zur diesbezüglichen Compliance auf LK-Ebene (bspw. zwecks Vergleich günstiger vs. weniger günstiger Entwicklungen)?
- [redacted]

	○ Kernaspekt vor diesem Hintergrund bleibt jedoch die Übertragung vor allem auch durch das Reisen, weniger die aktuellen Varianten selbst (da auch weiterhin höchstwahrscheinlich zahlreiche neue entstehen und sich verbreiten werden) *ToDo1: Bitte um Bericht bis Dienstagabend aufgrund der Telko mit* [redacted] *am Mittwochabend* *ToDo2: Bitte an* [redacted]*, den Bericht zur Analyse der 31.000 Proben aus dem Saarland bereitzustellen* **ALM-Abfrage** Bericht dazu in Abstimmung, Update auf Mittwoch verschoben	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** **CWA** • 25 Mio. Downloads • 23 Mio. aktive Nutzung • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **DEA** • Anbindung der Gesundheitsämter nahezu abgeschlossen (8 ausstehend), Umstellung auf rein digitale Datenübertragung dann möglich • Heutiges Meeting verschiedener Leiter digitaler Projekte zwecks Schulterschluss und Synergiensammlung → hoher Workload soll in langfristigen Mehrwert umgesetzt werden **Datenspende** • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Demis** • Vorauss. heute Erlass seitens BMG zu Selbsttests • [redacted]	FG21 [redacted] P4 [redacted] FG32 [redacted]

	[redacted] • Seitens RKI sollte hier weiterhin auf sinnvolle Planung und die Notwendigkeit einer Nachtestung per PCR inkl. medizinischer Beratung hingewiesen werden, weiterhin zu berücksichtigen ist auch die Angriffsmöglichkeit auf ein solches Portal	
4	**Aktuelle Risikobewertung** **Überarbeitete Risikobewertung** (Dokumente: clean Version hier, überarbeitete Version hier) • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Bitte an alle, zukünftig nach Verabschiedung durch den Krisenstab keine weitgehenderen Änderungen mehr vorzunehmen → workflow soll beibehalten werden • Risikoeinstufung soll derzeit nicht geändert werden, weiterhin als „sehr hoch“ eingeschätzt	Alle FG33
5	**Kommunikation** **BZGA:** • Begrüßung von [redacted] als kommissarischer Direktor der BZgA **Presse:** • Dashboardausfall von heute Vormittag: esri gebeten, im Disclaimer auf Fallzahlen hinzuweisen, wurde ebenfalls an das Lagezentrum weitergegeben, da sonst zu großer Ansturm auf die Presseabteilung	BZgA Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierung von [redacted] ○ Heute früh zirkuliert, von großem Interesse	Alle Präs

	○ Vortrags-Einladung wird derzeit anberaumt *To Do (alle): Bitte an weitere Interessent/innen, sich bei Teilnahmewunsch an das Präsidialsekretariat zu wenden* • Finalisierung der Strategie zur COVID Kontrolle bis Dienstag (Control Covid, Dokument hier) ○ Wurde bereits zirkuliert ○ Bitte mit Frist heute Abend bei [redacted] um Rückmeldung ○ Papier wird dann an [redacted] weitergeleitet • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **b) RKI-intern**	ZIG [redacted]
8	**Dokumente** **Abschließende Besprechung zu den noch nicht publizierten RKI-Empfehlungen bzgl. VOC** Empfehlungen und Informationen des Robert Koch-Instituts zu „besorgniserregenden" Varianten des SARS-CoV-2 (Variants of Concern, VOC) – Dokument hier Weiterführung antiepidemischer Maßnahmen über den 15. Februar 2021 hinaus – Dokument hier **Entlassungskriterien** Aktualisierung Entlassungskriterien (Dokument hier, Begleittext clean Version hier, überarbeitete Version hier) • Unter Punkt „Besondere Patientengruppen – Immunsupprimierte Personen" letzter Satz ergänzt: „Es wird empfohlen, bei anhaltend hoher Viruslast in Sekreten des Respirationstraktes über 21 Tage hinaus eine Sequenzierung der SARS-CoV-2 positiven Probe anzustreben." • Unter Punkt „Entisolierung" mittlerer Block, Satz ergänzt: „Bei nachgewiesener besorgniserregender SARS-CoV-2 Variante (VOC) siehe www.rki.de/covid-19-entlassungskriterien", Website-verweis aufgrund des zu komplexen Sachverhaltes für diese Infografik, der dortigen Möglichkeit einer weitergehenden Erläuterung und einer möglichen späteren Anpassung • Dazu Ergänzung Begleittext: ○ „Für immunsupprimierte Patienten muss eine Einzelfallbeurteilung erfolgen. Im Hinblick auf die protrahierte Ausscheidung der Viren durch Defekte bei der protektiven Immunantwort und die damit verbundene Möglichkeit der Mutation des Virus im Wirtsorganismus wird bei Ausscheidung hoher Virusmengen über Tag 21	FG37, FG36 FG38 IBBS [redacted]

nach Symptombeginn hinaus eine Sequenzierung der in der Probe enthaltenen Viren empfohlen."
    - „Ebenso ist die Datenlage zur Ausscheidungskinetik von besorgniserregenden SARS-CoV-2 Varianten (variants of concern, VOC) noch unzureichend. Bei Verdacht auf oder nachgewiesener Infektion mit einer dieser Varianten (VOC) empfehlen wir daher, unabhängig von Schwere, Hospitalisierung und Alter, vorsorglich eine Testung mittels Antigentest oder PCR vor Entisolierung." (korrigierte Version)
- Stationäres oder ambulantes Setting: ambulant könnte Rückfragen und Verständnisschwierigkeiten in breiter Bevölkerung bedingen (Definition von „Verdacht auf" o.ä.), aber laut Literatur kann Immunität bei VOCs nicht ausreichen (bei Vorliegen von VOCs Unterscheidung dieser per PCR erforderlich), daher Ausweitung auf ambulanten Bereich empfehlenswert
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- „Antigentest oder PCR" genannt zur Beibehaltung einer Flexibilität aufgrund von Präferenz bzw. vielmehr auch Verfügbarkeit/Kapazität
- Fragen werden bei der Abstimmung mit PH England aufgegriffen, [redacted] wird berichten
- PCR-Test vor Entlassung aus dem Krankenhaus → Folge: lange Hospitalisierungsdauer aufgrund der Dauer der Befunde, Erstattung via Kasse fraglich, da individualmedizinisch ggf. nicht zwingend erforderlich

Kohortierung in Einrichtungen

- Kernaspekt: Kohortenisolierung von Patienten mit VOC, bei größeren Ausbrüchen, Quarantänisierung ganzer Funktionseinheiten etc.
- Auftrag von Lagezentrum ging an FG37
- Unterbringung ggf. in medizinischem Papier möglich

To Do: Aufnahme als TOP am Mittwoch, [redacted] bereitet einen Entwurf vor.

Zu berücksichtigende Aspekte / Diskussion:

- Rekombination laut [redacted] vermutlich weniger wahrscheinlich
- Krankenhaus-Surveillance bezüglich VOCs und deren Einschätzung sinnvoll
- Stringente Personalschutzmaßnahmen weiterhin erforderlich
- COVID-Stationen weiterhin zwingend erforderlich
- Rücksprache(n) mit Krankenhaushygieniker/innen: Umsetzung weiterer Unterteilung einzelner COVID-Stationen und somit strikter Kohortierung sehr schwierig, Maßnahmen/Anforderungen dürfen nicht zur Handlungsunfähigkeit führen
- Doppelinfektion mit VOC muss durch Kohortentrennung zwingend vermieden werden, vor allem auch bei Hinweisen auf unzureichenden Schutz durch Antikörper (Hygiene zwischen Einzelbetten einer COVID-Station → getrennte Zimmer wann immer möglich, aber vor allem hier zwingend anzuraten)

Reiseempfehlungen/-verbote

Im RKI-Schriftgut umsetzbar unter

- überarbeiteter Risikobewertung
- Lagebericht

- Umsetzung heute

Flussschema zu Testkriterien (Aufgabe aus Krisenstab vom 27.01.2021)

Abt.3 [redacted]

- [redacted]
- [redacted]

Stufenplan (Dokument hier)

FG36 [redacted]

- Kontext: Öffnungsstrategien bereits in Diskussion und Planung Rückgang der Akzeptanz von Maßnahmen, Faktoren dabei u. a. fehlende Perspektive und Transparenz
- Zielstellung: Erstellung evidenzbasierter Konzepte
- Outcome: Toolbox und Plan zur Minimierung von Öffnungsrisiken, jedoch keine Bewertung konkreter Einzelmaßnahmen

Vorgehensweise:

- Definition von 16 Settings, dazu jeweils
  - a) Evidenz zum (individuellen) Infektionsrisiko
  - b) Anteil am gesamten Infektionsgeschehen
  - c) Beitrag zu (sehr) schweren Verläufen

	d) Evidenz für Impakt einer Maßnahme • Zwei outcomes: ○ „Toolbox“: Evidenz für Transmission/Auftreten schwerer Erkrankung/Maßnahme inkl. Nicht-COVID-Effekte, „Implementation Issues“ ○ „Stufenplan“: Intensitätsstufen einer Maßnahme • Faktoren, die die Transmissionsdynamik beeinflussen: Wirtfaktoren, sozioökonomische Faktoren, Kontaktmuster, Setting/Umweltfaktoren (morgen Sitzung zu Transmissionsgeschehen) • Evidenzmatrix (Folie 5): Transmissionsevidenz blau, Impacts von Maßnahmen lachsfarben, sowie Bewertung der Güte der Evidenzstärke aufgegriffen • Toolbox für Stufenkonzept (Folie 6): Zeilen = Settings; Spalten = Dimension (Effekte, Risiken etc.), grau = nicht genau bekannt oder diffuses Geschehen • Präambel (Folie 7): ○ Szenarien, Ziele und Schwerpunkte und Instrumente (bereits definiert) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Strategie_Ergaenzung_Covid.html ○ Maßnahmen an spezifisches Risiko und lokale Indikatoren angepasst ○ Monitoring der Umsetzung der Maßnahmen VOR deren Verschärfung, „Dynamische Faktoren“/ Trigger / Indikatoren zur Anpassung der Stufen ○ Wichtig zu berücksichtigen: Kommunikation mit der Öffentlichkeit, Nicht-Covid-Effekte ○ Morgiges Meeting zu dynamischen Faktoren ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] • Diagonale: o.g. Settings mit hohem Transmissionsanteil und hohem individuellen Risiko sind früher und länger zu beschränken	Abt. 3 [redacted]

	Diskussion: • „via Transmission“ (Folie 6): Begrifflichkeit wird noch überarbeitet, da schwer verständlich • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Limitationen (hinsichtlich Evidenz und weitere) sollen aufgegriffen werden • Es muss klar benannt werden, dass diese Aufstellung auf Erkenntnissen auf Grundlage des „konventionellen“ SARS-CoV-2-Virus beruht • Schwellenwerte für die Varianten werden nun näher erörtert *ToDo: Papier, Kurzfassung der Aims and Objectives und Zuleitungs-vermerk von [redacted] (wird heute noch zirkuliert) muss Mittwoch als Paket an das BMG geschickt werden*	
9	**Update Impfen (nur freitags)**	FG33
10	**Labordiagnostik** **FG 17** • AGI Sentinel: 24,3 % positiv für SARS-CoV-2, B.1.1.7 erfolgreich isoliert • Demnächst werden Proben der afrikanischen und südamerikanischen Variante aus der UK und aus Japan geliefert, um diese weiteren Analysen zu unterziehen **Datenquellen für Auswertungen bzgl. Verteilung der VOC für Kanzleramt** • Insgesamt dominiert SARS-Cov-2 derzeit respiratorische Erreger, ausführlicherer Bericht folgt Mittwoch durch [redacted]	FG17 [redacted] FG17 [redacted]

	• Auswertung zu VOC in Endabstimmung (s.o.)	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Therapie mit monoklonalen Antikörpern: verschoben (folgt voraus-sichtlich Freitag)	FG 17 [redacted]
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	Alle
13	**Surveillance** Corona-KiTa-Studie (Folien hier) • Grippeweb: Häufigkeit in AG > 6-Jähriger geringer als in AG 0-5-Jähriger, aber alle deutlich unterhalb der Vorjahresniveaus • Meldeinzidenz rückläufig, leichter Anstieg bei 0-5-Jährigen • Ausbrüche: weiter niedriges Niveau, in Kindergärten und Schulen Rückgang ab 2. KW (Nachmeldungen können hier jedoch noch Einfluss nehmen) • Schulschließung hat exponentiellen Anstieg vor Weihnachten gestoppt Nutzungsstatistik Dashboard (Dokument hier, Folien hier) • Insgesamt ca. 4 Mio. Abrufe per Handy/PC → ca. 600.000 pro Tag • Downloads: ca. 6.000 pro Tag • Hohe Nutzungsraten, bei mobilen Endgeräten v.a. auch am Wochenende	FG36 [redacted] FG32 [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine** • Termine s.o. unter jeweiligen TOPs	Alle
17	**Andere Themen:** • Nächste Sitzung: Mittwoch 03.02.2021, 11:00 [redacted]	

Ende der Sitzung 15:10 Uhr

388 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-02-03.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*03.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2/FG 24
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.237.790 (+9.705), davon 58.956 (+975) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 83/100.000 EW o 4-Tage-R=0,75; 7-Tage-R=0,83 o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 1.980.211 (2,4%), mit 2 Impfungen 606.786 o DIVI-Intensivregister: 4.264 Fälle in Behandlung (-58), aus intensivmed. Behandlung entlassen: +493, davon 30% verstorben o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Kontinuierlicher Rückgang setzt sich fort Ausnahmen: SH und SL o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK ▪ 70 LK < 50/100.000 ▪ Mehrzahl der LK deutlich >50/100.000 Besonders betroffen: Tirschenreuth und Burgenlandkreis ▪ Landkreise mit deutlichstem Rückgang (Faktor 0,4-0,5) sind gleichmäßig im Bundesgebiet verteilt o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen ▪ Höchste Inzidenzen in den Altersgruppen 90+ und 80+ ▪ In den jüngeren Altersgruppen homogen kontinuierlicher Rückgang der Inzidenz o Beurteilung ▪ Aus HH wurden gestern keine Fälle gemeldet, führt nicht zu Verzerrung, da nur etwa 100 Fälle zu erwarten waren, Disclaimer dazu wurde auf Homepage und Dashboard gestellt ▪ Fallzahl unter 10.000, obwohl Mittwoch meist die höchsten Fallzahlen gemeldet werden ▪ Anzahl der Verstorbenen bleibt konstant hoch, ev. Übermittlungsverzug, in der Darstellung der Todesfälle nach Sterbewoche liegt der Peak in KW 51und 52, 2020 ▪ R-Werte deutlich unter 1 ▪ Abnahme der Fälle in intensivmedizin. Behandlung ▪ Umfangreiche Impfaktivitäten, wird in den Medien weiterhin stark bzw. kritisch thematisiert	FG32 [redacted]

	• **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb ▪ Abnahme im Vergleich zu KW 3, stärker bei erwachsenen, geringer bei Kindern, insgesamt liegen die Zahlen trotz der Jahreszeit auf Sommerniveau o ARE-Konsultationen ▪ Im Vgl. zur Vorwoche gesunken, auch hier ungewöhnlich niedrige Zahlen in allen Altersgruppen 530 Arztbesuche/100.000 EW, 440.000 Arztbesuche insgesamt wegen ARE ▪ In KW 1 kurzer kompensatorischer Anstieg, nach geringen Zahlen über die Feiertage o ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Anzahl SARI-Fälle weiterhin in allen Altersgruppen auf normalem Niveau, in den jüngeren Altersgruppen (<15) extrem niedrig, keine schweren Fälle ▪ Altersgruppen im Vgl. zu den Vorjahren: Ab 15 Jahre: etwa auf dem gleichen Niveau 15-34 Jahre: unter dem Vergleichsniveau 34-59 und 60-79 Jahre: auf Vergleichsniveau >80 Jahre: etwas über dem Vergleichsniveau o SARI-Fälle mit COVID-Diagnose ▪ Entspannung bei den Fällen mit maximaler Verweildauer von 7 Tagen, niedriges Niveau vor allem bei jüngeren AG ▪ Auch die Zählung aller Fälle (inklusive noch liegender Patienten) zeigt einen deutlichen Rückgang der Aufnahmen *ToDo:* *Rückgang der Zahlen (syndromische Surveillance) zeigt Erfolge der Maßnahmen zum Infektionsschutz, dies soll im Rahmen der BPK am Freitag, 05.02.2021 verständlich kommuniziert und belegt werden, bitte Daten (auch weiterer Infektionskrankheiten, bspw. Tbc) zur Verfügung stellen. ID 2160_8* [redacted] • **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ Im Vgl. zu KW 4 mit etwa 1,1 Mio etwa gleich ▪ Deutlicher Rückgang im Vergleich zum Jahresende 2020 (KW 51: etwa 1,6 Mio) ▪ Die Positivenquote geht zurück: jetzt 8,5% im Vgl. zu > 15% in KW 53	[redacted] [redacted] FG37 [redacted]

	○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten liegen bei > 2 Mio, die Anzahl der durchgeführten PCR beansprucht etwa 50% ▪ Anmerkung: dies eröffnet Möglichkeiten für ergänzende Testungen, Erweiterung der Testkriterien wird im Verlauf der Sitzung noch angesprochen werden ○ [redacted] ▪ Die Öffnungsklausel (AG-POCT an Laien) wird Einfluss auf die Fallzahlen haben. Als zuverlässiger Indikator des Infektionsgeschehens sollte daher die Positivrate herangezogen werden. ▪ Anpassung der Testkriterien ist bereits umgesetzt und veröffentlicht ▪ Thema soll in BPK am Freitag 05.02. aufgenommen werden *ToDo (Presse): Thema in den Sprechzettel für Freitag aufnehmen* ○ Probenrückstau ▪ Nicht erwähnenswert ○ AG-POCT (Voxco Abfrage) in Einrichtungen ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] • **Testungen und Positivenanteile in ARS** (Folien hier) ○ Bestätigung der Ergebnisse der Voxco-Abfrage, letzte Woche weniger Tests als in der Vorwoche ○ Anteil positiv Getesteter nach Bundesland ▪ In fast allen BL leichter Rückgang, Ausnahme: MV, hier leichter Anstieg ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Anzahl der Tests/100.000 EW relativ stabil bei Kindern, etwas rückläufig bei Erwachsenen, ▪ Positivenanteil nimmt in allen Altersgruppen ab	FG 37 [redacted]

	○ Abnahmeort ▪ In Arztpraxen: Rückgang im Vgl. zur Weihnachtszeit 2020 ▪ In KH: Testzahlen stabil ▪ Andere Orte: Abnahme der Testzahlen ○ Zeit zwischen Abnahme und Test ▪ In RP aktuell 2 Tage ▪ In SL deutlicher Anstieg, Telefonkonferenz ist geplant, konnte wg. Erkrankung noch nicht stattfinden **Ausbrüche in Pflegeheimen und Krankenhäusern** ○ In Pflegeheimen weiterhin rückläufige Anzahl, von > 900 über letzte Woche 850 auf jetzt 750 Ausbrüche. ○ In KH ist die Anzahl der Ausbrüche höher, als in der Vorwoche [redacted] • **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ○ COVID-19-Intensivpflichtige ▪ Stand 03.03.2021 4217 Fälle, in vielen BL sinkende Zahlen ▪ In SH, SL, BE Anstieg, in NI nur geringer Rückgang ○ Fallzahlen auf ICU ▪ Verfügbarkeit steigt leicht an, Auslastung sinkt etwas ▪ Anteil der Covid-19-Fälle an der Gesamtzahl der Betten liegt in 7 BL > 20%, insgesamt Rückgang (Peak lag bei 30-40%), insbesondere stark belastete BL zeigen deutlichen Rückgang ○ Belastungslage auf Intensivstationen ▪ Weiterhin Stabilisierung ohne Entlastung ▪ Zahl der Häuser mit Personalmangel ist weiterhin hoch, die Raumsituation stabilisiert sich etwas ○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen ▪ Trend zeigte zuletzt nach unten ▪ Nach Kleeblättern: im Norden Prognose stabil bis steigend, im Osten wird ein deutlicher, im Süden und Westen ein geringerer Rückgang erwartet	MF4 [redacted]

	▪ Neue Prognose für heute ist noch in Arbeit • **ALM Abfrage/Bericht (Update verschoben v. Mo)** o **Nicht besprochen aus Zeitgründen,** *ToDo: Bericht soll über Krisenstabsverteiler zirkuliert werden und nach Abstimmung mit BMG an die Länder kommuniziert werden*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Ist zum Zeitpunkt der aktuellen Krisenstabssitzung aufgrund unklarer Zuständigkeiten noch nicht online *ToDo: für eine zeitnahe Veröffentlichung sorgen* *FG33 ist gebeten, Vorschläge zur Aufnahme des Themas „Impfung" in die Risikobewertung zu formulieren . ID 2722_1*	FG36 [redacted] . [redacted] FG 33
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] wird gebeten, weiterzugeben dass: o Insbesondere im Hinblick auf die kommende Freigabe der AG-POCT eine breit angelegte, bevölkerungsweite Kampagne wünschenswert wäre o Auch gegen die sinkende Akzeptanz für Maßnahmen in der Bevölkerung würde dies wirken o Insgesamt könnte eine Kampagne zu den AHA-Regeln (mit Hintergrund: Begründung und Erklärung) auffrischend wirken o Mehr Frequenz und Durchdringen wäre wünschenswert o Bspw. in Form von Spots in Radio und TV (die öffentlich-rechtlichen Medien in die Pflicht nehmen)	BZgA [redacted] Alle [redacted]

	IMS • Vorschlag zur verständlichen Kommunikation mit der Bitte um Kommentierung (Pdf hier) ○ Welche Daten fließen im RKI zusammen, wie werden sie bewertet, visualisiert, wie erfolgt der Transfer aus dem Haus ○ Stichwort „Daten für Taten“ ▪ Surveillance ▪ Berichterstattung als Grundlage für politische Entscheidungen ▪ Veröffentlichung von Daten als Forschungsgrundlage *ToDo: Bitte um Kommentierung* • **Gesetzliche Berichtspflicht** ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: Bis Montag Gesetzeslage, Fristen und Federführung klären. Fahrplan auf die Agenda von Montag 08.02. setzen*	P1 [redacted] Alle [redacted] und Lagezentrum
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Mobilitätsmonitoring **(mittwochs)** (bitte Folien im Krisenstabsordner ablegen) ○ Es wurde überprüft, inwiefern sich die Mobilitätseinschränkung auf einen 15 km- Radius bei Inzidenzen von >200/100.000 auswirkt ○ Nur 5% aller Wege fallen in die Kategorie über 15 km ○ Keine Auswirkung auf die Gesamtmobilität feststellbar ○ Wahrscheinlich sind Auswirkungen auf Wege über 15 km vorhanden, wirken sich wegen des geringen Anteils nicht auf die Gesamtmobilität aus ○ Bisher keine weitere Spezifizierung möglich (Datenschutz), neue Daten der Mobilfunkanbieter werden (grob) nach Altersgruppen, Geschlecht und Pendler/Nichtpendler unterscheiden *ToDo: Altersspezifische Inzidenzen können von RKI-Seite geliefert werden, um Korrelationen zu überprüfen.* [redacted] *ID 2568* **b) RKI-intern** • Vorschläge für den langfristigen Umgang mit Corona von [redacted] (s. E-Mail hier)	Alle [redacted]

	○ Insbesondere die Fragen zur Testung erscheinen berechtigt : nationale Teststrategie, Hinweise zur AG-testung und Testkriterien des RKI sollten besser verknüpft und integriert werden, sobald die neue MPAV vorliegt. ○ Hinweis: in Abstimmung mit dem BMG ist die nationale Teststrategie der Ort, an dem das Vorgehen für Fachpersonal und Kliniken festgelegt ist. ○ Durch die Novellierung der MPAV ändern sich die Voraussetzungen ○ Sollte im geplanten EpiBull-Artikel adressiert werden ○ Hinweis: Freigabe von AG-POCT bedeutet Empowerment und aktive Beteiligung der Bevölkerung, dies sollte positiv in eine Bewertung einfließen ○ Vorschlag: webex-Meeting mit [redacted], zu Austausch und Diskussion ihrer Vorschläge und als Zeichen der Wertschätzung ihres Engagements	ZIG [redacted] [redacted]
	ToDo: Meeting mit [redacted] planen (wurde angestoßen)	Alle
	• Diskussion zu Testung/Umgang mit AG-POC ○ Überschrift des Flussschemas zur Testung lautet: „Covid-19 Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen“, (das ist gut), der Link dorthin heißt „ Testkriterien (für die SARS-CoV2-Diagnostik) “ Das Begleitpapier heißt „Testkriterien für die Wintersaison“, hier sollte angepasst werden ○ Grundsätzlich sollte klar kommuniziert werden ▪ Ein positiver AG-Test löst den V.a. Infektion aus (auch bei Heimtest) ▪ AG-POCT kann falsch positiv (negativ) sein ▪ Eine Verifizierung über PCR ist notwendig ▪ Ein positiver AG-POCT hat mehr Gewicht, als ein Warnhinweis in der CWA ▪ Alle Maßnahmen im Verdachtsfall gelten hier, Handlungswege bei V.a. Infektion sollten kommuniziert werden ○ Unklar, in welchem Umfang und aus welchem Anlass getestet werden wird, Gefahr schlechter prädiktiver werte und vieler falsch pos./neg. Befunde ○ Indikationen für AG-POCT sollten kommuniziert werden: ▪ Bei V.a. Infektion ▪ Zum Ausschluss einer weiteren Infektiosität bei Entisolierung/Entlassung	
	ToDo: Bezeichnung des Links zu den Testkriterien anpassen	

	Die Diskussion zu Testung und diesbezüglicher Kommunikation soll fortgesetzt werden • Diskussion zur Frage: Wann besteht ein Verdacht auf Infektion mit VOC o Ein Vorschlag der Virologen von RespVir wurde von [redacted] an AG Diagnostik weitergeleitet o Es gibt PCRs, die darauf hindeuten o Nachweis von bestimmten Punktmutationen könnte sollte als V. a. bewertet werden o [redacted] o Hier sollte auf die Unterscheidung zw. Erkrankungsdauer und Inkubationszeit (hier 14 Tage Quarantäne plus 1 Woche Selbstbeobachtung) geachtet werden o Diesbezügliche Datenlage muss weiter beobachtet werden	
7	**Dokumente** • **Kohortierung in Einrichtungen (Folien hier)** o Vorliegende Dokumente „Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie“ und „Optionen zur getrennten Versorgung von COVID-19-Fällen, Verdachtsfällen und anderen Patienten im stationären Bereich“ sollen wegen Unübersichtlichkeit und Redundanzen zusammengefasst werden in ein Dokument o Geplanter Titel: „Die medizinische Versorgung von Covid-Fällen – Hinweise zu organisatorischen Maßnahmen, Kontaktpersonenmanagement und Versorgungsorganisation“, vier Aussagen: ▪ Erneute Quarantäne für HCW wenn sie KP I werden - mehr als 3 Monate nach Erstinfektion - bei V.a. VOC-Infektion	FG 37 [redacted]

	- bei Kontakt mit Risikogruppen ▪ Quarantänepflicht für Geimpfte ▪ Getrennte Isolierung von Fällen unterschiedlicher Varianten (VOC) ▪ Vor Verlegung Transport- und Zieleinrichtung informieren, ob auf VOC untersucht bzw. VOC nachgewiesen wurde o Vorläufiges Feedback aus Einrichtungen ist gemischt, wird teilweise als machbar (räumlich), bzw. nicht machbar bewertet. o Für die drei Dokumente „Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal in Arztpraxen und Krankenhäusern bei relevantem Personalmangel“, „Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen bei Personalmangel“ und „Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter Personal der kritischen Infrastruktur bei Personalmangel“ ▪ Müssen entsprechend ergänzt bzw. angepasst werden: keine Quarantäneverkürzung bei V.a. VOC, Quarantäne auch nach Impfung, Quarantäne bei mehr als 3 Monate zurückliegender Erstinfektion, bei V.a. VOC und bei Kontakt mit Risikogruppen o Dokument „Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen“: ▪ Quarantäne von ganzen Stationen, Gebäudeteilen oder Krankenhäusern kann sinnvoll sein ▪ Das Personal kommt in Wechselquarantäne (möglichst organisierter Transport, kein ÖPNV) ▪ Entlassene Patienten und Patientinnen müssen in Quarantäne (Beginn: Entlassungstag) o Diskussion ▪ Einigung auf die Bezeichnung „besorgniserregende Varianten“ ▪ Es soll deutlich formuliert werden, dass „V.a. VOC-Infektion“ und „Kontakt mit Risikogruppen“ als einzelne Konditionen jeweils die Quarantäne begründen können. *ToDo: Eindeutige Formulierung wählen [redacted]) und Kontaktaufnahme mit [redacted] bezüglich der Anpassung der KoNa-Dokumente* *Alle Dokumente bezügl. Bezeichnung „Besorgniserregende Variante“ überprüfen [redacted]*	

	▪ Zur Umsetzung der getrennten Kohortierung: Es müsste definiert werden, wann ein V. a. VOC vorliegt bzw. ausgesprochen wird ▪ Es müsste geklärt werden, inwiefern „getrennte Versorgung“ getrennte Gruppen, Einzelzimmer, getrenntes Personal bedeutet ▪ [redacted] ▪ ▪ *ToDo: Dokument bitte an FG 14 weiterleiten* ▪ Hinweis: Umsetzung wird dadurch erschwert, dass V. a. VOC häufig aus Target-PCR stammt, die nicht zw. verschiedenen Varianten differenziert ▪ Lösung einzelner Kliniken: Zweibettzimmer werden zu „Evaluations“´-bzw. „Screeningzimmer“, bis zur Klärung durch Sequenzierung ▪ Es sollte darauf gedrängt werden, zu sequenzieren und dann stufenweise die Kohortierung aufzusplitten *ToDo: Titel ändern, Präzisierungen aufnehmen, getrenntes Personal „wenn möglich“, Formulierung „getrennte Versorgung“ ist gut, keine Forderung nach Einzelzimmern um den Kliniken Handlungsspielraum zu lassen*	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** o 150 Probeneinsendungen/Woche o Es wurden 5 neue Praxen rekrutiert, da derzeit um ausreichend Probenmaterial zu kämpfen ist o Im Sentinel aktuell 3% der Proben positiv (im Vgl. zu vorher 16%) o Im Sommer waren Rhinoviren häufig, da viele pädiatrische Einsendungen o Influenza: konstant 20 bis 30 Meldungen/Woche (in der Vorsaison noch 30.000 Fälle) o Rhinoviren weiter rückläufig	FG17 [redacted]

	○ Coronaviren saisonal rückläufig, diese Woche 2, letzte Woche 4, unter dem erwarteten Niveau ○ Parainfluenzaviren sind eigentlich saisonunabhängig, der Rückgang zeigt die Wirksamkeit der Infektionsschutzmaßnahmen ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: Daten für die PK bereitstellen. ID 2160_8* • **ZBS 1 kein Teilnehmer** • **Ausbruch im HUK:** Es sind etwa 40 Isolate im Haus, teilweise bereits sequenziert, Daten liegen vor. Gibt es Kapazitäten, daraus einen Stammbaum anzulegen? *ToDo: MF1 soll das in die Wege leiten* • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: Bisheriger Stand an* [redacted] *weiterleiten, Aufnahme in die AG,* ***Deadline*** *für einen fertigen Enwurf:* ***Freitag 19. Februar*** *, FG 32/36, durch das Lagezentrum zu terminieren und an die Beteiligten weiter zu geben*	[redacted] MF 1 FG12 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Aktualisierte Entlasskriterien sind bereits veröffentlicht [redacted] • Infektiologisches Beratungsnetzwerk wird in Zusammenarbeit mit DGI Zentren erweitert • Hinweise für Ärzte auf der RKI Homepage unter Therapie →Bereitstellung ausgewählter Arzneimittel durch das BMG • Können AK auch als PEP gegeben werden? PEI wird sich mit dieser Frage befassen, Voraussetzung: BMG-Auftrag (wurde ausgelöst)	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**	

Kommentiert [SD1]: Aufgabe [redacted]

	• Nicht besprochen	FG37
12	**Surveillance** ○ Nicht besprochen	FG25 [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • Austausch m. WHO zu Varianten Do 04.02. 10:15 (RKI: [redacted]) • BPK Freitag 05.02. 2021	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 05.02.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

Sitzungsende 13:12

390 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-02-05.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“
Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*05.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- BzGA
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International (Folien hier)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle
	  ○ Insgesamt ca. 104 Mio. Fälle und 2,26 Mio. Todesfälle weltweit
	  ○ Top10 Länder: keine starken Veränderungen seit Vorwoche (Top 6 identisch), Indien und Mexiko weiterhin gelistet, neu hinzugekommen: Indonesien und Italien anstelle von Deutschland und Kolumbien
	  ○ Fast alle Länder zeigen abnehmenden Trend außer Frankreich und Indonesien
	  ○ Mexiko: höchste CFR von 8,5 % (Untererfassung von Fällen ggf. zu berücksichtigen)
	• 7-Tages-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einw.
	  ○ Portugal einziges Land mit Inzidenz > 500, aber leicht abnehmender Trend
	  ○ Europa weiterhin sehr hohe Inzidenzen (Tschechien, Spanien, UK, Frankreich, Schweden > 200), jedoch insgesamt eher abnehmender Trend
	  ○ Amerika ebenfalls sehr hohe Inzidenzen (Nordamerika abnehmender Trend, Südamerika zunehmend)
	  ○ Afrika: v.a. Libyen, Tunesien, Südafrika, Botswana und Sambia hohe Inzidenzen
	  ○ Asiatischer Kontinent: Indonesien, Malaysia, Singapur, UAE, Iran und Israel derzeit stark betroffen
	• SARS-CoV-2 Varianten: VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7)
	  ○ Mittlerweile in 80 Ländern nachgewiesen (+10 im Vgl. zur Vorwoche)
	  ○ Virusvarianten-Risikogebiete: Vereinigtes Königreich, Irland, Portugal
	  ○ Unter Beobachtung**:** Europa (siehe Einzelländer), Israel, UAE
	  ○ Noch keine verlässliche Datenlage, u.a. auch aufgrund unterschiedlicher Sequenzierkapazität innerhalb der Länder
	  ○ Sehr unterschiedliche Nachweisraten: Niederlande berichten von Anteil von ca. 1/3, Israel von 80 %, Dänemark von 19 %, trotz erhöhter Übertragbarkeit etwas rückläufiger Trend, vermutlich aufgrund verschärfter Maßnahmen
	• SARS-CoV-2 Varianten: 501Y.V2 (Linie B1.351)
	  ○ In 40 Ländern nachgewiesen (+10 im Vgl. zur Vorwoche)
	  ○ Virusvarianten-Risikogebiete**:** Südafrika, Eswatini, Lesotho, Botsuana, Malawi, Mozambik, Sambia, Simbabwe
	  ○ Unter Beobachtung**:** Länder in (Süd)-Afrika
	• SARS-CoV-2 Varianten: P1. Variante (Linie B1.128.1)
		ZIG1 [redacted]

- Aktuell 10 Länder (+2 im Vgl. zur Vorwoche)
- Leichte Zunahme insgesamt
- Virusvarianten-Risikogebiete: Brasilien

- Verabreichte COVID-19-Impfstoffdosen pro 100 Personen
  - Israel mit 1,39 Dosen pro 100 Einw. mit Abstand an erster Stelle (entspricht ca. 22 % der Bevölkerung), darauf folgend UAE mit 1,16 Dosen
  - Veröffentlichung der COVAX-Verteilungsprognose, erste Länder sollen in kommender Woche Impfstoffe darüber erhalten
- Diskussion
  - Ausweisung von Virusvariantengebieten: PH Intelligence und FG17 wurden um wöchentliche, intensive Recherche zum Vorkommen der Varianten gebeten, auch wenn aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweisen bei Sequenzierung Lage derzeit recht unklar ist — ZIG [redacted]
  - Momentan Ausweisung von Gebieten für die 3 verschiedenen Virusvarianten, fast nicht mehr umsetzbar (zzgl. gestriger Erlass zur Recherche zu 30 Ländern)
  - Wie wird ggf. ein Zeitpunkt definiert, an dem es weniger sinnvoll erscheint, Grenzen geschlossen zu halten, da sich diese Varianten global durchsetzen?
  - Unterschiedliches Verhalten der Virusvarianten bei Diskussion zu bedenken, auch hinsichtlich immune escape
  - [redacted] — Abt.1 [redacted] Abt.3 [redacted]
  - [redacted]

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 2.264.909 (+12.908), davon 60.597 (+855) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 80/100.000 Einw. (Entspannung der Lage insgesamt, Todesfälle aber weiterhin sehr hoch) — FG32 [redacted]
  - 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,93
  - Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.091.689 (2,5 %), mit 2 Impfungen 756.333
  - DIVI-Intensivregister: 4.178 Fälle in Behandlung (-44)
  - Aus intensivmed. Behandlung entlassen: +623, davon 27 % verstorben, langsam rückgängige Zahlen
  - 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
    - Saarland: scheinbare Stabilisierung auf hohem Niveau

- Bremen: ggf. einzelne Ausbruchsgeschehen ursächlich aufgrund der geringen Bevölkerungszahl (geringe Bevölkerungszahl im Vergleich zu anderen BuLä)
- Insgesamt rückläufiger Trend, jedoch noch kein BuLa mit Inzidenz < 50/ 100.000 Einw.

- Geographische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis (LK):
  - Schwerpunkt mit höchster Inzidenz nach Osten verlagert, siehe Internationale Lage: v.a. Tschechien betroffen
  - Derzeit noch 7 LK mit Inzidenz > 250, 74 LK < 50
- Wöchentliche Sterbefallzahlen
  - Heute noch nicht aktualisiert, Stand 29.01.2021
  - Pro Woche ca. 1/3 aller Sterbefälle auf Covid-19 zurückzuführen (= Anteil der Übersterblichkeit im Vergleich zu den Vorjahren (blau)), Untererfassung mutmaßlich recht gering
  - Vergleich erste *versus* zweite Welle: zweite Welle insgesamt viel stärker, euromomo.eu: Gesamtkurve 1. Welle europaweit mit ca. 90.000 Todesfälle pro Woche stärker ausgeprägt, derzeitige 2. Welle jedoch deutlich verlängert
- Diskussion:
  - Inzidenzkarte, Nationale Lage: viele Stadtkreise deutlich geringere Inzidenz als umgebende LK (v.a. in Bayern) trotz stärkerer Testung in Stadtbereichen, Ursache bedarf weiterer Klärung
  - Transmission (siehe aktuelle Publikation aus den USA in Science) weniger von älteren Altersgruppen ausgehend, sondern vielmehr von AG der 20- bis 40-Jährigen (siehe Folie 6, ausgeblendet)
  - Ggf. sollte dieser Sachverhalt auch in der öffentlichen Kommunikation nochmals aufgegriffen und vermittelt werden

[redacted]

FG37 [redacted]

- Expositions- und Erkrankungszeiträume teilweise nicht stimmig, hier jedoch derzeit viele missing links vorhanden
- Epidemische Kurve nach Exposition (Folie 2) im zeitlichen Verlauf: insgesamt 47 Fälle
- HUK seit gestern wieder unter Auflagen in Betrieb (u.a. zweimal wöchentlich Screening, Kontaktnachverfolgung)
- Ende des Ausbruchsgeschehen derzeit definiert auf den 28.02. (= 2 Inkubationszeiten), sporadisches Auftreten neuer Fälle (aktuell 2 neue Fälle über Screening identifiziert)
- Epidemische Kurve B.1.1.7 nach Fallkategorie (Folie 3): mögliche Eintragsfälle über Aufnahmestation, Proben von Anfang Januar (Anfang des Ausbruchsgeschehens) können nicht mehr auf B.1.1.7 untersucht werden, Link zu Patienten mit Erkrankung am 06.01. und einem weiteren parallelen Fall unter Mitbeteiligung von B.1.1.7
- Zeitschiene stationärer Verlauf HUK - bestätigte Fälle (Folie 4): 5 Patienten aus erstem Ausbruchsgeschehen in zweites involviert, massive Ausbreitung um den 10./11.01. vermutet
- Einige Patienten kurz nach Aufnahme positiv, andere erst im späteren Verlauf entsprechend Inkubationszeit
- Stand 02.02.2021: 6 Todesfälle (Altersgruppe > 75 Jahre), aber auch einige Folgefälle mit schwerer Erkrankung bei jüngeren AG mit derzeit unklarem Ausgang
- Zusammenfassung:
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - Befundübermittlung im laufenden Geschehen etabliert
  - Auswertung Sequenzierung und Epi Daten zur Überprüfung der Hypothesen
- Herausforderungen:
  - Befundmitteilung in Kommunikation erheblich erschwert (teils verschiedene Wege der Übermittlung)
  - Aufgrund von Datenschutz musste auf herkömmliche Tools der Datenerfassung zurückgegriffen werden
  - [redacted]

	▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ Sekundäre Attack Rate und Länge der Inkubationszeit: recht unscharf und teils mit Doppelinfektion mit Wildtyp und B.1.1.7 → mehr Informationen dazu mutmaßlich aus folgender Sequenzierung, bislang bekannt: bei erstem und zweiten Ausbruchsgeschehen fast alle 4-Bett-Zimmer betroffen und sehr rasche Infektion nach soweit postulierter Exposition ○ Es sollte in einem Dokument angemerkt werden, dass auch Leiharbeitskräfte in Personalscreenings miteinzubeziehen sind Missionen EU-Ausland ○ [redacted] ○ [redacted] Sprachregelung zu Vakzine ○ Bitte an das BMG um Sprachregelung zu Vakzinen erfolgt ○ Bereits mehrere Anfragen an das RKI mit der Bitte um Mithilfe bei Vakzinebeschaffung ○ Corona-Global-Anträge kommen voraussichtlich im Laufe des Tages aus externer Begutachtung zurück, gehen dann ans BMG, Prozesslänge der Entscheidung dort noch nicht einschätzbar	ZIG [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Wurde aktuell neu eingestellt *ToDo: Bitte an [redacted] um einen Vorschlag zur Integration des Impfens in der kommenden Woche*	Alle
5	**Kommunikation**	

	BZgA • Nicht besprochen **Presse** • Papier zu Virusvarianten veröffentlicht **P1** • Grafik zu integrierter molekularer Surveillance ist online, ebenso der Bericht zu VOCs **FG14** • Dokument von Gesundbund (Gesundheitsportal) erhalten mit der Bitte um Kommentar, RKI hier als Partner aufgeführt, Bericht wurde dem RKI jedoch nicht vor Veröffentlichung vorgelegt • Es müssen klare Strukturen für eine Sichtung existieren sowie eine klare Definition der Verantwortlichkeit für die Inhalte • Unabhängige Klärung für die Betroffenen außerhalb des Krisenstabs auch zur Vermeidung der Mehrbelastung erforderlich *To Do: Bitte an [redacted] um Klärung der Sachlage zu dieser Anfrage seitens Gesundbund [redacted]*	BZgA Presse [redacted] P1 [redacted] FG14 [redacted] Abt.1 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie (mittwochs) **b) RKI-intern** • Fortsetzung Diskussion zu Testung und diesbezüglicher Kommunikation: siehe nachfolgender Punkt	
7	**Dokumente** **Behebung Logikfehler im Flussschema für Ärzte [redacted]** • Problem: Handlungskonsequenz nicht eindeutig (Änderungen ggf. auch im Begleittext anzupassen) • Gabelung: o Alt: „Testkriterien nicht erfüllt, keine SARS-CoV-2-Testung“ o Neu: statt Komma „oder“ o Vorteil: bezieht sich somit auf Personen, die die Kriterien nicht erfüllen aber auch diejenigen, die aus anderweitigen Gründen nicht getestet werden – klarer formuliert und lässt beide Möglichkeiten offen • Box: Überschrift und Subtitel - ALT: o Titel: „Maßnahmen bei sonstigen akuten respiratorischen Symptomen“ o Subtitel: „Zur Verhinderung von Übertragungen an Dritte, falls eine COVID-19-Erkrankung vorliegt“ • Box: Überschrift und Subtitel - NEU:	Alle VPräs Abt.1 [redacted]

	○ Titel: "Maßnahmen zur Verhinderung von Übertragungen ~~an Dritte~~, *z.B. bei atypischen Symptomen* ~~falls eine unerkannte COVID-19-Erkrankung vorliegt~~" ○ Subtitel ~~„Zur Verhinderung von Übertragungen an Dritte, falls eine COVID-19-Erkrankung vorliegt“~~ (entfällt, nun in Titel integriert) ○ Diskutierte Alternativen hier: ▪ „unerkannt“ ▪ „bei anhaltendem“ ▪ „bei bestehendem COVID-19-Verdacht“ ▪ Jeweils problematisch, da Definition Rückfragen aufwerfen könnte • Möglichst geringinvasive Änderung basierend auf dem Vorschlag von [redacted] von Donnerstagabend *ToDo: sprachliche Überarbeitung in Abstimmung mit IBBS, [redacted] finale Sichtung am Montag mit nachfolgender Veröffentlichung [redacted]*	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • In Altersheimen derzeit insgesamt ca. 620.000 Impfdosen verabreicht, somit ca. 60 % dieser Personengruppe mit mind. erster Dosis geimpft • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • FG 33 wurde in Literaturscreening zu Wirksamkeit der Impfstoffe hinsichtlich VOC miteinbezogen, FAQs werden dazu erstellt, ggf. mit anderen FGs abzustimmen • Publikation zu Astra Zeneca-Impfstoff von letzter Woche: Schwierigkeit der Interpretation der nicht ganz optimal durchgeführten Studie • Astra Zeneca: Effekt auf asymptomatische Situation in nur 10 % der Fälle → im Trial wurde aber Gesamtprositivenrate auf 50 % reduziert → Effekt auf Transmission, Effekt der Verhinderung schwerer Verläufe → es sollte nicht nur die asymptomatische Situation als Bewertungskriterium herangezogen werden • Umgang mit Genesenen hinsichtlich Impfung: ○ AG-Test im Vorfeld laut Modellierungen zu aufwendig und Ressourcen-verbrauchend	FG33 [redacted]

	○ Laut STIKO Erhebung des Serostatus und des Ausschlusses einer asymptomatischen Situation nicht erforderlich ○ STIKO sieht keine Sicherheitsbedenken der Impfung von Genesenen ○ 6-Monats-Frist begründet sich darauf, dass zuvor keine Notwendigkeit einer Impfung besteht und vermieden werden sollte, bspw. 2-3 Tage nach schwerem Verlauf zu impfen (wie auch bei anderen Impfungen) • Sputnik V ○ Bewertung der Daten UND Bewertung der Validität der Daten relevant, jedoch ist mit ausführlichen Postmarketingstudien zu rechnen, entsprechend sollte man zunächst von der Validität der Daten ausgehen ○ Impfstoff-Studienergebnisse werden derzeit von der EMA bewertet ○ Derzeit unbekannt, ob Sputnik V auf den deutschen Markt kommen soll ○ Heterologer prime-boost-Impfstoff: zwei verschiedene Adenoviren bei erster und zweiter Impfung verwendet, um Bildung antivektorialer AK (wie bei homologen Impfstoffen ggf. möglich) zu umgehen, daher möglicherweise in Kombination mit anderen Impfstoffen sinnvoll einsetzbar *ToDo: Bitte an [redacted] um die Mitteilung der Effektivität der Aktivierung des CD8-Arms durch mRNA-Impfstoffe*	
9	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance ○ 576 Proben eingegangen, davon ○ 50 SARS-CoV-2- (9 %), 51 Rhinovirus-, 10 saisonales Coronavirus (NL63)-, 2 Parainfluenzavirus (Typ3)- positiv ○ Bislang weiterhin noch kein Nachweis von Influenza im Sentinel (somit muss die Testprävalenz bei unter 2,5 % liegen, da sonst im Sentinel nachweisbar), Vergleich zu Vorsaisons: ca. 50 % Influenza-positiv Wirksamkeit monoklonaler Antikörper gegen VOCs (Folien hier) ○ FDA-zugelassen sind Bamlanivimab (Eli Lilly) und Casirivimab + Imdevimab (Regeneron) ○ Therapeutischer oder prä-/postexpositioneller Einsatz als einmalige Gabe ○ Neutralisierungsassays (Folie 5): ▪ Jedes Panel: 1 AK gegen konventionelles Coronavirus (WT, schwarz), UK-Variante (UK, pink) und südafrikanische (SA) Variante (ZK, orange) ▪ y-Achse: Neutralisierungsaktivität → je weiter links sich der Kurvenverlauf befindet, desto wirksamer ist der jeweilige AK ▪ Alle 3 AK sind gegen den WT und die UK-Variante gut wirksam ▪ SA-Variante: AK von Eli Lilly nicht wirksam, Regeneron: Casirivimab mäßig wirksam, Imdevimab gut wirksam	FG17 [redacted] FG12/FG 17 [redacted]

	▪ Weitere monoklonale AK (Folie 6): weiterer AK von Eli Lilly gegen UK-Variante wirksam, AK von Astra Zeneca und GSK gegen UK- aber auch gegen SA-Variante ▪ Cave hierbei: *in vitro* Daten aus einem einzigen Labor (Wang *et al.* 2020, medRxiv), decken sich aber soweit gut mit anderen Studien ▪ B.1.1.7 mit 484 Mutation: höchstwahrscheinlich keine Wirksamkeit, da das Epitop über der Mutation liegt • ZBS1 o 689 Einsendungen, davon 171 Proben SARS-CoV-2-positiv (ca. 24,8 %) o Insgesamt ca. 500 Proben aus mehreren Studien (COALA etc.) und Ausbrüchen eingegangen, davon in diverse Proben Variante B.1.1.7 identifiziert o Dem Ringversuch wurde zugestimmt, Proben bereits eingetroffen o Medinzinprodukte-AbgabeVO zu Heimtests vermutlich derzeit noch beim BMG in Diskussion mit Juristen o Änderung § 8 IfSG (bzw. zur Selbstanzeige im Portal) noch nicht beschlossen	ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • [redacted] • [redacted]	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Funktionalität muss gewährleistet sein • Aufgrund bereits aufgefallener Fehler liegt Vermutung nahe, dass weitere, bislang unentdeckte Fehler existieren • Auch vor dem Hintergrund ist ein nicht ausreichend getestetes Produkt mit zu hohem Risiko behaftet • Verschriftlichung der Kommunikation erforderlich, auch hinsichtlich möglicher Auswirkungen bei derzeit bestehenden Funktionalitätsbeeinträchtigungen • Rückendeckung seitens Leitung vorhanden, auch seitens Leitung Abt. 5 erforderlich	FG32 [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Derzeit viele Anfragen zur Ausweisung von VOC-Gebieten • [redacted]	FG38 [redacted]

	[redacted] • Laufende Bußgeld-Diskussion zu fehlendenden DEA-Anmeldungen, Compliance-Missachtung, Beförderung von Passagieren ohne Test bei Fluglinien	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Die Federführung für Dokumente liegt nicht im Lagezentrum, sondern in fachlicher Verantwortlichkeit der Fachgebiete • Diese Fachgebiete übernehmen auch die Koordinierung der Abstimmungsschritte mit anderen Partnern • Aufträge sind über das Lagezentrum explizit als solche zu kennzeichnen und mitzuteilen • Das Ergebnis der im Herbst stattgefundenen Befragung wird kommende Woche vorgestellt • Feiertag 08.03.2021: Lagezentrum besetzt, aber keine Krisen-stabssitzung • [redacted] • [redacted]	FG38 [redacted] Präs
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 08.02.2021, 13:00 Uhr, [redacted]	

392 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-02-08.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*08.02.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.288.545 (+4.535), davon 61.675 (+158) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 76/100.000 Einw. ▪ 7-Tage Inzidenz fällt weiterhin ○ 4-Tage-R=1,03; 7-Tage-R=0,94 ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.287.196 (2,8%), mit 2 Impfungen 981.914 ▪ Impfdashboard ist zwischenzeitlich online ○ DIVI-Intensivregister: 3.933 Fälle in Behandlung (-32) ▪ unter 4.000 Fälle gesunken ○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 267, davon 39% verstorben ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ In allen BL fallender Trend ▪ noch 4 BL mit Inzidenz > 100: Thüringen, Sachsen-Anhalt, Saarland, Sachsen ▪ Inzidenz in keinem BL < 50 ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Schwerpunkte im Osten, im Saarland und in Bayern an der Grenze zu Tschechien ○ Warum geht Fallzahl zurück und R-Wert steigt? ▪ Gründe: Schwankung der Fallzahl im Lauf der Woche, Verzögerung Meldeverhalten ▪ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG32 [redacted] FG38 [redacted]

	○ Es ist zu erwarten, dass durch die Impfung zwar schwere Verläufe vermieden werden können, nicht jedoch die lokale Vermehrung der Viren. ○ Sollte den Gesundheitsämtern eine Art Kurzprotokoll zur Verfügung gestellt werden, damit systematisch evaluiert werden kann, wie häufig Impfdurchbrüche oder mild symptomatische Infektionen vorkommen? ○ Könnte in die Handreichung bei Ausbrüchen miteingebaut werden. ○ Wenn die GA die Fälle ausführlich im Routinesystem dokumentieren würden, wäre es möglich diese Informationen übers Meldewesen zu erhalten. ○ GA sollen aktiv darauf hingewiesen werden, dass sie das RKI einladen oder das Ausbruchsprotokoll nutzen können. *ToDo: In FG33 gibt es ein PAE Projekt zu Impfdurchbrüchen, mit FG33 besprechen.* • Corona-KiTa-Studie (nur montags) (Folien hier) ○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ Inzidenz liegt deutlich unter Niveau der Vorjahre. Der Anstieg, der normalerweise im Jan./Feb. zu beobachten ist, bleibt dieses Jahr völlig aus. ▪ Effektivität der Maßnahmen hält weiter an. ○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Höchste Inzidenzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Der Zusammenhang je jünger, desto niedrige die Inzidenzen setzt sich fort. ▪ Bei den 0-5 und 6-10 Jährigen steigt der Anteil an allen COVID-19-Fällen leicht an (nicht jedoch die Inzidenz). ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ In den letzten Wochen fast unverändertes Bild, relativ konstant rund 46 Ausbrüche pro Woche. ▪ Weiter relevant hoher Anteil von Erwachsenen, auch Eintrag durch Erwachsene und Übertragungen zwischen Erwachsenen. ○ Ausbrüche in Schulen ▪ So gut wie keine neuen Ausbrüche, Nachmeldungen. ○ Anteil von 0-5 Jährigen an allen COVID-19-Fällen nach BL ▪ Relativ inhomogener Verlauf, in manchen BL Anstieg. ▪ Was steckt dahinter? Umfangreicher Notbetrieb in vielen Kitas oder neue Varianten? ▪ Mögliches Signal, das im Blick behalten werden sollte. ▪ Ist nicht bedingt durch absolute Zunahme. Inzidenz geht bei 0-5 Jährigen weniger stark zurück als bei älteren Altersgruppen. ○ Sollten in größerem Umfang Antigentests bei Schülern durchgeführt werden? ▪ Testung bei Lehrern allgemein akzeptiert. Problem, wer könnte Tests bei Schülern durchführen. ▪ Zurzeit Roche-Studien zur einfacheren Beprobung. ▪ Wenn Beprobung gefahrlos möglich ist, können Antigentests bei gleichzeitiger Einhaltung der	FG36 [redacted]

	Hygienemaßnahmen zur Öffnung der Schulen beitragen. ▪ Schnelltests können zu falscher Sicherheit führen. Befürchtung: Wenn man Familien und Schulen Tests zur Verfügung stellt, werden diese eher für symptomatische Schüler genutzt werden. ▪ S3-Leitlinie zu Maßnahmen in Schulen: bei Erkrankungssymptomen sollen Schüler nicht in die Schule gehen. Dies sollte nicht durch falsch verstandene Testung verwässert werden. ▪ Es geht nicht um symptomatische Schüler, sondern um regelmäßiges Testen symptomloser Kinder.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Entwurf von FG33 zur Einbeziehung des Impfens in die Risikobewertung liegt noch nicht vor (Deadline 12.02.) -> auf Freitag verschoben	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Aktuell nichts Relevantes **Presse** • Diese Woche erscheinen 3 Artikel im Epid.Bull.: o Heute vorab: Betrachtung der reiseassoziierten COVID-19-Fälle im Sommer 2020 unter Berücksichtigung der Schulferien, Reisetätigkeit und Testkapazitäten o Am 11.02.: Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der HIV-PrEP als Leistung der GKV – das Projekt EvE-PrEP in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie o Am 12.02.: Einfluss der Maßnahmen in der COVID-19-Pandemie auf die Fallzahl der nach IfSG meldepflichtigen Infektionskrankheiten • Zur Info: Internetteam ist zurzeit sehr dünn besetzt. • Kommunikation zur integrierten molekularen Surveillance: P1 erarbeitet eine Sprachregelung. • Flussdiagramm zu Kommunikation (hier) o Kleinere Widersprüche im Dokument, deshalb Umformulierung in „Testkriterien nicht erfüllt oder keine SARS-CoV-2-Testung“ und „Maßnahmen bei Symptomen auch ohne Vorliegen eines Testergebnisses“ o Damit werden vermeintliche Widersprüche, wie mit nicht Getesteten umgegangen werden soll, hoffentlich aufgelöst.	BZgA Presse [redacted] P1 [redacted] IBBS [redacted]

	○ Könnte als Alternative zur Testung verstanden werden, deshalb evtl. Formulierung „kein SARS-CoV-2 Testergebnis“ statt „keine SARS-CoV-2 Testung“ verwenden. ○ Dies könnte im Widerspruch zum Rest des Flussdiagramms stehen. Ist nicht perfekt zu lösen. ○ Entscheidung: Text bleibt wie vorgeschlagen. *ToDo: Veröffentlichung des aktualisierten Flussschemas, Prüfung des dazu passenden Textdokuments, FF FG36,* [redacted]	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • [redacted] ○ [redacted] ○ Es ist unwahrscheinlich, dass das Zirkulieren der Variante B.1.1.7 verhindert werden kann. Bei den Varianten B1.351 und P1 wäre das Verhindern einer weiten Ausbreitung im Land wegen der geringeren Wirksamkeit der Impfung erstrebenswert. ○ Die Weiterverbreitung von bestimmten Varianten findet vermutlich zum überwiegenden Teil nicht in KH statt. ○ Eine Verbreitung innerhalb einer Klinik sollte generell vermieden werden. Am wichtigsten ist ein gutes Aufnahmescreening. Die Fälle sollten in besondere Einheiten verlegt werden. ○ Für Mitpatienten ist die Hauptproblematik das Vermeiden einer Cross-Infektion innerhalb eines Zimmers (Gefahr einer Superinfektion). ○ Konsequente Durchführung der Maßnahmen notwendig: striktes Aufnahmescreening mit einer schnellen Form der Differenzierung, ob es sich um die übliche oder eine VOC handelt. ○ Wenn möglich, sollte eine Isolierung nach Kohorten stattfinden, insbesondere bei den Varianten B1.351 und P1. ○ Sinnvoll ist auch eine Wiederholung des Screenings nach 1 Woche bei Langliegern um nosokomiale Infektionen zu verhindern. ○ Sequenzierung ist nicht beste Methode, da zu langsam. ○ Mit einer N501Y Analyse können alle VOCs erfasst werden. ○ Über ZIG evaluieren, wo südafrikanische Variante zirkuliert? Eher Reiseanamnese allgemein erheben. ○ Varianten sollen nicht mit den Ländernamen bezeichnet werden. ○ **Zusammenfassung**: Aufnahmescreening, VOC-Suchtest + Reiseanamnese, Surveillance, Wiederholungstests ○ Kliniken sollten nicht in eine Situation versetzt werden, die organisatorisch nicht umsetzbar ist. ○ Wann kann das Dokument publiziert werden? Noch kleine Änderungen nötig, kann Mittwoch veröffentlicht werden. **b) RKI-intern**	FG37 [redacted]

7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33

9	**Labordiagnostik**
	• ZBS1
	  ○ In letzter Woche gingen 855 Proben ein, davon waren 230 (26,9%) Proben positiv auf SARS-CoV-2. Dies liegt im Bereich der letzten 2-3 Wochen und bedeutet eine geringfügige Entlastung im Vergleich zum Dezember.
	• Virologische Surveillance
	  ○ In den letzten 2 Wochen wurden von 333 Proben knapp 10% pos. auf Rhinoviren getestet; 24 Proben (7,2 %) pos. auf SARS-CoV-2, 1 Probe auf Parainfluenza-Virus Typ 3.
	  ○ Erstmals Fund der brasilianische Variante P2, wird zurzeit nicht als VOC betrachtet.
	  ○ Zurzeit viele Fragen zu Varianten und Vorkommen von Varianten in Nachbarländern.
	  ○ In den Handreichungen für Sequenzierungen ist Impfversagen als Anlass für eine Sequenzierung enthalten.
		ZBS1
		[redacted]
		
		FG17
		[redacted]

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Es gibt noch keinen größeren Abfluss von monoklonalen Antikörpern in Apotheken.	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	

12	**Surveillance**
	• Corona-KiTa-Studie (nur montags)
	  ○ Unter nationale Lage besprochen
	
	• Pilot SORMAS
	  ○ [redacted]
	  ○
	  ○
	
	• Wie wird die Untererfassung im Moment eingeschätzt?
	  ○ Zahl der Infizierten in Modellen: was soll als Untererfassung angenommen werden? Faktor 2-6, stimmt das noch?
	  ○ Sehr zuversichtlich, dass Inzidenz den Verlauf der Epidemie gut abbildet.
		FG32
		[redacted]
		
		Alle

	○ Untererfassung der schweren Fälle ist nicht so hoch. Mortalitätszahlen sind nahezu deckungsgleich mit den Sterbefällen des Statistisches Bundesamts. ○ Es gibt Angaben aus den Blutspenderdaten (nicht repräsentativ) und aus den Corona lokal Untersuchungen in Hotspots. Die Untererfassung sollte sich irgendwo dazwischen bewegen. ○ Abhängig von der Altersgruppe, bei > 80 Jährigen scheint es keine relevante Untererfassung zu geben. • Gibt es Daten zur Kontaktpersonen-Nachverfolgungsquote in den Gesundheitsämtern? ○ Nein, dass beurteilen die GA auf Landkreisebene vor Ort. • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG37 [redacted]
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, 10.02.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

394 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-02-10.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*10.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2 FG24/Thomas Ziese
- Abt 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS 1
  - [redacted]
- ZIG 1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.299.996 (+8.072), davon 62.969 (+813) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 68/100.000 EW ○ 4-Tage-R=1,03; 7-Tage-R=0,94 ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.405.156 (2,9%), mit 2 Impfungen 1.104.504 ○ DIVI-Intensivregister: 3.846 Fälle in Behandlung (-111) ○ aus intensivmed. Behandlung entlassen: +525, davon 31% verstorben ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Abnehmender Trend oder Plateau in allen Bundesländern ▪ Höchste Zahlen weiterhin in TH, SL, SN, BB ▪ MV derzeit auf dem 5. Platz, Plateau ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK ▪ Mehr als 100 LK < 50/100.000 ▪ Mehrzahl der LK >50/100.000 ▪ Einige LK < 25/100.000, vor allem im Norden ▪ Weiterhin stärkeres Infektionsgeschehen im Süden und Osten (z.B. Grenzgebiet CZE) ▪ Karte hellt sich insgesamt auf (Rückgang) ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen (AG) ▪ Im Wochenvergleich Rückgang in allen AG ▪ Deutlichster Rückgang in AG >80 ▪ In AG 15-34 und 35-39 jetzt auch deutlicher Rückgang ▪ In den jüngsten AG vergleichsweise geringer Rückgang, hier war auch der Anstieg geringer ○ COVID-19 Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Nach dem Peak in KW 52 2020 in den letzten 6-7 Wochen abnehmender Trend bei den Sterbezahlen ○ Beurteilung ▪ 7-Tage -Inzidenz sinkt weiter langsam ▪ Anzahl der Verstorbenen weiterhin hoch ▪ R-Werte bleiben um 1 ▪ Weitere Fortschritte bei den Impfaktivitäten ○ Diskussion ▪ Frage: Entwicklung der VOC hat sich laut Bericht in KW 5 beschleunigt (regional unterschiedlich), ist eine Korrelation mit den Inzidenzen festzustellen, z.B. LK mit erhöhter Inzidenz und vermehrt VOC?	FG32 [redacted]

- Antwort: BW stellt derzeit keinen Zusammenhang her, bei niedrigem VOC-Vorkommen ist keine Auswirkung auf die Inzidenz zu erwarten, auch in BY (z.B. Tirschenreuth) ist ein Zusammenhang nicht belegbar
- Es ist geplant, Meldedaten und Sequenzierdaten zu verknüpfen, nach Zusammenführung der Daten (auch Labordaten mit 3-stelliger PLZ und Expositionsdaten) sind Auswertungen möglich
- Erste Ergebnisse in 1-2 Wochen möglich

- **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier)
-
  - GrippeWeb
    - Trend zur Abnahme setzt sich fort, Zahlen liegen minimal unter den Zahlen des Frühjahrs-Lockdowns,
    - In absoluten Zahlen für die PK am 12.02:
      KW 5 2021: 914.000 ARE
      KW 5 2020: 5.650.000 ARE
  - ARE-Konsultationen
    - Im Jahresvergleich extrem niedrige Zahlen, keine Grippeaktivität
    - Beispiel NW:
      2021 400.000 Konsultationen,
      2020 1.500.000 Konsultationen
  - ICOSARI-KH-Surveillance
    - Entspannung in den älteren Altersgruppen (AG)
    - Auch in der AG 35-59 nach hohen Zahlen jetzt deutlicher Rückgang
    - AG 0-14 Jahre liegt unter dem Sommerniveau
    - Sari insgesamt nach Altersgruppen: Liegen in allen AG auf normalem Niveau, keine Grippewelle ("Winterberg" fehlt)
  - SARI-Fälle mit laborbestätigter COVID-Diagnose
    - Maximale Verweildauer von 7 Tagen: Rückgang der Zahlen auch in der AG >80.
    - Auch bei Zählung aller Fälle (inklusive noch liegender Patienten) setz sich der Trend zum Rückgang fort
  - Diskussion
    - Frage: Welche Auswirkungen wird das auf die Grippeproblematik der nächsten Saison haben (Immunität, Impfverhalten)?
    - Antwort: Hängt von mehreren Faktoren ab: a) Subtyp, der sich ausbreitet, b) Einsatz nicht-pharmazeutischer Maßnahmen
    - Es besteht die Hoffnung, dass diese Saison die Grippewelle ausbleibt, Influenzaexperten sind

besorgt bzgl. des Verlaufs der kommenden Saison, wenn durch Lockerungen eine weltweite Ausbreitung wieder möglich ist (derzeit kein Eintrag aus südl. Hemisphäre)

- **Testkapazität und Testungen (mittwochs)**
  Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier)

  - Testzahlen und Positivquote
    - Rückgang setzt sich fort (um 100.000 auf jetzt etwa 1.000.000 Testungen)
    - 60% weniger Testungen als in der Vorweihnachtswoche
    - Die Positivenquote geht zurück: jetzt 7,9 %
  - Auslastung der Kapazitäten
    - 50% der Kapazitäten werden ausgeschöpft
    - Anzahl der beteiligten Labore schwankt geringfügig, ohne Einfluss auf die Aussagekraft
  - Probenrückstau
    - Probenrückstau und Lieferengpässe sind unproblematisch, allerdings wird nach wie vor Mangel an Plastik, v. a. Pipettenspitzen angegeben

  - AG-POCT (Voxco-Abfrage) in Einrichtungen
    - Teilnahme an der Befragung hat sich etwas gebessert, dennoch i. Vgl. zur Anzahl der Einrichtungen ist der Einblick klein
    - Beteiligung mehrere Verbände mit zahlreichen Einr. ist angekündigt
    - 95% aller positiven Testergebnisse (etwa 1%) wurden zur PCR eingesendet.
  - **Neu:** VOC in Testzahlenerfassung
    - Erweiterte Voxco-Abfrage nach Anzahl der Untersuchungen auf VOC
    - Anzahl der Labore hat sich von KW 2-5 auf 50 erhöht
    - In der vorangegangenen Woche wurden 23.000 Tests auf VOC durchgeführt, hier sind Sequenzierungen, Teilsequenzierungen und Punktmutations-PCR subsummiert
    - Anteil der Proben mit Hinweis auf VOC (von allen auf VOC geprüften Proben) hat sich auf 12% erhöht, B.1.1.7. liegt bei 10 %

- **Testungen und Positivenanteile in ARS** (Folien hier)

  - Bestätigung der Ergebnisse der Voxco-Abfrage, 7,5% Positivenrate
  - Anteil positiv Getesteter nach Bundesland
    - In TH mit >10% und MV mit 10% relativ hoch
    - In fast allen BL leichter Rückgang, Ausnahme: MV, hier leichter Anstieg

[redacted]

FG 37 [redacted]

- Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe
  - Anzahl der Tests/100.000 EW ist rückläufig bei den Ältesten, relativ stabil in allen anderen Altersgruppen
  - Positivenanteil in allen Gruppen rückläufig
  - Ausnahme: Kein Rückgang bei AG 0-4
- Abnahmeort
  - In Arztpraxen: Weiterer Rückgang
  - In KH: leichte Zunahme der Testzahlen
  - Spielraum besteht v. allem in Arztpraxen, hier könnte mehr und sensitiver getestet werden
- Zeit zwischen Abnahme und Test
  - [redacted]
  - [redacted]

- **VOC Daten aus 5 Laboren**
  - Anteil der positiven Tests mit Zusatznachweis von N501Y an allen positiven Tests: Anstieg auf 9%
  - Anteil von B.1.1.7 in KW 5 liegt bei 6%
  - Die gute Übereinstimmung mit anderen Erfassungssystemen zeigt, dass ARS für eine bundesweite Betrachtung der Zahlen geeignet ist
  - Aufschlüsselung nach BL bisher noch nicht möglich
  - Bisherige Finanzierung aus Haushaltsmitteln ist langfristig nicht ausreichend

- **Diskussion**
  - In Voxco: Anzahl der auf VOC geprüften Proben ist eine schwierige Bezugsgröße für den VOC-Positivenanteil
  - Es gibt keine Kontrolle, welche Proben auf VOC untersucht wurden
  - [redacted]
  - [redacted]
  - Es gibt Diskrepanzen zu anderen Erfassungssystemen, dies ist besonders zu beachten, weil aus Voxco die ersten Zahlen sind, die jeweils zur Verf. stehen.
  - Einigung: Bei Verwendung in Bericht muss die Limitation beschrieben werden, Nachkommastellen weglassen
  - Der Anteil VOC-positiver Proben an allen Tests ist eine geeignetere Bezugsgröße, jedenfalls muss der Nenner genau beschrieben werden

[redacted]

ToDo: Anpassung der Tabellen [redacted]

- Frage zum Testort: Könnten die rückläufigen Testzahlen in Arztpraxen auf den Rückgang von ARE→weniger Screening zurückzuführen sein?
- Wohl nicht dadurch zu erklären, bereits seit Weihnachten rückläufige Testzahlen
- Spricht der rapide Absturz der ARE -Zahlen nicht doch dafür?
- Annahme: Ärzte vermeiden, dass sympt. Patienten in Praxen kommen
- Testkriterien wurden bereits angepasst
- Eventuell hat das RKI durch frühere Dokumente zur Trennung von Patientenströmen die Verlagerung aus Praxen in Testzentren mitverursacht? Hier sollten alte Dokumente überprüft werden

ToDo: Aufnahme auf den Sprechzettel für die PK am 12.02.: ÄrztInnen sollen mehr und sensitiver testen (Presse)

- **Kurzbericht Ausbrüche in Altenheimen und Krankenhäusern** (Folien hier)
  Neu: Darstellung der neu dazugekommenen Ausbrüche

  - Altenheime
    - In KW 14 2020: 200 Ausbrüche
      In KW 51 2020: 350 Ausbrüche
      In KW 5 2021: 48 Ausbrüche
    - In KW 5 wurden 40 Ausbrüche für KW 4 nachgemeldet, trotzdem ist insgesamt ein Rückgang zu verzeichnen
  - Krankenhäuser
    - In KW 3 > 150 Ausbrüche, insgesamt leichter Rückgang (weniger ausgeprägt, als in Altersheimen)
  - Insgesamt 150.000 Fälle im Rahmen der Ausbrüche, 117.000 in Altenheimen, mediane Fallzahl 18, 36.000 in Krankenhäusern, mediane Fallzahl 5
  - Neue Darstellung wird bisher nicht im Lagebericht gezeigt, sollte angeglichen werden

ToDo: Diesbezügliche Absprachen mit [redacted] *weiterführen*

- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

- **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier)
  - COVID-19-Intensivpflichtige
    - Stand 10.02.2021 3773 Fälle
    - Zahlen sinken damit unter 4000
    - In vielen BL sinken die COVID-Zahlen auf ICU
    - Insgesamt melden 1300 Akutversorger
    - SL, SH und BE melden schwankende Zahlen, kein Trend ablesbar
  - Fallzahlen auf ICU
    - Verfügbarkeit steigt leicht an, Auslastung sinkt etwas
    - Anteil der Covid-19-Fälle an der Gesamtzahl der Betten liegt nur in 2 BL > 20%
    - Rückgang abhängig vom Schweregrad: je leichter der Verlauf, desto stärker der Rückgang (bis zu 40%), bei invasiver Beatmung und ECMO langsamer Rückgang, >2000 COVID-ICU Fälle sind noch beatmet
  - Belastungslage auf Intensivstationen
    - Gesamtbelastung ist weiterhin hoch
    - Vollauslastung geht zurück, erste Häuser melden wieder Verfügbarkeit
    - Personalsituation bessert sich vereinzelt
    - Zahl der freien Plätze stagniert
  - Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen
    - Trend zeigt weiterhin nach unten
    - Nach Kleeblättern: im Norden Prognose geringer Rückgang, im Osten deutlicher Rückgang (von 1500 auf 1000 Fälle), im Süden mittlerer, im SW geringer Rückgang

MF4 [redacted]

- [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]

	○ Eindruck der KollegInnen vor Ort: Verlauf könnte durch Impfung abgemildert sein	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Textanpassung zum Thema „Impfung“ in der Risikobewertung [redacted] wird am Freitag vorgestellt	FG36 [redacted] [redacted] FG 33
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] ○ [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Bitte bei Änderung von Dokumenten immer Disclaimer mit Hinweis auf die Änderungen einstellen, ist hilfreich für die NutzerInnen • Diskussion ○ [redacted]	BZgA [redacted] [redacted]

	ToDo: Thematik soll in AG Diagnostik [redacted] aufgenommen werden, Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Thema muss gut begründet und aufgebaut sein **EpiLag** ○ Hinweis aus EpiLag; BW sequenziert alle positiven Proben, dabei werden auch neue Mutationen entdeckt, es ist unklar, welche davon wirklich gefährlich sind ○ Dazu wird ein Ansprechpartner am RKI gewünscht ○ [redacted] ○ Bioinformatische und phylogenetische Einordnung ist komplex ○ Rolle der Varianten zeigt sich über den Anteil in unterschiedlichen Gruppen ○ Länder brauchen Beratung: Nicht nur „IMSurveillance" IMService" ○ Ansprechpartner schwierig: In erster Näherung kommt [redacted] in Frage ○ Zur Studienlage [redacted] *ToDo: Dreizeiler an [redacted] zur Frage Ansprechpartner [redacted] [redacted] soll einbezogen werden*	[redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **Modellierungsstudie** Nicht besprochen • Frage: Ist bekannt, inwiefern Städte und Kommunen die von den Ländern beschlossenen Maßnahmen umsetzen bzw. anpassen/abändern? Umsetzung der Empfehlungen ist auch eine grundsätzliche Frage (s. Altenheime) ○ Bielefeld betreibt ein Maßnahmen-Monitoring auf Länderebene (BL und ausgewählte Landkreise) ○ Verlässlichkeit der Daten ist vorhanden, wurden soeben vervollständigt ○ Eine Publikation der Daten ist angekündigt ○ Eine Verknüpfung mit den Fallzahlen soll durchgeführt werden *ToDo: Vorstellung im Krisenstab, sobald Daten vorliegen* [redacted]	Alle [redacted] [redacted] [redacted]
7	**Dokumente** • **Management von Kontaktpersonen** (Dokument hier) ○ Soll auf alle Flugreisen ausgedehnt werden, nicht nur auf Virusvariantengebiete oder Hochrisikogebiete ○ Dokument wird wie präsentiert freigegeben ○ Soll ab 11.02. gelten	FG 37 [redacted]

	• Frage: Gibt es neue Erkenntnisse zu Abstand und Dauer des Kontakts für KP I bei Kontakt zu VOC? ○ Aus UK keine neuen Daten, dort keine Anpassungen ○ Aktuelle Entwicklung muss abgewartet werden ○ Genaue Umsetzung der gültigen Empfehlungen soll betont werden ○ CWA-Daten wären wünschenswert, um dazu Aussagen zu treffen ○ Datenschutz schränkt hier ein *ToDo: bei der nächsten CWA-Besprechung thematisieren*	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** (Folien bitte im Krisenstabsordner ablegen) ○ 160 Probeneinsendungen in KW 5 ○ Konstant etwa 150 Einsendungen /Woche ○ Anteil Sars-CoV-2-positiver Proben bei 6% (ähnlich zu letzter Woche), Rückgang, Zahlen entsprechen den anderen Erhebungen ○ Influenza: keine Nachweise ○ Rhinoviren < 10% ○ Coronaviren saisonal: 1 Nachweis ○ VOC: lokal (eine Praxis) ○ Im Sentinel werden 16 verschiedene Viren untersucht • Influenza: bisher keine Nachweise, Ausfall der Welle wird erwartet • RSV: weiterhin keine Nachweise • Rhinovieren (ganzjährig, geringe Immunität) und Sars-CoV-2 (keine Immunität) derzeit nachweisbar • Infektionsdosis wird durch Schutzmaßnahmen reduziert • Prognose zum weiteren Verlauf schwierig: Heftigkeit der nächsten Influenzawelle ist abhängig von Umfang der Impfung und Einhaltung der Schutzmaßnahmen	FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Keine Beiträge	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Ausnahmeregelung für BPOL In der EinreiseVO sind Quarantäne-Ausnahmen für Personen, die einen Wohnsitz und eine Aufenthaltserlaubnis besitzen, vorgesehen ○ Besorgnis, dass dies für Saisonarbeitskräfte Im Sommer angewendet wird ○ [redacted]	[redacted] Diskussion: Alle

	○ [redacted] ○ FG17, [redacted], PH-Intelligence [redacted] und ZIG waren im Gespräch: Einreisebeschränkungen sind bei geringer Inzidenz von VOC sinnvoll ○ Es sollte eine möglichst einheitliche Regelung gefunden werden ○ Bei Testauflagen tragen Beförderer die Arbeitslast ○ Haltung des RKI: Es sollen einheitliche möglichst strenge Bestimmungen zur Einreise gelten ○ Für Berufspendler und Saisonarbeiter muss eine Lösung gefunden werden ○ Formulierungsvorschlag: Quarantäne sollte nicht verkürzt werden können, „möglichst wenig“ Ausnahmen sollten möglich sein ○ Quarantäne 14 Tage bei Virusvariantengebiet, oder 10 Tage (Mischkalkulation), 14 Tage sind sicherer? ○ Dauer der Quarantäne bleibt eine politische Abwägung bzw. Entscheidung, je nachdem, wieviel Sicherheit man möchte ○ Ausnahmen haben nicht nur theoretische sondern auch praktische Auswirkungen: Eintrag durch Erntehelfer im Vorjahr könnte hier eine Argumentationshilfe sein *ToDo: Frage in die weiteren Gespräche aufnehmen, Abstimmung zwischen* [redacted]	
12	**Surveillance** • **Pilotierung SORMAS** ○ DEMIS/SORMAS Schnittstelle ist in Betrieb, bisher wurden 10 Fälle darüber gemeldet ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: Bei konkreten Hinweisen auf Änderungsversuche Rücksprache mit der Leitung*	FG25 [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38

14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • PK Freitag 12.02.	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 12.02.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

Sitzungsende 12:51

396 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-02-12.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*12.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - FG12/[redacted]
- Abt. 2
  - FG24/Thomas Ziese
- Abt 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS 1
  - [redacted]
- ZIG 1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International (nur freitags) (Folien hier)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle:
	  ○ Die meisten Länder unverändert seit letzter Woche, Deutschland und Türkei (wieder) auf Liste
	• 7-Tages-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einwohner
	  ○ Karte hat sich nicht verändert
	• WHO Epidemiological Update 09.02.2021
	  ○ Die vierte Woche in Folge ist die Zahl der weltweit neu gemeldeten Fälle gesunken (niedrigster Wert seit Oktober). Alle WHO-Regionen melden Rückgang.
	  ○ Auch die Zahl der neu gemeldeten Todesfälle ging die zweite Woche in Folge zurück
	• SARS-CoV-2 Varianten: VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7)
	  ○ 38 Länder mit Nachweis von B1.1.7, 3 Länder mit Fällen unter Verfizierung
	  ○ unverändert wie letzte Woche
	• SARS-CoV-2 Varianten: 501Y.V2 (Linie B1.351)
	  ○ 37 Länder mit bestätigten Fällen, 8 Länder mit Fällen unter Verfizierung
	  ○ Spanien hat Fälle bestätigt
	  ○ Italien, Malta und Türkei seit letzter Woche unbestätigte Fälle
	  ○ Tirol, Slowakei und Tschechien neues Virusvariantengebiet
	• SARS-CoV-2 Varianten: P1. Variante (Linie B1.128.1)
	  ○ Neue Länder: Peru, Spanien, Frankreich, Niederlande
	  ○ Kanada und Türkei Fälle unter Verifzierung
	• SARS-CoV-2-Varianten: Nachbarländer Deutschlands
	  ○ Überblick in welchen Nachbarländern Deutschlands welche Varianten vorhanden sind
	  ○ Quellen allerdings sehr unterschiedlich
	• Anteil der vollständig gegen COVID-19 geimpften Bevölkerung
	  ○ 3 Länder mit den meisten Impfungen wie letzte Woche
	• Excess Mortalität Europa
	  ○ Portugal und UK zeigen hohe Excess Mortalität
	• Diskussion:
	  ○ [redacted]
	  ○ Länder, die hohe Excess-Mortalität gesehen haben, sprechen von sinkenden Todeszahlen, insgesamt leichter Abfall
		ZIG1 [redacted]
		
		ZIG1 [redacted]
		FG36 [redacted]

	○ In UK: VOC mit B1.1.7 + Mutation E484K bisher 55 Fälle im Cluster, zusätzlich noch eine weitere Variante in UK under investigation ○ Aus Dänemark auch Bericht zu neuer Variante mit E484K-Mutation (mind 50 Fälle, E484K-Variante) ○ Insgesamt wird die Problematik der Einschätzung der Eigenschaften der verschiedenen neuen Varianten in den nächsten Wochen zunehmen. ○ PK des brasilianischen Gesundheitsministeriums: 3-fach erhöhte Transmission der neuen Variante (aber keine weiteren Daten/Quellen dazu), Impfstoffe werden getestet - Verringerung der schweren Verläufe	
	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.320.093 (+9.860), davon 64.191 (+556) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 62/100.000 EW ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.940.423 (3%), mit 2 Impfungen 1.178.725 (1,4%) ○ DIVI-Intensivregister: 3.675 Fälle in Behandlung (-61) ○ aus intensivmed. Behandlung entlassen: +497, davon 25% verstorben ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Rückläufiger Trend in allen BL, TH weiterhin höchste Inzidenz, MV muss beobachtet werden ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK ▪ 143 LK < 50/100.000, Anstieg hier ▪ Mehrzahl der LK >50/100.000 ▪ Besonders stark betroffen Tirschenreuth und einzelne weitere LK ○ Sterbefallzahlen Deutschland ▪ Leichter Rückgang bzw. Plateau, trotzdem weiterhin Übersterblichkeit, leichter Verzug ○ Sterbefallzahlen nach BL ▪ Nun auch von Destatis abgebildet, sehr unterschiedlich nach BL, da Länder unterschiedlich stark betroffen ○ Diskussion ▪ Weiterhin interessant, dass die Kurven aller BL auf einen Inzidenzwert hinsteuern und nicht weiter runtergehen ▪ Analysen zu Unterschieden in Mortalität schon in Meldedatengruppe durch [redacted] weitere Analysen sollen bei nächstem Treffen vorgestellt werden, auch altersadjustierte Analysen und Analysen zu Bevölkerungsstruktur (wie viele Personen wohnen in Alten- und Pflegeheimen etc.) werden durchgeführt ▪ In Euromomo sieht man Untersterblichkeit bei 0-14-jährigen (Aufall der Grippewelle etc.) ▪ Artikel zu Auswirkungen von COVID-19 auf andere Infektionskrankheiten in EpidBull erschienen.	FG32 [redacted] FG37, AL3, FG32

2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Textanpassung zum Thema „Impfung“ ○ Aufgrund der voranschreitenden Impfungen wird die Risikobewertung angepasst und um Textabschnitte zum Thema ergänzt. ○ Einfluss der Impfungen auf Todesfälle und Fälle auf Intensiv erwartet ○ Hinweis auf Wirksamkeit der Impfstoffe für Varianten eingefügt ○ Textabschnitt zu Hinweisen auf Verringerung der Übertragbarkeit durch Impfung eingefügt, Daten dazu aus Israel vorhanden ○ Änderung der generellen Aussage zu Risiko der Bevölkerung in ca. 2 Wochen, wenn mehr Personen geimpft sind und mehr Klarheit über neue Varianten ○ Sprachregelung zur zurückgehenden 7-Tages-Inzidenz und dem Effekt der Impfungen? In Alters- und Pflegeheimen 60% erste Impfung, ansonsten 25% der Älteren erste Impfung. Derzeit noch zu früh, vorsichtig formulieren, weniger Ausbrüche in Altenheimen, kann nicht quantifiziert werden, v.a. durch insgesamt zurückgehende Fallzahlen. Erst klare Aussage, wenn durch Daten zu belegen.	FG33/alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht besprochen **Presse** • Am 20.02. erneut ein Townhall-Meeting mit [redacted] • Di, 16.02. Wartungsarbeiten in Redaktionsumgebung von 16:30 bis 20 Uhr und Dashboard zw. 16 und 18 Uhr, Disclaimer wird geschaltet **Weiteres** • [redacted]in Steuerungskreis Corona-Impfkommunikation: Kampagne mit RKI Unterstützung, um über AstraZeneca-Impfstoff zu informieren, um Empfindung der 2-Klassenimpfung entgegenzuwirken.	Presse [redacted] FG33 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Verschärfung der Maßnahmen angesichts der VOC-Verbreitung ○ [redacted]	FG38 [redacted] alle

	○ [redacted] ○ GÄ, Länder können zwar über die RKI-Empfehlungen hinausgehen, aber bei Klagen werden die RKI-Empfehlungen herangezogen ○ Wunsch der Länder nach 14 Tage Quarantäne, auch wenn kein Verdacht auf VOC: ▪ [redacted] ▪ Aber Std.-Empfehlungen zum Kontaktpersonenmanagement sollten nicht geändert werden ▪ Modellierung hat gezeigt, dass 10 Tage plus Testung mehr Fälle verhindern als 14 Tage ohne Testung, daher Empfehlung der Testung (mind. AG-Test) zusätzlich ▪ Daten aus Spandau zeigen, dass auch dort ungewöhnliche Dynamik (60 Fälle, auch Fälle unter MA, obwohl in Monaten zuvor keine Fälle aufgetreten sind), keine Daten für längere Übertragbarkeit ▪ Aktuell laufen mehrere Ausbruchs-untersuchungen, in denen Fragen zur Inkubationszeit etc. untersucht werden, insbesondere in Schulen ▪ Veränderung der Empfehlung: Keine Verkürzung der Quarantäne, Empfehlung, dass zusätzlich mind. AG-Test gemacht wird ▪ Veränderte Empfehlung soll BMG vorgelegt werden. ○ Änderung der Entlasskriterien auf 14 Tage? ▪ [redacted] ▪ In UK selbst 14 Tage aber ohne Testung, wurde nicht verändert ▪ Derzeitige Entlasskriterien: 10 Tage, plus 2 Tage Symptomfreiheit, plus Testung bei Verdacht auf VOC sind wahrscheinlich ausreichend (international oft 7 Tage ohne Kriterium der Gesundung) ▪ Die gesonderten Regeln für VOC und Wildtyp werden kritisiert gesehen, weil VOC-Status zu selten bekannt und sich VOC örtlich schon sehr weit ausgebreitet haben	

- Bei Änderung der infektiösen Dosis der Mutanten müssen ggf. bisherige Analysen nochmal neu bewertet werden und auch AG-Teste erfassen dann ggf. weniger symptomatische Personen
- [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- Abstand – bisher auf Tröpfchen bezogen, könnte mit der anderer infektiöser Dosis unterschiedlich sein
- 30 min – Faktor am ehesten relevant, da Effekt von infektiöser Dosis, aber auch hier aufgrund der Folgen in der Umsetzung, erst Entscheidung, wenn belastbare Daten vorhanden sind
- Aber wichtig: in Empfehlung sollte aufgenommen werden, dass KP1 großzügig definiert werden sollten

ToDo: Anpassung der Empfehlungen (FG36)

FG38 [redacted]

- EU: Umgang mit COVID-19 Genesenen hinsichtlich Testung bei Einreise (bis 90 Tage ggf. positives Erg.)
  - Erlass bis Montag 11 Uhr zu RKI-Haltung zum Verzicht auf PCR-Testung von Genesenen bis zu 90 Tage nach Erkrankung/Testung;
  - ZIG, Abt. 1, FG36, FG38 an Erlass beteiligt, vor Versand an [redacted]
  - Hintergrund: positive Virus-Nachweise von Genesenen längerfristig möglich, USA haben Regelung des Verzichts auf Testung zum 29.01. eingeführt. Keine Auswirkung auf Quarantäne. Nachweis per medizinischem Zertifikat
  - Reinfektionen mit VOC würden so nicht erfasst
  - Vorgeschlagen wird bei Genesenen eine PCR-Testung mit Quantifizierungsstandard (als unbedenklich gelten $<10^6$ Kopien, wie in Entlassmanagement)

FG37 [redacted]

- Quarantäne bei Genesenen
  - Genesene müssen 3 Monate nicht in Quarantäne, außer bei Kontakt mit vulnerablen Personen/Gruppen
  - Nachfragen bei Kontakt zu geimpften vulnerablen Personen, Vorgehen genauso?
  - Es sollte vor Ort bewertet werden, aber wahrscheinlich keine Abweichung, da in Alten- und Pflegeheimen i.d.R. nicht

	alle geimpft sind und noch Fragen zur Impfeffektivität bestehen ○ Möglichst wenige Abweichungen bei Geimpften und Genesenen **a) RKI-intern** • MPK Beschluss 10.02.2021 – Konsequenzen für RKI ○ Folgende Aufgaben für das RKI ergeben sich aus dem MPK-Beschluss: ▪ Selbsttestungen – Umsetzung im Meldewesen ▪ [redacted]	FG38 [redacted]
7	**Dokumente** • Erinnerung an Aktualisierung der Dokumente vor dem Hintergrund der angepassten Teststrategie ○ [redacted] hat Dokument an Krisenstab versendet ○ Diskussion verschoben auf Montag	FG36 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Daten zur Wirksamkeit: ○ Daten aus Israel zeigen, dass Biontech ähnlich gute Wirksamkeit hat wie in Zulassungsstudien ○ Daten zu Astra-Zeneca Impfstoff aus Südafrika: nur noch 10% Wirksamkeit bei B1.351-Variante, allerdings milde Erkrankung als Endpunkte ○ Daten zu Johnson & Johnson-Impfstoff, ebenfalls in Südafrika, mehr Power, auch schwere Erkrankung als Endpunkte - dort Wirksamkeit bei moderaten und milden Fällen niedriger, aber Wirksamkeit bei schweren Fällen erhalten, 85% Wirksamkeit bezüglich schwerer Erkrankungen • Anpassung der Vakzine an Varianten: ○ Alle Hersteller arbeiten an Anpassung der Vakzine, möglicherweise im Rahmen der Booster-Impfung Impfstoff mit neuen Varianten ○ GSK hat Kooperation mit Curevac – Multivarianten-Impfstoff, Launch 2022 • Analysen zu Impfdurchbrüchen: ○ FG33 schaut sich IfSG-Meldungen zu Impfdurchbrüchen systematisch an, bisher 9000 Fälle, mit einer Impfung und 4 Fälle mit Zweifach-Impfung, Zusatzfragebogen etabliert, in EpiLag vorgestellt, u.a. bei Impfdurchbrüchen auch Probe an ZBS zur Sequenzierung • Weitere Infos: ○ Ein gutes Korrelat für die Protektion fehlt, bisher NT genutzt ○ Übergang von Impfzentren zu Regelsystem, Problem der Erfassung der Impfung in Praxen, ggf. Schwerpunkt-Impfpraxen, die an DIM angeschlossen werden, oder Möglichkeit der Meldung über KV-System. Noch in Diskussion.	FG33 [redacted] FG36 [redacted]

	• Vorschlag in seroepidemiologischen Studien zwischen Impfung und Erkrankung zu unterscheiden
	  ○ Gelder zur Verlängerung der Studien erhalten
	  ○ Forschungsfragen müssen angepasst werden, Punkt wird aufgenommen	

9	**Labordiagnostik**
	• **FG 17**
	  ○ Insgesamt 579 Proben analysiert, davon
	  ▪ 42 Proben SARS-CoV-2-positiv (Positivanteil 7%, rückläufig)
	  ▪ 50 Proben Rhinovirus-positiv
	  ▪ 2 Proben positiv auf Parainfluenza
	  ▪ 11 Proben positiv für das Coronavirus NL63
	  ▪ Weiterhin kein Nachweis von Influenza
	  ○ Hinweise zur Testung werden geupdated, Testung aller positiven Proben auf Varianten wird aufgenommen
	  ○ Wie ist weiterer Nachweis der saisonalen Coronaviren zu erklären? Infos zur Übertragbarkeit? Unklar, keine weiteren Infos zu Übertragbarkeit von NL63 vorhanden. Möglicherweise keine effektive Immunantwort.
	• ZBS1
	  ○ Daten wurden am Montag schon vorgestellt
		FG17 [redacted]
		
		ZBS1 [redacted]

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	• Empfehlung zu MNS im ambulanten Setting
	  ○ Nachfrage von IBBS zur Vereinheitlichung: zusätzlich FFP2 erwähnen?
	  ○ Es sollte weiterhin auch im ambulanten Setting ein medizinischen MNS empfohlen werden, fachliche Evidenz hat sich nicht geändert, ECDC und WHO empfehlen medical masks, MNS ist leichter zu nutzen und wird eher als Einmalartikel begriffen
		FG14

12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	

14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**
	• [redacted]
	  ○
	  ○
	  ○
	  ○
		FG38 [redacted]

	[redacted]	
15	**Wichtige Termine** • s. Kommunikation	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 15.02.2021, 13:00 Uhr, [redacted]	

398 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-02-15.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*15.02.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - FG12/[redacted]
- Abt. 2
  - [redacted]
- Abt 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS 1
  - [redacted]
- ZIG 1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** • Top 10 Länder nach An **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.338.987 (+4.426), davon 65.076 (+116) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 59/100.000 EW ○ 45/100.000 EW bei 60-79 Jährigen, 89/100.000 EW bei 80+ Jährigen ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.736.109 (3,3%), mit 2 Impfungen 1.410.239 (1,7%) ○ 235/412 Kreise mit 7 Tages-Inzidenz >50/100.000 EW ○ 43/412 Kreise mit 7 Tages-Inzidenz >50/100.000 EW ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Ähnlicher Trend in den BL ▪ TH weiterhin höchste Inzidenz, RP niedrigster Trend ▪ Plateau oder weiterer Rückgang muss sich zeigen ▪ Wartungsfenster führte zu verzögerter Übermittlung ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK ▪ 167 LK < 50/100.000 ▪ Weiterhin Mehrzahl der LK >50/100.000 ▪ Besonders stark betroffen Tirschenreuth und einzelne weitere LK (Vorpommern-Greifswald, Burgenlandkreis, Schmalkalden-Meiningen) ○ Diskussion ▪ Frage nach Berichten über Contact Tracing mit nur wenig erfolgreicher Kontaktnachverfolgung, Folien hierzu sollen für Mittwoch zusammengestellt werden ▪ [redacted] ▪ ▪ ▪	[redacted] Leitung [redacted]

	[redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Digitale Einreiseanmeldung wird immer komplexer, seit 12.2. neue Updates online, Anmeldung Mitreisende ist weggefallen, da jede Person eine eigene Einreiseanmeldung benötigt • Fragen werden kommen z.B. Uploadfunktion Testergebnis, Umsetzung ist sehr komplex • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Datenspende-App wird erneuert und eine Version um Befragungsinhalte erweitert • DEMIS: Anpassungen in DEMIS für molekulare Surveillance werden vorgenommen • SORMAS-Pilotierung weiterhin in einem Gesundheitsamt, noch nicht alle notwendigen Daten können über die Schnittstelle von SORMAS an SurvNet übermittelt werden, SORMAS wird weiter angepasst. • Gemäß MPK-Beschluss sollen Schnittstellen zu SORMAS extralayer vom Bund zügig zur Verfügung gestellt werden. Hier muss das RKI eng eingebunden sein, damit keine parallele Berichterstattung entsteht.	[redacted] [redacted] [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Bundesweit <60/100.000 EW soll die Risikobewertung weiterhin sehr hoch bleiben? • Mit Blick auf VOC wird sehr hoch beibehalten, wichtig ist auch die ITS Belastung, mehr noch als die reinen Inzidenzwerte	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht besprochen **Presse** • Webmaster-Team dünn besetzt, was heute nicht unbedingt umgesetzt werden muss bitte auf morgen verschieben **Weiteres** •	Presse [redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Stufenplan wurde angepasst, Grenze auf 35/100.000 EW angepasst, wird zirkuliert • Frage nach Publikation: soll publiziert werden, wichtig ist schnell und deutschsprachig, später dann auch Englisch und international • Frage nach der Publikation wird noch einmal geklärt, ggf. im Epidemiologischen Bulletin • EpiBull ist allerdings ein feststehendes Dokument, wenn aber Aktualisierungen erfolgen sollen, dann eher auf der Webseite • Tendenz ist Publikation auf der Webseite **a) RKI-intern** •	[redacted] [redacted]
7	**Dokumente** • **Testkriterien symptomatische Patienten** (Folien hier) • Viele Änderungen, v.a. Fokussierung auf alle Personen mit Symptomen jeglicher Schwere unabhängig von Herbst-/Wintersaison • Diskussion um Vorgehen ohne Vorliegen einer Testung, Formulierung wie im Flussschema • Hinweis auf den zunehmenden Anteil von besorgniserregenden Varianten von SARS-CoV2 auch in Deutschland, die mit einem erhöhten Ansteckungspotenzial einhergehen • Wording in Bezug auf vulnerable Gruppen anpassen • **SARS-CoV-2 Testkriterien für Schulen** (Folien hier) • Fokussierung auf alle SuS mit Symptomen jeglicher Schwere unabhängig von Herbst-/Wintersaison • Löschung von Passage zur Aufrechterhaltung des Schulbetriebs • Ergänzung von Passagen zu schweren Verläufen: „Allerdings werden auch für das Kindesalter länger anhaltende Krankheitssymptome beschrieben und der Anteil der Spätfolgen ist bisher noch nicht bekannt." • Aufnahme von Passage zu Varianten: „Aufgrund des zunehmenden Anteils von besorgniserregenden Varianten von SARS-CoV2 auch in Deutschland, die mit einem erhöhten Ansteckungspotenzial einhergehen, ist auch mit einem erhöhten Übertragungsrisiko in Schulen zu rechnen." • Unter Ziele Aufnahme von Präsens- und Wechselunterricht • Inzidenzwerte >25/100.000 sollen gestrichen werden • Wording angepasst • Es muss klar herauskommen, dass symptomatische und kranke Kinder strikt zu Hause bleiben sollen • Long-Covid bei Kindern soll auch in Bundespressekonferenz angesprochen werden • Auch etwas zum Testen aufnehmen? Es gibt kein Dokument auf das hier verwiesen werden könnte, ggf. in der Einleitung auf die Diagnostik • Strategieergänzung soll so lange noch bleiben bis klar ist wie verlinkt werden kann	FG36 [redacted] [redacted] [redacted]

	• AHA+L müsste noch um zu Hause bleiben ergänzt werden, ist aber sicher nicht ohne weiteres umsetzbar • **Kontaktpersonen-Nachverfolgung** (Folien hier) • Änderungen: „Unter 3. Definition und Management von Kontaktpersonen: Ergänzung allgemeiner Hinweise zur Einteilung der Kontaktpersonen in Kategorie 1 oder 2; unter 3.1.2. Punkt 2: Ergänzung und Aktualisierung der Hinweise zur Anordnung von Quarantäne bei Kontaktpersonen der Kategorie 1; unter 3.1.2 Punkt 4: Hinweis zum gesundheitlichen Selbstmonitoring der Kontaktperson der Kategorie 1 bei Nachweis einer Infektion des Quellfalls mit einer besorgniserregenden SARS-CoV-2 Variante“ • bei Einteilung in K1 oder K2, immer wenn unsicher dann in K1 • 14 Tägige Quarantänezeit soll nicht verkürzt werden, • Am 14 Tag sollte vor Entlassung aus Quarantäne ein AG-Schnelltest oder PCR-Nachweis durchgeführt werden • Änderungen bei Quarantäne im Fall Streichung von Satz zu pausieren von Tätigkeit von Personal bei Kontakt mit Risikogruppen, Diskussion um eine Ergänzung um privates Umfeld • Formulierung wird jetzt Tätigkeit und privat belassen • Frage nach Update in verschiedenen Dokumenten und allgemeine Anmerkung zu Virusvarianten bspw. zur Krankheitsschwere, es soll ein Vorschlag erarbeitet werden • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Es wird bei Entlassung aus Isolation ohnehin mit PCR-Nachweis bestätigt, eigentlich damit alles erfüllt, jede Änderung müsste wirklich gut begründet werden • Antwort sollte ihm darlegen, dass er im Rahmen von Ausbrüchen bestimmte Dinge nach eigenem Ermessen regeln kann aber dies nicht zur Anpassung der Isolationszeiten bei älteren Personen führt	[redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** Update aus dem AGI Sentinel, KW 5-6:	FG17 [redacted]

	• Insgesamt 228 Proben analysiert: • Positivenquoten: SARS-CoV-2: 5.9% (fallend) Rhinoviren: 9.0 % Saisonales HCoV 2% • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] • [redacted] • [redacted] • Britische und südafrikanische Variante angezüchtet, brasilianische wird noch angezüchtet	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Therapiehinweise werden ergänzt, ansonsten keine weiteren Punkte	[redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	[redacted]
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) • ARE gehen deutlich zurück im Vergleich zu sonstigen Jahren, ARE-Inzidenz in Altersgruppe 0-5 Jahre war im Vorjahr rund 17-mal höher • geschätzte ARE in KW 5: 0-5 Jahre: 52.000 ARE (1.100/100.000), davon 0% mit Arztbesuch; 6-10 Jahre: 22.000 ARE (600/100.000), davon 0% mit Arztbesuch; 11-14 Jahre: 24.000 ARE (800/100.000), davon 0% mit Arztbesuch • Insgesamt wurden in SurvNet 1.060 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (>= 2 Fälle) angelegt • 792 (75%) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 15 Jahren, 41% (1.975/4.864) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt • 268 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter • 65 neue Kita-Ausbrüche gemeldet • in den letzten Wochen rund 50 Ausbrüche pro Woche (KW 6 wegen Meldeverzug ausgenommen) • In KW 5/6 gab es 9 Ausbrüche mit >= 10 Fällen • Mediane Ausbruchsgröße in KW 5/6: 4 Fälle	[redacted]

	• Wirkung der Schulschließungen zeigt sich bei Schulausbrüchen, deutlicher Rückgang • Insgesamt wurden in SurvNet 1.337 Ausbrüche in Schulen angelegt (>= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen) • 1.237 (93%) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 21 Jahren, 22% (6-10J.), 25% (11-14J.), 30% (15-20J.), 23% (21+) • 100 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter • 60 neue Ausbrüche; größtenteils Nachmeldung • in KW 3 ein größeres Geschehen in einem Internat mit 44 Fällen (41 Fälle <21 Jahre)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** •	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.02.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

400 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-02-17.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*17.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.350.399 (+7.556), davon 66.164 (+560) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 57/100.000 Einw. ▪ Ähnliches Niveau wie in Vorwoche, kein deutlicher Rückgang der Fallzahlen. o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.894.028 (3,5%), mit 2 Impfungen 1.525.943 (1,8%) o DIVI-Intensivregister: 3.352 Fälle in Behandlung (-87) o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Plateaubildung, in einigen BL Rückgang. ▪ Leichter Anstieg in Thüringen, Situation in Thüringen wird im Anschluss an Krisenstabsitzung geklärt. o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Ca. 180 LK mit Inzidenz < 50. ▪ Östliche LK und LK an der Grenze zu Tschechien und Österreich stärker betroffen. o Importierte Fälle aus Nachbarländern ▪ Hinweis: Unterschiedliche Skalierung der Achse ▪ Während 2. Welle viele Fälle aus Frankreich, Polen, Tschechien und weiteren Nachbarländern. ▪ Seit Jahresbeginn im Meldewesen keine nennens-werten Einträge aus den Nachbarländern dokumentiert. ▪ [redacted] ▪ Länder mit mehr als 25 Importfälle in letzten 2 Wochen: Polen und Rumänien. o Anteil epidemiologisch bestätigter Fälle ▪ Information kann in verschiedenen Variablen erfasst werden (Anteil Information vorhanden). ▪ ca. 40% Kontakt zu bestätigtem Fall ▪ ca. 20% Zugehörigkeit zu Ausbruch ▪ ca. 20% wahrscheinliches Infektionsumfeld ▪ ca. 50% Fall bekannt durch ▪ „Mutmaßlich angesteckt durch“ wird nicht mehr erfasst. ▪ < 5% manuelle Epi-Bestätigung o Angabe zum epidemiologischen Kontext ▪ In ca. 50% der Fälle Angaben zum Infektionsumfeld. Anteil hat sich über gesamten Verlauf kaum verändert. ▪ Bei wie vielen von diesen hat Kontakt tatsächlich stattgefunden? Noch nicht analysiert. ▪ Analyse soll noch verfeinert werden. • **Testkapazität und Testungen (mittwochs)**	FG32 [redacted]

	Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ Anzahl PCR Testungen ging leicht zurück, in KW 6 lag die Positivenquote bei 6,5%. ▪ Anzahl der übermittelnden Labore blieb in letzten Wochen vergleichbar. o Auslastung der Kapazitäten ▪ Testkapazitäten nach wie vor hoch, zurzeit Nutzung der Hälfte der vorhandenen PCR-Kapazität. o AG-POCT in Einrichtungen ▪ Anzahl teilnehmender Einrichtungen hat sich etwas erhöht, zurzeit knapp 200 Einrichtungen beteiligt. ▪ Von 58.718 AG-POCT waren 450 positiv. ▪ 98% (442) davon gingen in die PCR. Davon waren nur 116 in der PCR auch positiv. ▪ Dass nur 116 von 442 Antigentests bestätigt wurden, sollte in Bulletin Artikel eingebaut werden. Bestätigung wurde bei fast allen veranlasst. o VOC in der Testzahlerfassung ▪ Alle Untersuchungen auf Varianten sind zusammengefasst. ▪ Von KW 2-6 ist die Zahl der meldenden Labore und der gemeldeten Tests auf Hinweis auf VOC deutlich angestiegen. ▪ In KW 6: ca. 7.000 Tests mit Hinweis auf VOC, Anteil der Varianten hat sich deutlich erhöht auf ca. 20% (keine Zufallsstichprobe!). ▪ Bei den Varianten überwiegt B.1.1.7 bei weitem. o Zweiwöchentliche Erhebung zu VOC - Karte ▪ Convenience sample/ad hoc Erhebung: Anzahl der Proben mit Hinweis auf Varianten nach PLZ: am höchsten in Nähe zu Tschechien ▪ Knapp die Hälfte aller detektierten Proben konnten nachgetestet werden.	Abt.3 [redacted]
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) o Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Deutlicher Rückgang von Proben und Positivenrate. ▪ Gilt für alle BL, nur in Thüringen noch Positivenrate >10%. ▪ Obwohl weniger getestet wurde, geht Positivenanteil in allen Altersgruppen deutlich zurück, auch bei Älteren. Bei Kindern geht er dagegen kaum zurück. o Abnahmeort ▪ Es wird weniger getestet. Testungen in Arztpraxen nehmen ab, weniger Testungen in KH letzte Woche, weniger Testungen auch in anderen Teststellen. o VOC (Daten aus 8 Laboren) ▪ Nicht alle Proben wurden auf die Deletion getestet. Anstieg des Anteils von positiven Proben mit Hinweis auf B.1.1.7. o VOC nach BL ▪ In manchen BL noch keine Daten dazu.	FG37 [redacted]

- In Bayern und Niedersachsen hoher Anteil positiver PCR mit Zusatznachweis delH69/V70.
- Bisher nur Daten aus 8 Laboren und nicht aus allen BL, soll noch nicht nach außen gegeben werden.
- In Thüringen Anstieg der Inzidenz, Anteil Varianten jedoch <10%. Fällt in dieser Hinsicht nicht besonders auf.

- Ausbrüche Altenheimen
  - Deutlicher Rückgang der Ausbrüche, in KW 6 weniger als 50 neue Ausbrüche gemeldet.
- Ausbrüche KH
  - In KH werden wieder etwas mehr Ausbrüche gemeldet, kaum ein Rückgang in KH.

- Selbst wenn alle Personen in Altenheimen geimpft wurden, sollen diese weiterhin routinemäßig getestet werden. Testung soll nicht gestoppt werden. Wird so von FG37 kommuniziert: keine Änderungen beim Testen!

- 0-4 Jährige: viele Ausbrüche in Kitas mit neuer Variante. Positivenanteil bei 0-4 Jährigen sinkt nicht weiter. Kinder und Jugendliche sollten zunehmend im Auge behalten werden. Es wäre sinnvoll, für die neuen Varianten eine Grafik nach Alter Grafik zu erstellen. -> Schaut sich FG37 an

- Wie korreliert Zunahme der Varianten mit Zunahme der Fallzahlen? Ist Zunahme der Varianten mit Zunahme der Inzidenz verknüpft?
  - RKI erhält Daten direkt von Laboren.
  - Außerdem vom Surveillance-System im Rahmen der molekularen Surveillance, dies läuft jetzt erst an.
  - Auch im Meldewesen sind zwischenzeitlich Angaben möglich. Liegen in allen BL in Promillebereich.
  - In allen BL ansteigender Trend. Noch sind keine Trends darstellbar und mit Sequenzdaten verknüpfbar. Wird in nächsten Tagen zunehmend vollständiger im Meldesystem abrufbar sein.
  - Nur die Hälfte der PCR positiven Befunde wurden nachgetestet.
  - Es sollen so schnell wie möglich neue Ergebnisse über diesen Zusammenhang im Krisenstab gesammelt werden.
  - 2 verschiedene Epidemien: allgemeiner Rückgang, gleichzeitig Anstieg der neuen Varianten
  - Sollte nicht als 2 Epidemien bezeichnet werden. Wird bei Subtypen bei anderen Epidemien (z.B. Influenza) auch nicht gemacht. Es ist normal, dass bei Atemwegserregern neue Subtypen auftreten, ist weiterhin das gleiche pandemische Geschehen.
  - Könnte als 2 Ausbrüche betrachtet werden. Eine Unterscheidung sollte stattfinden.
  - Sprachregelung 2 Epidemien wäre relevanter, wenn Anteil stabiler geschätzt werden könnte und Entwicklung in letzten Wochen nachvollzogen werden kann.

	ToDo: räumlich adjustierte Auswertung der regelmäßigen Ad-hoc-Erhebungen des Vorkommens von VOCs, FF [redacted] *, Aufgabe vom LZ (ID 2862)* ○ Sinnvoll wäre es, lokale Inzidenzen mit Zunahme von Varianten zu korrelieren. ▪ Im Moment fehlen noch Daten, ist geplant. ○ Gibt es Werte für die Variante B.1.351? Gibt es Informationen zur Variante B.1.525? ▪ [redacted] Berichtsentwurf zugeschickt. ○ Es wäre sinnvoll Varianten in Fallzahlen (Anteil der Varianten in %-Angaben) auszuweisen. Soll nicht in ganzer Komplexität in Lagebericht aufgenommen werden, hierzu Verweis auf Bericht zu Virusvarianten. *ToDo: Wichtigste Angabe in Lagebericht aufnehmen.*	[redacted]
	• **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ ARE-Rate liegt deutlich unter Vorjahren, aktuell ist jedoch ein Anstieg zu sehen, muss gut beobachtet werden. ▪ Sprung von 5. auf 6. KW vor allem bei 0-4 Jährigen. ○ ARE-Konsultationen ▪ Dieser Anstieg ist bei Arztbesuchen nicht zu sehen, weiterhin auf sehr niedrigem Niveau. ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Schwere Krankheitsverläufe gehen zurück, liegen bei Kindern deutlich unter Werten der Vorjahre. ▪ Auch bei 15-34 Jährigen deutlich unter Vorjahres-niveau. ▪ Weiterer Rückgang bei allen schweren Fällen, inklusive der noch liegenden Patienten. ▪ Bei Fällen mit max. Verweildauer von 7 Tagen ist der Rückgang bei >80 Jährigen etwas verzögert.	FG36 [redacted]
	• **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ○ Aktuell 3.260 Patienten auf ITS, in fast allen BL geht Belegung kontinuierlich zurück. ○ Anzahl der Neuaufnahmen (inkl. Verlegungen) und Anzahl der Verstorbenen nimmt ab. ○ Anteil der COVID-19 Patienten an Gesamtzahl der Intensivbetten ▪ Nur noch in einem BL (BE) >20%, in 6 BL >15%. ○ Belastungslage auf Intensivstationen ▪ Lage stabilisiert sich weiter. ▪ Personalmangel verbessert sich weiter, Raummangel bleibt bestehen. ▪ Freie Behandlungskapazitäten steigen tendenziell wieder an. ▪ Verfügbarkeit von High-Care noch verbesserungs-würdig. ○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten	MF4 [redacted]

	▪ Trend zeigt nach unten, auch im Norden zeigt die Prognose jetzt nach unten. ○ Diese Woche wird das Stufenkonzept veröffentlicht. Die Auslastung in den Intensivstationen ist als Indikator genannt. ▪ Kann die Karte zum Anteil an der Gesamtzahl der Intensivbetten auf der Webseite zur Verfügung gestellt werden? Karte ist auf Seite des Intensiv-registers bereits zugänglich. ▪ Anteil der hospitalisierten >60 Jährigen wurde auch als Indikator genannt. Wo könnte dieser verfügbar gemacht werden? -> Daten vorbereiten ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] [redacted] ○ Wäre es sinnvoll den Anteil von VOC im Intensivregister zu erfassen? ▪ Muss immer im Vergleich zu nicht schweren Erkrankungen betrachtet werden. ▪ Der Schwerpunkt sollte auf der fallbasierten Erhebung mit Meldedaten liegen. Dies lässt sich besser auswerten. ▪ Eine Erfassung über DIVI Register sollte nicht erzwungen werden. -> Prüfen, wie aufwändig eine Erfassung der VOC wäre.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Impfbereitschaft in der Bevölkerung und beim Gesundheits-personal liegt bei ca. 75%. • Akzeptanz von Impfstoffen ist bei AstraZeneca am geringsten, am höchsten bei Biontech.	BZgA [redacted]

	• Auf Facebook wurden Inhalte gepostet zu: wie berechnet sich Wirksamkeit von Impfstoffen, Infos zu AstraZeneca Impfstoff, wie meldet man Nebenwirkungen.
	• Weitere Themen für soziale Medien werden vorbereitet.
	• Wurde Kommunikation zu nicht pharmakologischen Maßnahmen (NPI) angegangen?
	  ○ Kontakt zu öffentlich-rechtlichen Medien wurde aufgenommen, Kommunikation zu Masken von BZgA in Angriff genommen.
	  ○ Schnell- und Selbsttests werden in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert (Game changer?).
	  ○ BZgA entwickelt FAQ dazu, wie kann die Bevölkerung gut informiert werden.
	  ○ AHA-Regeln + L + krank zuhause bleiben, sollten immer als Paket kommuniziert werden.
	  ○ Game Changer ist Impfangebot für alle Impfwilligen. Es wäre für die Bevölkerung hilfreich zu wissen, wann welche Altersgruppe mit einem Impfangebot rechnen kann.
	  ▪ Es ist schwierig, diese Info verlässlich aus den BL zu erhalten.
	  ○ Antigentests werden häufig missverstanden. NPI sollten als Gesamtpaket dargestellt werden, damit sich Bevölkerung nicht in falscher Sicherheit wiegt.
	  ○ Es muss klar kommuniziert werden, dass Selbsttests nicht für Kontaktpersonen zur Verkürzung der Quarantäne gedacht sind.
	Presse
	• Epidemiologie im Schulsetting soll diese Woche im EpidBull veröffentlicht werden.
	• Weiterhin geringe Besetzung beim Internet Team, Belastung durch Emails hat deutlich zugenommen.
		Presse
		[redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	• Modellierungsstudie (mittwochs)
	  ○ Nicht besprochen
	
	b) RKI-intern
	• Viele Signale von Kitas über Ausbrüche, auch große Ausbrüche; die Gruppen der Kinder könnten zukünftig eine größere Bedeutung bei der Übertragung spielen. Konzepte zur Offenhaltung/Wiederöffnung Kitas und Schulen werden eine besondere Rolle spielen.
	ToDo: Sprechzettel für BPK zu Signalen aus Kita/Schule vorbereiten, FF [redacted]
	
	• Ideen für bessere Bezeichnung von „Nicht pharmakologischen Interventionen“ (NPI) gesucht, Begriff ist schwer verständlich.
	  ○ Public Health Maßnahmen nicht geeignet, da dies auch Impfungen miteinschließt.
		Alle
		
		[redacted]
		
		[redacted]

	○ Bei ständiger Nennung aller Maßnahmen wird der Text relativ lang.	
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance (Folien hier) ○ Stagnation der Entwicklung, Anzahl Proben seit Wochen auf konstantem Niveau, ca. 150 Proben/Woche. ○ In 6. Woche leichter Rückgang trotz Rekrutierung neuer Praxen erkennbar, bedingt durch Rückgang der Aktivität in Arztpraxen. ○ In KW 6: 147 Einsendungen, davon 11 pos. Nachweise von SARS-CoV-2 (7,5%). ○ Positivenanteil von Rhinoviren liegt konstant um 10%. ○ Nachweise von saisonalen Coronaviren, hauptsächlich bei Kindern, bei einem Patienten Koinfektion mit Sars-CoV-2 und saisonalem Coronavirus. ○ Auch bei RESPVIR saisonale Coronaaktivität in letzten Jahren sichtbar. ○ Bei ca. 10% der positiven SARS-CoV-2 Proben Nachweis von VOC, zumeist UK-Variante.	FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • [redacted] • Urin Proteom Test hat mittlerweile CE Zertifizierung, kann angewendet werden. • Ist Rekonvaleszenzplasma noch Thema? Die Hoffnung wird eher auf Antikörper gesetzt, diese werden spürbar häufiger angefragt.	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
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: Freitag, 19.02.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

402 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-02-19.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*19.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL2
  - Thomas Ziese
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZIG2
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International (nur freitags)
	• Trendanalyse international (Folien hier): weltweiter Rückgang der Fallzahlen (-12,5%)
	  ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage
	  ▪ Top 5 wie letzte Woche, Änderungen im unteren Bereich: Spanien, Türkei, Deutschland nun nicht mehr dabei, neu hinzugekommen sind Indonesien, Mexiko und Tschechien, letzteres mit der weitaus höchsten Inzidenz und stärksten Veränderungen (R>1)
	  ▪ Abnahme der Fallzahlen in den meisten Ländern bis auf Brasilien, in Italien, Indien geringe Abnahme
	  ▪ Sehr hohe Fallsterblichkeit in Mexiko (8,8%)
	  ○ 7-Tage-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einwohner Karte
	  ▪ Tschechien deutlich zu sehen, auch Anstieg in manch anderen Ländern sichtbar, z.B. Schweden, Finnland
	  ○ WHO epidemiological update 16.02.2021
	  ▪ Rückgang in allen Regionen, sowohl Neufallmeldungen als auch Todesfälle
	  ▪ Übersicht Virusvarianten VOC, weitere Länder melden Nachweise, UK VOC B.1.1.7 in 94 (+8), Südafrika B.1.351 in 46 (+2), Brasilien P.1 in 21 (+6)
	  ○ Nachbarländer Deutschland (Quelle nationale Daten, WHO-Medien, Stand 17.02.2021)
	  ▪ Zunehmender Anteil VOC
	  ▪ Daten aufgrund unterschiedliche Testmethoden und teilweise sehr geringer Datenlage vorsichtig zu interpretieren
	  ▪ B.1.1.7 in vielen Ländern über 30%
	  ▪ Frankreich Grand-Est relativ viel VOC B.1.351 (18%)
	• Erster „human challenge trial“ gestern von“ GB angekündigt
	  ○ Es werden 90 freiwillige 90 junge Erwachsene gesucht
	  ○ Diese sollen dem Virus der ersten Welle (geringeres Risiko für junge Erwachsene) ausgesetzt werden
	  ○ Ziel: Studieren der Immunantwort, Ermittlung der geeigneten Virusdosis
	• Neues RRA WHO/FAO/OIE: Spillover Risiko von SARS-CoV-2 von Pelztierfarmen auf Menschen
	  ○ Sehr gutes RRA, nach Regionen aufgeteilt
	  ○ Risiko in Europa aufgrund der höchsten Dichte an Pelztierfarmen am höchsten, gefolgt von Asien und Amerika
	• [redacted]
	National
	• Fallzahlen, Inzidenzen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
		ZIG1 [redacted]
		FG32 [redacted]

- SurvNet übermittelt: 2.369.719 (+9.113), davon 67.206 (2,8%) Todesfälle (+508), 7-Tage-Inzidenz 57/100.000 Einw.
- Fälle IST 3.177 (Rückgang)
- Geimpfte N1 3.085.114 (+88.829), N2 1.634.786 (+50.299)
- Keine großen Veränderungen, weder positiv noch negativ
- 7-Tage-Inzidenz BL
  - [redacted]
  - [redacted]
  - Anstieg durch VOC kann nicht ausgeschlossen werden
  - In allen BL Plateau, die meisten liegen über der politisch erwünschten Inzidenz von 50/100.000
- 7-Tage-Inzidenz geografisch: vor allem hoch an bayrischer Grenze zu Tschechien, TH, SL, am höchsten in Kreisen Tirschenreuth, Wunsiedel im Fichtelgebirge, Hof, etc.
- Todesfälle letzte 14 Tage, neue Karte (ähnlich ECDC)
  - Färbung= Todesfälle/100.000 Einwohner
  - Zahlen auf Kreisen= absolute Werte
  - Aktivität am stärksten von wo die meisten Todesfälle und höchste Zahl pro Einwohner übermittelt wird
  - Kreise im südöstlichen Deutschland mehr betroffen
  - Gesondert für >70 und >80-jährige: generell ähnliches Muster, mehr Todesfälle/100.000 in Ostdeutschland
- Mortalitätssurveillance Stand 15.02.2021
  - Wird nun immer montags publiziert
  - Rückgang Anzahl von Todesfällen auch hier deutlich
  - Leichter Rückgang der Übersterblichkeit

- Diskussion
  - Fallsterblichkeit: Ist anhand der Daten absehbar, worauf sich diese einpendelt? Kann die Dunkelziffer abgeschätzt werden?
    - Fallverstorbenen-anteil insgesamt 2,8%, nach Altersgruppen sehr verschieden, bei älteren bis zu 30%, bei jüngeren nur sehr geringer Anteil
    - Von welcher Fallsterblichkeit gehen wir bei 60-70-jährigen aus? Wurde noch nicht mit Meldedaten abgeglichen, ist aber geplant
  - Virusvarianten VOC
    - Meldedaten können nicht mit VOC verknüpft werden, ggf. ist sichtbar, welche Labore welchen Anteil an VOC geliefert haben?
    - [redacted]
    - Durch Wetter mehr Aufenthalt in schlecht gelüfteten Räumen?

	▪ Höhere Übertragbarkeit der VOC ist ein Faktor, aber nicht alleinig entscheidend ▪ In ARS gibt es keinen Hinweis auf viele VOC ▪ Übertragbarkeit ist was Inzidenzen angeht nur ein Parameter, wir sehen aber durch höhere Übertragbarkeit, dennoch sehen wir größere Ausbrüche auch im Kitabereich z.B., macht nachdenklich, wird sich erst sekundär in Inzidenzen zeigen ○ Lebenserwartung in USA aufgrund der Pandemie um 1 Jahr zurückgegangen ○ UK hat durch Lockdown Rückgang bewirken können, was wurde dort genau gemacht ▪ UK hat stärkeren Lockdown mit größerer Mobilitäts-beschränkung im Vergleich zu Deutschland um den Jahreswechsel als Zahlen in UK noch steigend waren ▪ ZIG1 bitte genauer eruieren *ToDo: ZIG1 bitte mehr Informationen zu Lockdown-Maßnahmen in UK präsentieren*	
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **Vorstellen von zwei systematic reviews aus dem Herbst 2020** **Classification schemes of high risk areas** (slides hier) • This report was already shared within RKI for comments • Question: How did different countries decide on (high) risk area classification and which policies resulted from this? • Results ○ Search showed only one peer-reviewed publications from Mongolia, web scraping delivered 43 policy documents ○ Most from Europe (29), Americas (7), Asia (5), Oceania (2), Africa (1) ○ 44 countries included: 6 had domestic, 38 international classification schemes	ZIGL [redacted] ZIG2 [redacted]

	○ 38 countries with international classification most used count per 100,000 inhabitants, cut-off ranging from 20-50, use of different primary and secondary criteria ○ Resulting policies 2020 ▪ Restrictions on internal movement: first in Bolivia; no restriction in African countries Jan-Feb; Mar-Aug 50% of countries applied restrictions ▪ International travel control policies: first in Bolivia, Hong Kong, Taiwan; 50% of countries Mar-May; Oceania continued border closure until Dec 2020 **Effect of travel restrictions on COVID-19** (slides hier) • Question: effects of travel policies in COVID-19 pandemic • Results ○ 69 peer-reviewed publications analysed ○ 3 policies evaluated ▪ Border closure: may reduce spread across countries if implemented early, but may adversely affect epidemic size, less effective than community measures ▪ Quarantine: can reduce number of cases, but less effective than lockdown and if not followed by testing ▪ Travelers screening: least effective, unlikely to detect large number of cases, can be increased with sensitive screening ○ Travel policies adopted by 31 countries in all regions in 2020 (see slide 6) • Discussion ○ More details on the comparison are available in the report (e.g. on specific measures and combination of border closure with other measures) ○ Main message of report: travel restriction policies are much more effective if combined with other Non-pharmaceutical interventions (NPI) ○ Are there differences in effectiveness depending on the continent? Not enough studies to tease this out ○ Können unterschiedliche regionale Verläufe teilweise durch verschiedene „border closure regimes“ erklärt werden? Verfügbare Evidenz hierzu ist nicht schlüssig, keine klare Aussage möglich ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Schließung von Grenzen bei Pandemien kann Zeit gewinnen, wie viel Zeit kann gewonnen werden? Ist aktuell nicht ableitbar, stärkste Studie ist Lancet Studie letztes Jahr zu travel restrictions bei COVID-19: stärkste Determinante für Auswirkung von Grenzschließungen ist der Zeitpunkt derselben, je eher sie umgesetzt wird, desto stärker die Auswirkung (je früher desto mehr Zeit gewonnen)	ZIG2 [redacted]

	○ In Lancet Studie ging es um Wochen (nicht Tage bzw. Monate), zum Studienzeitpunkt gab es noch keine VOC ○ Bei 20% VOC in Deutschland scheint Versuch, Import von B.1.1.7 aus Tschechien zu unterbinden, begrenzt sinnvoll ○ Aussage zur Strenge der Auswirkung ist aktuell nicht möglich (z.B. bezüglich Ausnahmen für Pendler)	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Änderungsbedarf	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Informationspaket für niedergelassene Ärzte zu Impfungen in Vorbereitung, soll vor Impfung in Arztpraxen fertig sein **Presse** • Am Mittwoch angekündigter Artikel zu AG Tests noch in Abstimmung, erscheint voraussichtlich nächsten Montag **BMG Erlass heute Morgen** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	BZgA [redacted] Presse [redacted] FG36 [redacted]/ alle Präs

	Lagebericht Fieberkurve
	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	• Aus Chat:
	  ○ Kann es an positiven AG-Tests ohne Bestätigung durch PCR liegen? d.h. Fälle sind da aber werden nicht gemeldet?
	  ○ Wenn es an AG Tests liegen würde hätten wir eine dramatische Untererfassung. Das geben die Zahlen im DIVI-Register aber nicht her), aber aus Lagebericht raus
		Alle

6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Hinweis ControlCOVID-19-Strategie und Stufenplankonzept** • Seit gestern Abend online unter Strategien und Krisenpläne **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	

7	**Dokumente**
	Dokument zu Definition „Reinfektion“ (Dokument hier)
	• Hintergrund
	  ○ Komplexes Thema, international keine Falldefinitionen verfügbar (WHO, ECDC)
	  ○ Aus BL vielfach Frage, wie damit umzugehen ist bzgl. Erfassung (auch in SurvNet) und Definition
	  ○ Nutzung dessen, was international beschrieben ist sowie eines Arbeitsentwurfs der WHO
	• Vorstellen des FG36/32/Labor Entwurfs der Entwicklung von Definitionen
	  ○ Einteilung in verschiedene Abstufungen für Wahrscheinlichkeit einer vorliegenden Reinfektion: sicher, wahrscheinlich, möglich
	  ○ Lediglich sichere Reinfektion klar definierbar, wahrscheinliche bleibt Fall-zu-Fall-Entscheidung, feste Kriterien sind schwierig
	  ○ Definition überwundene Erkrankung: schwierig, da einige langwierige Verläufe/Symptome, Limitation auf akut respiratorische Erkrankung
	• Diskussion
	• Verbesserungsvorschläge des Krisenstabs wurden teilweise sofort eingearbeitet
	• Neuer Schwellenwert der quantitativen PCR benötigt einen Hinweis (Kommentierung der Begründung), da die Nutzung verschiedener Werte kommunikativ schwierig ist (z.B. wird bei Entlasskriterien andere Grenze genutzt)
		FG36 [redacted]
		alle

	• Bei potentiellen Reinfektionen, die innerhalb von weniger als 3 Monaten auftreten ist unsicher, ob es neue Infektionen sind, sie sollen dennoch als Fälle erfasst werden, um Nacheinschätzung anschließend zu ermöglichen
	• Anzüchtung ist schwierig, nicht jede Probe die anzüchtbar sein sollte ist anzüchtbar, gerade bei Reinfektionen spiel ggf. Antikörperstatus eine Rolle
	• Definition ist für GA, diese sollen damit Fälle einordnen können, wichtig ist, dass Fälle verknüpft werden können: Diagnosedatum Labor ist bereits enthalten, Zweitdiagnose Datum hinzuzufügen
	• Sichere Reinfektionen wird extrem selten sein, da Genomsequenzierung bei beiden Infektionen unwahrscheinlich ist
	• Aus epidemiologischer Sicht (Zielsetzung= Definition für Surveillance) ist die Rede von wahrscheinlicher Reinfektion akzeptabel (nicht virologisch), epidemiologische Einstufung muss für GA handhabbar sein
	• Weitere Analysen können unternommen werden, Surveillance kann Hypothesen generieren die bestätigt werden sollten
	• Antikörpernachweise wurden diskutiert und nicht aufgenommen
	• Spezialfall bei Immunsupprimierten
	  ○ Unterscheidung zwischen Virusevolution, Neuinfektion, Dauerausscheidung
	  ○ Immunsupprimierte sollten regelmäßig kontrolliert werden, sollten hier außen vorgelassen werden, da sie individuelle Betrachtung benötigen
	  ○ Es können nicht alle Konstellationen differenziert in der Surveillance abgebildet werden
	  ○ ZBS1: haben eine immunsupprimierte Person, die monatelang positiv war und die ggf. mehrfach sequenziert wurde, könnte erneut detailliert angeschaut werden
	  ○ Immunsuppression wird als Risikofaktor erfasst
	• Entwurf geht in weitere Abstimmung, AGI etc.	

8	**Update Impfung (nur freitags)**
	Aktuell 3 Themen im Fokus
	• Impfung Astra Zeneca Vakzine
	  ○ 800.000 Dosen verfügbar
	  ○ Medien berichten vermehrt Nebenwirkungen (NW), dies ist nicht ganz überraschend, NW-Profil ist bekannt
	  ○ Es werden mehr jüngere Erwachsene geimpft, diese sind häufig reaktogener als ältere Menschen
	  ○ [redacted]
	  ○
	  ○
	• Neue Evidenz
	  ○ Publikation aus Israel: 85%Inzidenzreduktion nach 1. Dose
	  ○ Daten zeigen, dass bei Geimpften nur gelegentlich noch Infektionen vorkommen
	  ○ Deutliche Reduzierung der Dauer des Sheddings (1 Woche)
		FG33
		[redacted]

- Viruslast signifikant niedriger
- Geimpfte ähnlich gut geschützt vor Reinfektion wie nach durchgemachter Erkrankung
- [redacted]

- Anpassung Impfstrategie
  - Überlegung zur Impfung von Gruppen, die nicht STIKO-Empfehlung entsprechen
  - Massenimpfung ab Mitte des 2. Quartals, ca. 70 Mio. Impfdosen vorgesehen
  - Ggf. früheres Erreichens des Herdeneffektes
  - [redacted]
  - [redacted]

- Diskussion
  - Gibt es Hinweise, dass Impfung höhere Immunität bewirkt als natürlich Infektion?
    - In Zulassungsstudien werden in Kontrollgruppen oft Seren von Rekonvaleszenten benutzt
    - Bei mRNA Impfstoffen ist die Effektivität höher bei Infektion, bei Astra Zeneca ähnlich (ist dies richtig?)
    - In Studien keine Aufteilung in milde/schwere Fälle
    - Korrelat für Schutz ist noch nicht optimal etabliert, höhere neutralisierende Ak sind mit Schutz gleichzusetzen
  - Wenn niedergelassene ÄrztInnen impfen, sind zeitnahe Infos über das Schicksal der Impflinge unwahrscheinlich, wird das Monitoring dann eingestellt? Wie soll dann vorgegangen werden?
    - Digitales Impfmonitoring (DIM) wird gerade mit viel Geld und Arbeit etabliert, das System ist eventuell nicht weiterbetreibbar, wenn Impfungen dezentralisiert werden
    - Diskussionen laufen auf Hochtouren, in wie fern KV System genutzt werden kann, um Minimaldatensatz von KV an DIM zu übermitteln
    - Dies ist eine große Herausforderung, es handelt sich um sehr neue Impfstoffe, ein enges Monitoring ist essenziell
    - Je mehr Datenquellen und Zeitverzüge desto schwieriger
    - [redacted]

	○ Gibt es neue Infos zu VOC und Shedding? ▪ Paper aus Israel zu Astra Zeneca Impfstoff: beinhaltet UK-VOC, sieht eher eingeschränkt aus, Paper wird geteilt, dies ist wichtig für Quarantäneerwägung für Geimpfte ▪ Studie aus USA: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2102017?query=featured_home	
9	**Labordiagnostik** **FG17** • 581 Proben, 43 SARS-CoV-2 positiv, 56 humane Rhinoviren, 13 saisonales Coronavirus (NL63), Proben aus unterschiedlichen Gegenden (kein lokaler Ausbruch), 1 Probe Parainfluenza **ZBS1** • 457 Einsendungen für SARS-CoV-2-Testung, 143 positive, 31,3%, 300 studienproben für diverse Studien, Unterstützung von Ausbruchsuntersuchungen	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Antikoagulationsbehandlung** • Gibt es Empfehlungen zur Anwendung von niedermolekularem Heparin im stationären oder ambulanten Bereich? • Nein, es ist eine Risiko-Nutzen-Abwägung, es sind keine guten Daten für den ambulanten Bereich verfügbar, bei Beratungs-anfragen werden Einzelfallentscheidungen getroffen • Nutzung von Heparin eher bei älteren und Patienten mit Risikofaktoren, z.B. bei Monitoring hinsichtl. Niereninsuffizienz • Expertenbeiratssitzung: für Patienten mit Risikofaktoren für thromboembolische Entwicklung ist Entscheidung fallbasiert, es gibt keine Empfehlung/Stellungnahme durch Fachgesellschaft • Leitlinie wird aktuell überarbeitet, ggf. gibt es hierzu Äußerungen, IBBS behält dies im Auge	VPräs/IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** **Pakt für den ÖGD** • Es sind Mittel für IGV Flughäfen und Häfen vorgesehen • [redacted]	FG38

	• Entscheidungen im März 2021 **Weitere Themen** • [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Füllung der LZ-Position leider sehr unzuverlässig, viele MA sagen kurzfristig Schichten ab (Gründe werden nicht immer angegeben) • RKI ist nicht aufgestellt, um jahrelang ein LZ zu führen • Bitte an andere Abteilungen zu kommunizieren, dass Einträge verbindlich sind, Verlässlichkeit ist ganz wichtig • Insbesondere in FG, die sich auch fachlich mit COVID-19 auseinandersetzen bestehen aktuell Personen-Engpässe • Krisentätigkeit ist prioritär • AL3 hat gestern erneut Bitte an alle AL geschickt, mehr MA aus ihren Abteilungen im LZ mitarbeiten zu lassen, es werden nun auch mehr Leute angesprochen, die bereits geschult wurden • Wir müssen überlegen wie wir wieder auf normalen Betrieb zurückgelangen, alle sind erschöpft durch allgemeine Fatigue aber auch LZ-Aktivität, die Kräfte sind langsam erschöpft • Eingehende Anfragen können jedoch in anderer Struktur nicht geleistet werden, es ist massiv mehr Unterstützung notwendig • Wie kann dies längerfristig aufrechterhalten werden?	FG38

	• Spezifischere Rückmeldung wäre gut, denn aktuell erhalten motivierte MA Appelle genau wie jene, die sich nicht aktiv einbringen • Abt. 3 bemüht sich, spezifischer zu sein	
15	**Wichtige Termine** • [redacted] morgen Townhall Meeting zu Impfungen	alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 22.02.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	

404 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-02-22.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*22.02.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - [redacted]
- Abt 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG 12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS 1
  - [redacted]
- ZIG 1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.390.928 (+4.369), davon 67.903(+62) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 61/100.000 EW ○ 46/100.000 EW in der Altersgruppe (AG) 60-79 Jahre, 77/100.000 EW in der AG > 80J ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 3.312.351 (4,0%), mit 2 Impfungen 1.756.478 (2,1%) ○ 235/412 Kreise (+3) mit 7-Tage-Inzidenz >50/100.000 EW ○ 49/412 Kreise mit 7-Tage-Inzidenz >100/100.000 EW ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Einige BL bleiben stabil, andere zeigen eher einen Anstieg der Inzidenz ▪ In TH ist der Anstieg weniger steil als befürchtet, pendelt sich auf hohem Niveau ein ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK ▪ Ähnlich wie in der Vorwoche, nur 70 LK <50/100.000, Mehrzahl der LK >50/100.000 oder auch deutlich höher ▪ Im Osten (BY, TH, SN, SA) und weniger auch im Norden (Flensburg) LK mit sehr hoher 7-Tage-Inzidenz ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldedatum ▪ In der AG >80 J Abnahme ▪ In den AG 5-14 und 15-34J leichter Anstieg ▪ Inhomogenes Bild in der Auswertung nach Bundesländern: In BY Abnahme in der AG >80J, in anderen BL in dieser Gruppe die höchste Inzidenz ▪ In BB, BE, BW insgesamt Tendenz zum Plateau, in der AG >80J eher Abnahme ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ In NW Anstieg in den AG 5-14, 15-34 und 35-39J ▪ Im SL Abnahme entgegen der Erwartung (Grenze zu FR), ▪ In SN geringe Zunahme in den AG 15-35 und 35-39J, Abnahme in der AG >80J ▪ In SH Anstieg in der AG > 80J ○ Differenz der 7-Tage-Inzidenz in den letzten 7 Tagen im Vergleich zu den 7 Tagen davor (Folie hier) ▪ SH und SL haben sich im Vergleich verbessert ▪ BY, TH, SN und NS zeigen einen Anstieg	[redacted] [redacted]

	▪ Weitere Entwicklung muss insbesondere in BY und TH beobachtet werden ○ Aufbereitung der Zahlen zur Verbreitung besorgniserregenden Varianten (VOC) ist in Arbeit, werden am Mittwoch vorgestellt [redacted] ○ Diskussion ▪ Insgesamt sind die unterschiedlichen Trends und Verläufe schwer zu interpretieren ▪ Kein klares Bild zu erkennen, eher unruhig in den jüngeren AG, Verbreitung von VOC und Beteiligung am unruhigen Bild können noch nicht beurteilt werden ▪ Frage: BY testet von allen BL am meisten/100.000EW, beeinflusst das die Zahlen? (Differenz der 7-Tage-Inz.) ▪ AW: Eher nicht, das Testaufkommen wurde in den letzten 14 Tagen ja nicht erhöht ▪ Positivanteil in Bayern (aus ARS-Daten) ist geringer als im Bundesdurchschnitt und Deutschlandweit am niedrigsten (etwa 5%), das spricht dafür, dass Bayern viel testet ▪ [redacted] ▪ Auch in Altersheimen hat das häufigere Testen nicht (in der Breite) zu einer Verhinderung von Ausbrüchen geführt, dies zeigt, dass auch vermehrtes Testen trotz gewisser Erfolge nicht bestimmte Bereiche infektionsfrei halten kann ▪ Deutschlandübersicht (Dashboard) zeigt über Deutschland verteilt kein gleichmäßiges Geschehen, es gibt viele Einflussfaktoren	[redacted] Alle

- [redacted]
- In AG >80J zeigen sich Erfolge in der 7-Tage-Inzidenz, ein essentieller Indikator ist in den anderen Altersgruppen die Positivrate. Liegt sie beispielsweise bei 10%, wird zu wenig getestet
- Es ist zu beachten, dass die Positivrate bei gleichbleibenden Testzahlen eine hohe Aussagekraft zum Infektionsgeschehen hat. Davon ist der Ansatz zu unterscheiden, an der Rate abzulesen, wieviel getestet wurde bzw. werden soll
- Wichtig wäre, genau zu wissen, wer im Alter <70J sich derzeit infiziert
- Toolbox ist ausgeschöpft, Maßnahmen müssten schärfer zugeschnitten werden auf genauer beschriebene Zielgruppen
- [redacted]
- Es könnte diskutiert werden, ob eine CWA-basierte Umfrage bei bestimmten Personen zu Risikofaktoren genutzt werden kann
- Welche Empfehlungen können in der aktuellen Situation noch ausgesprochen werden (außer bei Symptomatik zu Hause zu bleiben)?

	▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ Besser gegensteuern: großzügigere Definition von KP I, Durchsetzung der bestehenden Regeln verschärfen, dafür sorgen, dass Geimpfte nicht zu unvorsichtig werden ▪ Empowerment des Einzelnen müsste gestärkt werden, um Fälle früher zu identifizieren und Konsequenzen schneller veranlassen zu können, wie kann dies der Bevölkerung vermittelt werden? ▪ Vorschlag: Breite Kommunikationskampagne zu den Übertragungswegen (auch asymptomatisch) da immer noch wenig Information dazu bekannt ist, verbinden mit der Erklärung, dass davon z.B. die Öffnung von Geschäften abhängt ▪ Effekte von Informationskampagnen sind endlich ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ Die Bedeutung der zielgruppengerechten Sprache bzw. Ansprache soll dabei betont werden (z.B. durch Influencer, prominente Persönlichkeiten etc.) *ToDo: Pressestelle übernimmt auf der Grundlage der heutigen Diskussion die Federführung [redacted] Ein Bericht, der (von [redacted] federführend verfasst) bereits vorliegt und als Email versendet wurde, kann herangezogen werden, Abt. 3 soll einbezogen werden*	[redacted] [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • **CWA** ○ Evaluation steht im Fokus ▪ [redacted] ▪ [redacted]	[redacted]

- Zur erfolgreichen Kontaktpersonennachverfolgung der GÄ (als Benchmark) steht wenig belastbares Material zur Verfügung
- Austausch bezgl. SORMAS erfolgt über [redacted]
- Eine Ereignis-getriggerte Befragung aller Personen, die eine rote Warnung erhalten haben, ist angestrebt: ein Link in der CWA führt zu den Voxco-Dokumenten und zur Befragung
- Bisher wurden alle diesbezüglichen Prüfungen bestanden
- Diese Anwendung würde über die Evaluation hinaus einen etablierten Weg ermöglichen, eine große Personenzahl anzusprechen, inwiefern eine Nutzung über Evaluation und Kurzbefragung hinaus möglich ist, bleibt zu eruieren
- Falls ja, wird dies Interesse bei verschiedenen Stakeholdern und Playern wecken

- **DEA**
  - Nach wie vor sehr hohe Workload
    - Hohes Anfragenaufkommen von Pendlern und Transportunternehmen, da auch Pendler und Durchfahrende ohne Wohnsitz eine DEA ausfüllen müssen
    - [redacted]
    - Upload von Testergebnisse soll bis Ostern ermöglicht werden, hierfür ist kein internat. Standard verfügbar
    - Sehr knapper Zeitplan für Bundesdruckerei und RKI (bspw. ist nicht geklärt, ob PDF oder JPG verwendet werden soll)
- **DEA**
  - Frage zur Erwähnung der Datenspende-App im Lagebericht: Kann von [redacted] beantwortet werden
- **DEMIS**
  - Derzeit melden 347 Labore über DEMIS
  - Es wird geprüft, ob die Daten über IMS nutzbar zu machen sind
  - Integration der Datenflüsse in Beziehung zu SORMAS wird untersucht

[redacted]

	○ Im SORMAS- Team ist ein „Lessons learned"-Workshop zur Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung terminiert	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted] [redacted]	FG 36
5	**Kommunikation** **BZgA** • Keine Themen (s. auch Diskussion unter „Aktuelle Lage") **Presse** • Artikel zu Schnelltests ist heute (22.02.2021) im EpiBull online gestellt worden	Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • S. bitte Diskussion unter „Aktuelle Lage" **a) RKI-intern** • **Nicht besprochen**	
7	**Dokumente** • **Nicht besprochen**	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • **Nicht besprochen**	
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** • Update aus dem AGI Sentinel, KW 6-7 ○ Insgesamt 276 Proben analysiert ○ Positivenquote: SARS-CoV-2 7% Rhinoviren 10% Saisonales HCoV NL63 2% ○ Kein Influenzanachweis • Sequenzierung (auch einiger AGI Proben) ○ In 45 Proben wurde 8x B.1.1.7 identifiziert ○ In einer Probe wurde B.1.525 identifiziert (in DK als VOC bezeichnet) ○ Seit Januar in D 16-17 Identifizierungen (in 5662 proben) von B.1.525 (etwa 0,28%) ○ Keine Aussagen zur geografischen Verteilung bisher ○ Zunahme wird weiter beobachtet • **ZBS 1** ○ Insgesamt 629 Einsendungen, davon 194 SARS-CoV-2 positiv (30, 8%) ○ Alle werden gescreent auf 501Y	FG17 [redacted] [redacted]

	○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: Dienstag in AG Diagnostik skizzieren, welche Informationen hier eventuell extrahiert werden könnten* ○ AW: Information ist nur bei einem Teil der Proben vorhanden ○ Frage: Ist bei B.1.525 die Mutation 484K vorhanden? ○ Ja, sorgt für verlängerte Reaktion mit AK ○ In DK stieg der Anteil von 0,1 auf 2%, wurde deshalb zu VOC erklärt ○ Sollte diese VOC in die Ad hoc- Analysen einbezogen werden? ○ Nach Mutation 484K wurde bereits gesucht (nicht nach B.1.535), viele der Proben wurden zur Sequenzierung weitergereicht, Anteil von B.1.525 sehr gering ○ Sollte jedoch bei PCR Interpretation im Blick bleiben, damit Mutation keine falschen VOC zugewiesen werden ○ Frage: Lage wird komplizierter, es gibt 4 Datenquellen, ist es sinnvoll, diesen klare Bezeichnungen zuzuordnen? ○ Frage: Ist im Bericht eine Grafik sinnvoll, die Darstellt, nach welchem Algorithmus die Annäherung an VOC erfolgt? ○ AW: Algorithmus ist eventuell besser in den Hinweisen zur Testung unterzubringen (auch, um die GÄ mitzunehmen) ○ Die jetzt gezielte Suche nach VOC wird zeitnah abgelöst werden durch das regelmäßige Screening im Rahmen der IMS ○ Neubenennung der Datenquellen wird positiv gesehen, Vorschläge sollten von außen kommen *ToDo: Vorschläge für die Neubenennung der Datenquellen zu VOC sind erwünscht*	ZBS 1 [redacted] Alle
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • **Entlassmanagement aus der Isolierung** ○ Eine neue Veröffentlichung zeigt bei 7 Studienteilnehmern die mit B.1.1.7 infiziert waren, eine Verlängerung der Ausscheidungsdauer auf 13,3 Tage im Vergleich zu 8,2 Tagen bei Infektion mit dem Wildtyp. Welche Schlüsse sollen daraus gezogen werden? ○ Isolierungszeit liegt derzeit bei 10 Tagen ○ Frage: Welche Klinik/Verlaufsschwere lag den Studienfällen zugrunde? Für Risikogruppen (nach schwerem Verlauf, vor Verlegung in vulnerable Einrichtungen mit vulnerablen Gruppen) ist bereits ein Test vor Entisolierung empfohlen	[redacted]

	○ Es wir in der Veröffentlichung angenommen, dass die höhere Infektiosität von der verlängerten Ausscheidung verursacht wird (Laut [redacted] zeigt B.1.1.7 im Tierversuch ansonsten kein anderes Verhalten, als der Wildtyp). Deshalb geht es hier grundsätzlich um alle Verläufe ○ Frage an IBBS: Sind sogar 14 Tage möglicherweise zu kurz? ○ AW: Bisher gab es keine Hinweise hierzu, STAKOB-Gesamtkonferenz am 22.02.2021 soll für eine gezielte Abfrage diesbezüglich genutzt werden ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Könnte eine Angleichung von Isolierung und Quarantäne auf 14 Tage sinnvoll sein? ○ Hinweis: VOC können zwar neue Reaktionen erfordern, Änderungen sollten nicht zu engmaschig erfolgen ○ Es wird angeregt, Kontakt mit [redacted] aufzunehmen mit der Frage, ob mit den Studiendaten eine Modellierung möglich ist *ToDo: IBBS erarbeitet nach STAKOB- Beratung und unter Beteiligung von [redacted] AG Diagnostik federführend einen Vorschlag zu modifizierten Empfehlungen bzgl. der Isolierungsdauer* *Deadline: möglichst Mi 24.02, spätestens Fr. 26.02.* → Aufgaben [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	IBBS [redacted] [redacted] [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • **Nicht besprochen**	
12	**Surveillance** • **Corona-KiTa-Studie** (Folien hier) ○ GrippeWeb: ▪ Anstieg 5. auf 6. KW von ARE in der der AG 0-5J ▪ Wird beobachtet, noch nicht beurteilbar ○ Covid-19: Inzidenz und Anteil nach Altersgruppen ▪ Zahlen stagnieren, kleiner Anstieg in den höheren Altersgruppen, eventuell relativer Anstieg, da andere AG sinken ○ Ausbrüche ▪ 43 neue Ausbrüche wurden gemeldet	[redacted]

	▪ Median der Fallzahl /Ausbruch steigt von 4 auf 6 Fälle ▪ Ob dies durch B.1.1.7 verursacht ist, wird derzeit in 4 KiTas untersucht • **Meldepflicht für Sequenzierungsergebnisse** ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Dies betrifft auch das RKI: Die Weitergabe der personenbezogenen Daten bei Charakterisierungen ist ein bekanntes praktisches Problem, das transparent gemacht und datenschutzkonform gelöst werden muss ○ Voraussetzung für den Datenfluss zw. den Laboren ist ein geeigneter Identifier, der von diesen auch gewünscht wird ○ Über DEMIS/Identifier könnte eine Meldung durch das primär diagnost. Labor an das GA erfolgen, die Umsetzung dieser Lösung würde 3-4- Wochen dauern ○ Typisierungs-ID ist ungeeignet, da sie erst nach der Typisierung vergeben wird ○ System sollte insgesamt nicht zu sehr verändert werden ○ Sequenzierung wird als direkter Erregernachweis an Bedeutung gewinnen [redacted]	[redacted] [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** • GMK 23.02.2021 [redacted] ○ Themen voraussichtlich: besorgniserregende Varianten, VOC	

	○ Hinweis [redacted] Darstellung der auch gegen VOC nützlichen Maßnahmen und der Bedeutung ihrer konsequenten Beachtung in der letzten PK war sehr gut ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Ab Ende des zweiten Quartals 2021 kann die Priorisierung wahrscheinlich aufgehoben werden, weil ausreichend Impfstoff vorhanden ist	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 24.02.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

Sitzungsende: 14: 54

406 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-02-24.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*24.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda, [redacted]

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZIG2
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.402.818 (+8.007), davon 68.740 (+422) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 59/100.000 Einw. ▪ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Anzahl der Todesfälle geringfügig abnehmend, hier mögliche Korrelation zu derzeit sinkender Inzidenz bei der Altersgruppe (AG) der über 80-Jährigen ▪ Graue Balken in Grafik über 3 Vorwochen: Nachmeldungen für diesen Zeitraum möglich bis wahrscheinlich ▪ Höhepunkt Sterbefallzahlen: KW51/52 2020 ○ 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach AG und MW: derzeit ca. 130; niedrigste 7-Tage-Inzidenzen derzeit bei AG der 65-79-Jährigen, höchste bei AG der 90+Jährigen, aber auch bei den 20-24-Jährigen hoch ○ **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Positivquote geringfügig abgesunken, derzeit bei ca. 6.1 % ▪ Nach wie vor nur in etwa die Hälfte der PCR-Test-kapazität ausgenutzt ▪ Insgesamt ca. 60 % weniger Testungen im Vgl. zum Zeitraum vor Weihnachten ▪ PCR-Tests geringfügig zugenommen, über 1 Mio. pro Woche ▪ Positivquote und Anzahl der Testungen scheint sich zu stabilisieren ▪ Eindruck jedoch weiterhin, dass zu wenig mittels PCR getestet wird ▪ Ärzte könnten wieder niedrigschwelliger testen	FG32 [redacted] Abt. 3 [redacted]

- Auslastung der Kapazitäten
  - Kapazitäten vorhanden, diese könnten ggf. für Pflegepersonal genutzt werden
- Probenrückstau
  - Probenrückstau (44 Labore, 6.820 Rückstauproben) und Lieferengpässe (13 Labore, Pipettenspitzen) derzeit eher unproblematisch
- AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ
  - Zahlen insgesamt etwas gestiegen, Kernaussage unverändert: nur geringe Positivquote bei POC-Tests, größter Anteil (ca. 92 %) der Antigen-POC Tests werden PCR zugeleitet, von den Antigen-positiven Tests sind nur ca. 29 % in der PCR positiv, entspricht dem Bild der vergangenen Wochen und den Erwartungen
  - [redacted]
- Aufschlüsselung nach Besucher, Bewohner und Personal:
  - Anteil der in der PCR bestätigten positiven AG-Tests variiert, bei Besuchern am geringsten, bei Bewohnern und Personal etwas höher
  - Geringe Bestätigungsquote in PCR (bei Bewohnern und Personal erfolgt Rückmeldung zuverlässig, bei Besuchern vermutlich nicht)
  - Cave bei Interpretation aufgrund geringem Stichprobenumfang, ermöglicht aber prospektive Abschätzung der Situation

FG37 [redacted]

Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier)

- Anzahl Testungen und Positivenanteile
  - Wie in Vorwoche leichter Rückgang des Positiven-anteils, derzeit ca. 5 %
  - Für jedes Bundesland: Thüringen: derzeit bei über 20 % Positivenanteil, muss weiter beobachtet werden
  - Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: AG der über 80-Jährigen werden zunehmend weniger getestet
  - Positivenanteil nach AG und KW: AG der über 80-Jährigen stellt nicht mehr die Gruppe mit dem höchsten Positivenanteil dar, hier nun die AG der 5-14-Jährigen führend; Positivenanteil jedoch insgesamt in allen AG abnehmend
  - Abnahmeort in KW: Trend der Vorwochen setzt sich fort: am wenigsten getestet in Arztpraxen, derzeit hier ca. 1/3 der Testungen wie zu Höchstzeiten vor KW52, kongruent zu o.g. Zahlen; in Krankenhaus Testrate stabil; in anderen Einrichtungen nur geringfügiger Rückgang der Testrate
  - Appell an Arztpraxen zu vermehrtem Testen sinnvoll
- VOC:

	▪ Übersicht (Daten aus 11 Laboren): deutlicher Anstieg des Positivenanteils hinsichtlich der delH69/V70 B auf ca. 17.5 % ▪ VOC (Daten aus 11 Laboren) für einzelne BL: heterogenes Bild, Bayern ca. 14 % del.-positive Proben, NRW ca. 20 %, andere Länder wenig betroffen ▪ [redacted] ▪ Aufschlüsselung nach AG: klarer Anstieg der B.1.1.7 auf nahezu 24 %; am wenigsten in AG der über 80-Jährigen (scheinbar bislang erfolgreiche Abschirmung); vor allem die 0-4 Jährigen betroffen, aber cave bei Interpretation aufgrund geringer Probenzahl ▪ Nach Abnahmeort: in Arztpraxen höchster B.1.1.7-Anteil o Ausbrüche Altenheime: Anzahl in Vorwoche wieder angestiegen o Ausbrüche Krankenhäuser: noch keine Entlastung, nach wie vor recht viele Ausbrüche zu verzeichnen o Diskussion: ▪ Stets zu bedenken, dass VOC ca. 50-70 % höhere Übertragbarkeit besitzt ▪ Arztpraxen müssen aufgefordert werden, wieder mehr zu testen, da sonst die Erkennungsmöglichkeit erheblich eingeschränkt ▪ Wurde bereits bei der KBV und dem Hausärzteverbund sowie bei der AG Testen / BMG angesprochen ▪ Ursache: vermutlich symptombasiertes Testverfahren in Arztpraxen, in anderen Einrichtungen vorwiegend Routinescreening ▪ Ggf. auch Betriebsärzte hierzu ansprechen, um die jüngeren, mobilen AG besser abzudecken ▪ Appell an Bevölkerung, auch bei leichten Symptomen den Arzt aufzusuchen und Test durchführen zu lassen, sollte kommunikatorisch aufgegriffen werden ▪ Änderung der Teststrategie hinsichtlich Arztpraxen vermutlich eher weniger zielführend o **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb ▪ Anstieg der Vorvorwoche setzt sich scheinbar nicht fort ▪ ARE-Raten derzeit extrem niedrig, unter Sommer-Niveau o ARE-Konsultationen ▪ Geringfügig abfallender Trend der letzten Wochen fortgesetzt ▪ In letzter KW ca. 374.000 ARE-Arztbesuche	FG36 [redacted]

	▪ Regionale Unterschiede: Brandenburg/Berlin: AG der 0-4-, 5-14- und 15-34-Jährigen Trend steigend; BaWü: Inzidenz der AG der 15-34-Jährigen sinkt nicht so stark wie in anderen AG → diese AG ggf. übertragungsrelevant und zu beobachten o ICOSARI-KH-Surveillance ▪ SARI in AG > 60 Jahren sinkt; bei AG der 35-59-Jährigen etwas ansteigend ▪ Ähnlich SARI im Jahresvergleich: 15-34-Jährige stärker von Grippe betroffen, aber auch in der AG bis 59 Jahre zunehmend; bei älteren AG Trend eher abnehmend ▪ Max. Liegedauer 7d: AG der 35-59-Jährigen eher zunehmende Anzahl Covid-19-Fälle, auch bei AG 15-34-Jährigen leichter Anstieg, hier hinsichtlich des Vorhandenseins neuer Varianten zu überprüfen, beunruhigende Entwicklung o Diskussion ▪ Wellenbegriff – Definition des Beginns einer neuen Welle (Sprachregelung bis Freitag erforderlich): o Gemessen an der Inzidenz: noch keine Zunahme aber auch keine weitere Abnahme, obwohl Maßnahmen noch nicht gelockert wurden bzw. sich Lockerungen noch nicht in Zahlen niederschlagen können o Indikatorbericht: entsprechende Situation bislang nur in einzelnen LK vorhanden o Effekte abhängig von Alter zu betrachten: AG 0-4 Jahre: KiTa-Situation; 80+Jährige: Impfung; AG drunter: derzeit sehr compliant; AG 20-50 Jahre: mobil und im Fokus → altersstratifizierte Betrachtung nötig o Geographische Verteilung, Pendler in Grenzregionen sollten besonders adressiert werden o Wording 3. Welle suggeriert Handlungsunfähigkeit („nicht zu verhindern“), ist jedoch abhängig von Maßnahmen und Compliance o **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) o 2.971 COVID-19-Patienten ITS (24.02.2021) o In fast allen Bundesländern COVID-19-Belegung auf ITS kontinuierlich rückläufig o Anzahl der Neuaufnahmen (inkl. Verlegungen) und der Verstorbenen ebenfalls rückläufig o Leicht behandelte Gruppe deutlicher abnehmend als intensiver behandelte Gruppe (längere Liegedauer) o Anteil der Covid-19-Patient*innen an der Gesamtzahl der Intensivbetten: Rückgang in den meisten BL, in 4 BL liegt Anteil von Covid-19-Patient*innen an Intensivbetten über 15 % (~ jedes 6.Bett) o Belastungslage auf Intensivstationen ▪ Weitere Stabilisierung	MF4 [redacted]

	▪ Situation des Personalmangel verbessert sich ▪ Raummangel bleibt bestehen ▪ Freie Behandlungskapazitäten steigen tendenziell wieder an ○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten ▪ Trend setzt sich nach unten fort ○ Regional ▪ [redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** **SARS-Cov2 re-infection risk** (Slides here), Assessment of SARS-COV-2 re-infection risk in Austria (Document here) ○ Case reports/series ▪ 199 previously recovered COVID-19 cases testing positive (PCR) with SARS-COV-2: 3 – 91 years, > 75 co-morbidities ▪ 16 & 60 asymptomatic at 1st and 2nd "episode" ▪ Duration between "episodes": 1 – 32 weeks ▪ Follow-up testing in 7 studies ▪ Transmission onward reported in 3 case reports, 4 identified positive contacts ▪ Only 17 cases confirmed as reinfections through whole genome sequencing (possibly 1 more based on genetic mutations) ○ Almost no study reports on growth or level of virus ○ Symptoms at repositive are common ○ Using RKI in-working definition ▪ Remaining 51 non-confirmed, 1 probable, 39 possible ○ Observational Studies ▪ Predominantly from China ▪ Total: 168.874 positive from 33 studies, 1041 re-positive (0.6%), + 44 from one study with no denominator ▪ Genome sequencing performed in only 1 study, full-length viral genomes could not be obtained ▪ Age of re-positive: 2 months – 90 years ▪ Duration between two "episodes": 1 – 33 weeks ▪ Symptoms at re-positive: at least 56 % when reported ▪ 2 studies included follow-up testing, no onward transmission identified ○ Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies ▪ Top rates studies: 11/14 criteria ○ Zhou: 6.25 % repositive, 5 weeks between episodes ○ Wong: 19.81 % repositive, 3 – 5 weeks between episodes ○ Chen: 44/NA, 2 weeks post-discharge ▪ Studies ≥ 12 weeks follow-up (Pilz: 30 ± 4 weeks, Hanrath: 24 weeks, Lumley: 22.8 – 33 weeks) ▪ Studies with repositive >20 %: 21.4 – 50.0	ZIG2 [redacted]

- Reviews: 8 (1 preprint)
  - Three descriptive and five with metanalysis
  - Largest include 82 publications, 1350 re-positive cases, 2.6 % required ICU
- Quality Assessment of Systematic Reviews and Meta-Analyses
  - Pooled recurrence rate from top two rated studies (11 and 9/11 criteria) between 14.6 % and 17.7 %
  - Median interval onset to recurrence: 21 to 50 d
  - Time discharge to recurrence: 13.4 d
- Main Observations
  - Confirmed re-infections rare (17 known cases, maybe 19)
  - Difficult to ascertain first infection (testing error/lack of samples)
  - Genome sequencing rarely performed
  - Re-positive SARS-COV-2 test among previously recovered cases is a commonly-reported phenomenon during first few weeks (some of these cases follow exposure, severe illness at "re-positive" reported, includes deaths)
  - Limited evidence on re-positive contact tracing and onward transmission
- Diskussion:
- Aspekt der Reinfektion im ÖGD hochrelevant, Verfahrensweise nötig
- Letzte Woche Falldefinition diskutiert und vorgestellt, ist abgestimmt und kann entsprechend umgesetzt werden
- Working definition of RKI colleagues (please refer to extra slides):
  - Confirmed reinfection: Genome sequence of virus from previous SARS-CoV-2 infection is known **AND** genome sequence of the virus of the current SARS-CoV-2 infection is known **AND** genome sequences of viruses from previous and current SARS-CoV-2 infection do **not** match
  - Probable reinfection (*prerequisite: no genome sequencing result available or known for at least one of the two confirmed SARS-CoV-2 infections*): Person overcame acute respiratory illness after confirmed SARS-CoV-2 infection or had asymptomatic SARS-CoV-2 infection **AND tested negative** by PCR at least once after prior SARS-CoV-2 infection **or** the last positive PCR detection of the preceding infection was more than 3 months ago **AND** SARS-CoV-2 genome copy number in the context of current PCR detection ≥105/ml **or** virus can be grown
  - Possible reinfection (*precondition: neither A nor B applies*): person has overcome acute respiratory illness after confirmed SARS-CoV-2 infection or had asymptomatic SARS-CoV-2 infection **AND tested negative** by PCR at least once after prior SARS-CoV-2 infection **or** the last positive PCR detection of the preceding infection was more than 3 months ago **AND** individual tested positive for SARS-CoV-2 by PCR (but: SARS-CoV-2 genome copy number in current PCR detection <105/ml or not known and virus cultivation is not possible (sample not available or cultivation negative)

	○ Three-month-cutoff used at RKI, similar numbers from ECDC, in Austrian study evaluated last week four months were used, so far not less than 3 months used	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ○ Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** **Aktualisierung Risikobewertung** (Dokument hier) ○ Anpassung an aktuelle Situation und größere Bedeutung der VOCs beigemessen ○ Überblick über zentrale Anpassungen: ▪ Zeitloser formuliert, Höhepunkt 2. Welle Ende Dezember ▪ Nicht nur Fallzahlenrückgang sondern auch der schwerer Erkrankter, Ziel der Anstrengung: Nachhaltigkeit des Fallzahlrückgangs ▪ Brasilianische VOC P1 nicht nur „nachgewiesen“, sondern regional unterschiedlich mit deutlichen Anteilen nebst WT zirkulierend, höhere Übertragbarkeit und potentiell schwerer Krankheitsverläufe können zu Fallzahlzunahme und Verschlechterung der Situation führen ▪ Einzelne Indikatoren: Übertragbarkeit weiter nach vorne gestellt ▪ Bei Ressourcenbelastung: „angespannt“ statt „sehr angespannt“ ○ [redacted] *To Do1: Bitte um Zirkulation und Durchsicht bis Donnerstagabend zwecks Besprechung und Finalisierung am Freitag,* [redacted] *schickt link zu dem zu bearbeitenden Dokument an den Krisenstab* *To Do2: Frage an Krisenstab (vorletzte Seite): Verweis auf Stufenplan unter „Weitere Informationsmöglichkeiten“ sinnvoll?*	FG36 [redacted]
5	**Kommunikation** **BZgA** ○ Keine aktuellen Anliegen **Überarbeitung der Covid-Seite** (Dokument hier) ○ Zwecks übersichtlicherer Gestaltung mögliche Auslagerung von Kernthemen auf spezifische Unterseiten ○ Beispiel Infektionsschutzmaßnahmen: verschiedene Empfehlungen für Schulen vorhanden – S3, seitens RKI und MPK-Beschlüsse → könnte auf eine Unterseite „Empfehlungen für Schulen“ ausgelagert werden; ebenso „Hygienemaßnahmen bei Covid-19“	BZgA [redacted] Presse [redacted]

	○ Wichtiger Einwand: Vermischung fachlicher und politischer Empfehlungen ungünstig, aber Nutzerfreundlichkeit ist zu begrüßen ○ Weitere Optionen/Vorschläge zu bedenken: Einteilung nach Zielgruppe/Nutzer, Beurteilung durch Dritte vorab sinnvoll (Angebot der Durchsicht seitens [redacted]) *To Do: Zirkulation des Dokuments an [redacted] (Hygienemaß-nahmen) und [redacted] zur Durchsicht, bzw. Zirkulation an weitere Beteiligte (siehe auch Dokument zur Änderung der Risikobewertung)*	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ○ Modellierungsstudie (mittwochs) ○ Nicht besprochen **b) RKI-intern** ○ Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** Vorschläge zu Testkriterien SuS (Dokument hier) ○ Hintergrund: Brief von [redacted] und zwei Organisationen an [redacted] zu derzeitiger Formulierung der Teststrategie bei Schülerinnen und Schüler (SuS) ○ Vereinfachung, wenn gesamte Klasse zu KP1 erklärt und in Quarantäne geschickt wird, um so das Betroffensein der gesamten Schule zu verhindern ○ Vorschlag [redacted] sehr differenziert: sofern gelüftet → betroffene Person und direkte umgebende Personen KP1, Rest der Klasse KP2 Umformulierungsvorschlag UB: ○ Einbindung Gesundheitsamt (Risikobewertung), „relevante Exposition“ realitätsgetreuer, weitere Kriterien (Tragen einer Maske, Abstand, Lüften etc.) können zur Beurteilung herangezogen werden ○ Anm.: Dieses Dokument muss mit dem Dokument „Kontaktpersonenmanagement“ abgeglichen werden, da diese zusammenhängend zu betrachten sind ○ Zu Masken: Formulierung ändern, „Dauer“ und „Kontinuität“ ggf. streichen ○ [redacted]	FG36 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** ○ Influenza / Virologische Surveillance (Folien hier) ○ Proben ▪ Keine wesentlichen Änderungen in dieser Woche	FG17/ZBS1 [redacted]

	▪ Probeneingänge konstantes Niveau seit Jahresbeginn: ursächlich Akquise 30 weiterer Arztpraxen ▪ Einsendequoten orientieren sich sonst an ARE ○ Viruszirkulation ▪ Rhinovirennachweis bei ca. 10 %, SARS-CoV-2 ca. 6 %, geringer Nachweis von Parainfluenza 3 (neuerdings leichte Hintergrundaktivität), kein Nachweis von Influenza im Sentinel, saisonale Corona-Viren: leichte Zirkulation ○ Sequenzierungen ▪ n = 75 sequenziert und ausgewertet, davon 11 (15 %) B.1.1.7 und 1 (1 %) B.1.351 ▪ Ansteigender Trend der B.1.1.7 (rot) ○ Diskussion: ▪ Saisonalitätsverhalten nicht genau geklärt, Vorgänge benötigen ca. 2 Wochen Vorlauf, deutliche Besserung meist erst im April zu erwarten *To Do: Bitte den Punkt „9. Labordiagnostik" in Agenda und Protokoll ggf. nach Rücksprache vorziehen, da thematisch besser einzugliedern (Vorschlag [redacted])*	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ [redacted]	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ○ Nicht besprochen	Alle
12	**Surveillance** ○ Corona-KiTa-Studie (nur montags) **Auswertung der VOC** (Folien hier) ○ Cave: verschiedene Datenquellen verwendet, zu beachten ○ VOC Verteilung Bundesländer (Folie 2): Datenquelle: Meldedaten; „Hinweis": wenn Mutation nachgewiesen aber keine weitere Analyse, „Nachweis": durch Sequenzierung ○ Nachweis/Verdacht: ca. 11.000 Fälle in Meldesystem, meiste Fälle aus Bayern, v.a. VD B.1.1.7 (v.a. aus BaWü und Bayern) ○ Daten erst seit letzter Woche strukturiert eingegeben, daher bislang auch Kommentarfeldsuche ○ Ab 3.KW Anstieg von B.1.1.7, für MW 6/7 Übermittlung der Testergebnisse noch unvollständig ○ [redacted] ○ B.1.1.7 nach Bundesland (Folie 3): Grundlage > 5 Genom-sequenzierungen (beinhalten auch mit Vorliegen eines Verdachtes weitergereichte Proben), schwarz: Anteil B.1.1.7 70-80 %	FG32 [redacted]

- Zufallsstichproben (Folie 4): Top 6 Varianten (B.1.177, B1.1.7, B.1.221, B.1.258, B.1.160, B.1) aufgelistet; B.1.1.7 in KW6 bis KW6 in Top 6 enthalten, Anteil ca. 10 %
- Höhere Zahlen in VOC-Bericht angegeben, Ursache der Diskrepanz: Nachmeldung von Sequenzierungen in den letzten 2 Wochen
- Untere drei Zeilen: B.1.525 zwischen KW3 und KW6 in 23 Fällen detektiert
- Unterschiedliche Datenquellen zu B.1.1.7 (Folie 5): Laborverbund (orange), RKI (grau), Fallzahlen mit Verdacht bzw. Nachweis von B.1.1.7 (blau): kontinuierlicher Anstieg, Genomsequenzierung B.1.1.7 (gelb): Sequenzierungsnachmeldungen ausstehend
- Verteilung AG (Folie 6): AG der 15-34-Jährigen steiler Anstieg, aber auch bei 35-59-Jährigen; gegenläufiger Trend zur Gesamtinzidenz
- Vergleich zu Beginn 2. Welle Herbst 2020 (Folie 7): AG-Verteilung sehr ähnlich
- Diskussion:
  - Kongruentes Bild einer Stagnation, Inzidenz der Varianten nimmt jedoch zu, v.a. in bestimmten AG (→ Einfluss auf Gesamtinzidenz)
  - In Gesamtinzidenz noch keine Zunahme ersichtlich aber deutliche Anzeichen, dass bei einer Lockerung mit einer deutlichen Zunahme zu rechnen ist
  - Betriebsmedizin muss zu vermehrter Testung herangezogen werden, sollten auch für die Impfung aktiviert werden
  - Andere Länder mit rückläufigen Zahlen trotz Vorliegens der B.1.1.7 - mögliche Erklärungsansätze: Hypothese, dass Personen hier vor Peak der Virusausscheidung symptomatisch und somit Effekt auf Ausbreitung, dennoch waren schnelle und drastische Maßnahmen entscheidender Faktor zum Erfolg
  - Vorschlag der Darstellung der Inzidenzen ohne VOC
  - Vorsicht bei Kausalitätsbezügen, hier sollte mit Modellierung gearbeitet werden
  - [redacted]

13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** ○ Teilnahme von [redacted] an GMK - Rückmeldung dazu am Freitag erwünscht ○ IT-Mitteilung zu eingeschränktem Internet-/Telefoniedienst am Samstag, den 27.02.: Information wird an Schichtleitung des Lagezentrums weiteregegeben ○ [redacted], 13-14 (Einladung durch [redacted]) zu [redacted]	Alle Presse [redacted]
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Freitag, 26.02.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

408 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-02-26.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*26.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 2
  - FG24/Thomas Ziese
  - [redacted]
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG16
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International (nur freitags) (Folien hier)
	• weltweit > 112 Mio. Fälle, Trend bewegt sich leicht nach oben
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle:
	  ○ Top 3 in Reihenfolge unverändert seit letzter Woche: US, BR, FR; neu in Top 10: PL; nicht mehr in Top 10: MX
	  ○ 7-Tage-Inzidenz (7TI) mit abnehmendem Trend in US, RU, UK, in übrigen Top 10-Ländern 7TI zunehmend, bes. starker Anstieg in CZ (7T-Fallzahlen +29 % ggü. Vorwoche, aktuelle 7TI > 700/100.000), PL (7T-Fallzahlen +34 % ggü. Vorwoche)
	  ○ mind. 1 Impfdosis erhalten: UK 27 %, US 14 %
	• Karte: 7TI weltweit pro 100.000 Einwohner
	  ○ im Vgl. zu Vorwoche erhöht in: DK, BE
	  ○ im Vgl. zu Vorwoche entspannt in: PT, ES
	• lt. WHO Sitrep (23.02.2021) Nachweis von…
	  ○ VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) in 101 Ländern,
	  ○ VOC 501Y.V2 (Linie B1.351) in 51 Ländern,
	  ○ VOC P1 (Linie B1.128.1) in 29 Ländern;
	  ○ 45 Länder berichten *community transmission* von VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7)
	• zu bedenken bei Einordnung int. Zahlen: Länder nutzen unterschiedl. Methoden zur Detektion von Varianten und unterschiedl. Berichtsintervalle
	• VOC B.1.1.7 in dt. Nachbarländern stark verbreitet (DK > 60 %, FR knapp 50 %, BE > 30 %), VOC B.1.351 regional mit hohem Anteil (bspw. > 20 % in Region Grand-Est, FR, knapp 40 % in Tirol, AT)
	• neue VOI/VOC:
	  ○ B.1.1.7 + E484K: UK
	  ○ B.1.525 + E484K: NG, UK, 13 weitere Länder, z. B. DK
	  ○ B.1.526 + E484K: New York, US
	  ○ B.1.429: Kalifornien, US, weitere US-Bundesstaaten und Länder (z. B. AU)
	National
	• Dashboard: letzte Nacht fehlerhaftes Datenupdate bei ESRI, dadurch Darstellung falscher Zahlen; Dashboard zwischenzeitlich inaktiv und mit Disclaimer versehen; Fehler inzwischen behoben
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  ○ 7TI vom bisherigen Plateau (niedrigster Wert um 15.02.) leicht ansteigend, Bewertung schwierig
	  ○ SurvNet übermittelt: 2.424.684 (+9.997), davon 69.519 (+394) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 63 Fälle/100.000 EW
	  ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 3.759.906 (4,5 %), mit 2 Impfungen 1.956.085 (2,4%)
	  ○ DIVI-Intensivregister: 2.898 Fälle in Behandlung (-57)
		ZIG1 [redacted]
		
		FG32 [redacted]

- aus intensivmed. Behandlung entlassen: +450, davon 27% verstorben
- 7TI der Bundesländer nach Berichtsdatum
  - TH weiterhin mit höchster Inzidenz, kein BL mit deutlichem Anstieg oder Rückgang
- Geografische Verteilung 7TI nach LK
  - 161 LK < 50/100.000
  - 251 LK > 50/100.000
  - besonders stark betroffen, 7TI > 170/100.000: u. a. SN (Vogtlandkreis), ST (Burgenlandkreis), TH (Schmalkalden-Meiningen, Hildburghausen, Saale-Orla-Kreis), BY: Oberfranken (Wunsiedel, Hof, Kulmbach), Oberpfalz (Tirschenreuth, Weiden, Neustadt)
- VOC B.1.1.7 häufig nachgewiesen u. a. in Flensburg, im Norden und Osten Bayerns (Grenzregion DK bzw. CZ)
- Altersmedian
  - zuletzt abnehmend Gesamt und bei Hospitalisierten, konstant bei Verstorbenen
- Sterbefallzahlen Deutschland
  - Übersterblichkeit geht zurück auf Durchschnittsniveau 2017-2020

[redacted]

- [redacted] FG36 [redacted]
- [redacted] FG38 [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

- [redacted] FG38 [redacted]
- auch hier wurden Personen, die sonst als KP2 gelten würden (sehr kurzer Aufenthalt im selben Raum, Anwendung von Masken), infiziert; pos. Nachweise bei KP teilweise früher, teilweise später als gewohnt (Tag 13) – Konsequenzen für Entisolierungskriterien?
- Ct-Wert deutlich geringer als bei Wildtyp (bis zu 6), auch bei Nachtestung nach 14 Tagen noch hoher Anteil deutlich positiv (Ct-Werte im infektiösen Bereich)

Diskussion Ausbruchs- und Situationsbericht:

[redacted]

- [redacted]

	[redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted]	ZIG1 [redacted]
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** (Dokument hier) • aktualisierte Bewertung vorgestellt am 24.02.; Änderung gegenüber Vorversion: v. a. stärkere Bezugnahme auf Verbreitung von VOC in DE, insbes. B.1.1.7; ○ es wurden und werden keine Einwände geäußert; finale Version mit Anpassung zu VOC geht über LZ an webmaster	FG36 [redacted]

5	**Kommunikation**
	BZgA
	• kein Beitrag
	Presse
	• bei fehlerhaften Darstellungen im Dashboard bitte neben Pressestelle und Webmaster auch Zentrale und ZV5 in Kenntnis setzen
	P1
	• nicht anwesend
	Lagezentrum
	• engl. Lagebericht: angesichts erlahmten Interesses (fehlende Rückmeldungen und Neuanmeldungen) wird die Einstellung erwogen; Ressourcen sollen geschont werden; Daten weiterhin über ECDC erhältlich
	  ○ Diskussion: Kürzung statt Einstellung erwägen, engl. Bericht hilfreich für Kommunikation mit int. Presse, int. Partnern, EU, WHO; weitere Option: wöchentl. statt tägl. Bericht, ggf. auch als Zielstellung für den dt. Lagebericht; mögl. erster Schritt: Verzicht auf Erstellung am WE
	  ○ TODO: Ermittlung der Downloadzahlen für engl. Lagebericht; diskutierte Optionen prüfen; Wiedervorlage des Themas nächste Woche
		BZgA [redacted]
		Pressestelle [redacted]
		[redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen** • Nicht besprochen	

7	**Dokumente** • siehe 10, Entlassungsmanagement	
8	**Update Impfen (nur freitags)** (Folien hier) • bisher in DE ca. 8 Mio. Impfstoffdosen ausgeliefert; für 2. Quartal 70 Mio. Dosen, für 3. Quartal 120 Mio. angekündigt; bis März Abschluss der Impfungen in Pflegeheimen; Erreichen „hoher" Impfquoten unter Berücksichtigung altersspezif. Impfakzeptanz und ohne „Impf-Rückstau" voraussichtl. nicht vor Sommer 2021 • [redacted] • intensivierte Surveillance zur Erkennung von Impfdurchbrüchen am RKI: wöchentl. Screening von SurvNet, Rückmeldung an Landesbehörde und GA bei symptomat. Impfdurchbruch (> 14 Tage nach 2. Impfung), anschließend Anforderung einer Typisierung und ergänzende Datenerhebung durch das GA; o SurvNet: Stand 25.02.21 haben 331 Fälle die 2. Impfung vor > 14 Tagen erhalten (3,5 %), davon sind 254 symptomfrei, 11 haben einen moderaten bis schweren Verlauf, bei 13 wurde eine VOC nachgewiesen; bei geimpften Fällen ist der Anteil derer mit nur 1 Impfung deutlich höher als der Anteil derer mit 2 Impfungen o Kann bei einem symptomlosen Verlauf von einem Impfdurchbruch gesprochen werden? • Studien aus UK und Israel belegen hohe Effektivität von BioNTech und AZ bzgl. Schutz vor Infektion, COVID-19 und schweren Verläufen; unveröffentlichte Studien bestätigen die Ergebnisse; noch keine / wenig Daten zur Schutzdauer bzw. Effekt VOC auf Wirksamkeit	FG33 [redacted]
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** o Insgesamt 576 Proben analysiert, davon ▪ 38 Proben SARS-CoV-2-positiv (Positivanteil 7%) ▪ 60 Proben Rhinovirus-positiv ▪ 3 Parainfluenza virus-positiv ▪ 14 positiv für saisonales Coronavirus (NL-63) ▪ [redacted] • [redacted] o [redacted] o [redacted]	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Anpassung Kriterien Entlassmanagement (Dokument hier): bei V. a. oder Nachweis von VOC 14-tägige Isolierung und Testung vor Entisolierung (PCR- oder Antigentest) empfohlen; Anpassung beschlossen; neue Version wird noch heute online gestellt, zusätzlich Tweet, um Aufmerksamkeit zu erhöhen	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	FG14 nicht anwesend
12	**Surveillance** **IMS/DESH** • insges.ca. 14.000 Sequenzen, weit unterhalb 5 % Deckungsgrenze, Tendenz steigend • Verknüpfung/Matching von Sequenz und Meldefall noch problematisch	FG36 [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Kein Beitrag	FG38 [redacted]
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Kein Beitrag	FG38/alle
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 01.03.2021, 13:00 Uhr, [redacted]	

410 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-03-01.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*01.03.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt.1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - FG24/Thomas Ziese
  - [redacted]
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.447.068 (4.732), davon 70.105 (+60) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 66 Fälle/100.000 EW Kleiner Anstieg im Vgl. zu Vorwoche, mehr Landkreise mit höheren 7-Tage-Inzidenzen (7TI) ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 4.079.107 (4,9%), mit 2 Impfungen 2.095.255 (2,5%) ○ DIVI-Intensivregister: 2.869 Fälle in Behandlung (+29), insgesamt stabil ○ 7TI der Bundesländer nach Berichtsdatum Kurve schwer beurteilbar, in allen BL ein Plateau ○ Geografische Verteilung 7TI nach LK: 262 LK > 50/100.000 besonders stark betroffen sind LK im Osten, BY und an der Grenz zu Tschechien. LK 7TI > 170/100.000 keine große Veränderung zu letzter Woche, betroffene LK haben hohe Inzidenzen teilweise seit Wochen ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche Ein Tag von KW8 fehlt. In KW8 7TI bei Gruppe 80J ist geringer als in Gruppe 15-34J und 35-39J. Zunahme in Gruppe 0-4J und 5-14J. Die Zahlen sind ab morgen verfügbar. ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe Bundesweit sehr hohe 7TI bei 20-29J und 30-39J. Infektionsgeschehen ist bundesweit in diesen Altersgruppen. **Corona-KiTa-Studie (nur montags)** • Folien hier ○ Zahlen sind auf einem niedrigen Niveau und gehen für alle AG runter, dennoch kein einheitlicher Trend ○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe: in niedriegn AG ansteigend (v.a. bei 0-5J). Im rechten Diagramm ist das Verhältnis zwischen den AL-Gruppen dargestellt. In der Gruppe 0-5 Jahre:104.000 ARE (2.200/100.000), davon 25% mit Arztbesuch (rund 26.000 Kinder). Zahlen hängen davon wer wie im Gesundheitswesen wahrgenommen wird und getestet wird. ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ In KW 7/8 gab es 12 Ausbrüche mit >=10 Fällen +54	ZIG1 FG32 [redacted] FG36 [redacted]

	○ Ausbruchsgröße: Trend aus letzter Woche (Anstieg des Median Fallzahl) hat sich nicht fortgesetzt, Ausbruchsgröße (Median) 4 Fälle ○ Bei Schulen noch keine neuen Entwicklungen [redacted]	IL [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)**	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • [redacted] • Am 01.03.2021 wird die große Nutzerbefragung des CWA gestartet. Erste Ergebnisse können evt. bereist nächste Woche vorgestellt werden • Es gibt viel Aufregung und öffentliche Diskussion um mögliche Verknüpfungen zwischen den unterschiedlichen digitalen Tools (mit GAs, Tools zur Abbildung, Verknüpfung mit DEMIS) . Der Druck ist dabei hoch und es braucht dafür Schnittstellen. • [redacted] • [redacted] • [redacted] •	Abt2 [redacted] FG32 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA**	BZgA [redacted]

	• Keine Neuigkeiten **Presse** • Keine Neuigkeiten **P1** • Twitter und Instagram: Impffortschritt in Absprache mit FG33 eingestellt und wird jede Woche geteilt. • Es wird eine Zusammenfassung und eine Graphik, die die Situation zu VOC verständlich darstellen sollen, erarbeitet. Veröffentlichung ist für Mittwoch geplant, ab dann alle 2 Wochen erfolgt ein Update. **Lagezentrum: Engl. Lagebericht** • Abrufe im Verhältnis zum dt. Lagebericht: 1:10 • Pressestelle und ABT3 kann auf engl. Bericht verzichten. • [redacted] • [redacted] [redacted]	Pressestelle [redacted] P [redacted] VPräs/alle
6	**RKI-Strategie Fragen** • [redacted] • An der Evidenz zu steriler Immunität hat sich nichts verändert. Die Entlastung von Gesundheitswesen und Reduktion von schweren Verläufen ist durch die Impfung früher zu erreichen als die Unterbrechung von Infektionsketten. • Da die Diskussion zum Impfausweis in spätestens 3 Monaten mit der Einführung der EU-Version aufkommen wird, wäre es gut vorher eine klare Meinung zu haben. Es soll ein realistisches Ziel der Impfung unter Einbezug von Abschätzungen und Modellierungen, Erfahrungen mit Influenza und Grundimmunität entwickelt werden. [redacted]	VPräs/alle

	TODO: FF FG36 (nach interner Rücksprache) in Zusammenarbeit mit FG33 bereitet einen Entwurf basierend auf dem Control Covid-Papier als Diskussionsgrundlage bis nächste Woche vor [redacted]	
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** ○ Keine neuen Zahlen ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Nächster VOC-Bericht wird am Mittwochnachmittag abhängig von Dateneingang veröffentlicht. • **ZBS1** ○ 1002 Einsendungen für SARS-CoV-2-Testung, davon 230 positiv (23 %) • **Einführung von Schnelltests für die breite Öffentlichkeit und Teststrategie** ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted] VPräs/alle

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Die breite Einführung der Schnelltests könnte entscheidend für Surveillance sein. Eine Beobachtung von einigen Regionen als „Modellregion“ um Rückschlüsse auf nationale Ebene zu ziehen werden kritisch gesehen. Da die Entwicklung von zahlreichen lokalen Faktoren (Impfung, Maßnahmen, Compliance, lokalen Interessen etc.) abhängen. Beispiel schwankende Reduktion von Inzidenz nach LK und großen Unterschieden in benachbarten LK. ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Entlasskriterien sind seit Freitag auf der Webseite und werden über AGI-Verteiler geteilt, falls noch nicht passiert.	IBBS

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	FG14
12	**Surveillance** • Keine Neuigkeiten	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • S. Engl. Lagebericht	FG38
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 03.03.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

412 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-03-03(1).pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*03.03.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- Protokoll
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.460.030 (+9.019), davon 70.881 (+418) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 64/100.000 Einw. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 4.389.074 (5,3 %), mit 2 Impfungen 2.215.504 (2,7 %) ○ DIVI-Intensivregister: 2.854 Fälle in Behandlung (-15) ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ In allen BL gleichbleibender Trend ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz und B.1.1.7 nach LK, n=53.211 (COVID-19); n=8.573 (B.1.1.7) ▪ LK mit hoher Inzidenz: Bayern, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Südbrandenburg ▪ LK mit Inzidenz der Virusvariante B.1.1.7: Nordbayern, Bayern an tschechischer Grenze – sehr hohe Inzidenzen ○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Leichter Rückgang der Todesfallzahlen ○ 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach AG und MW: ▪ In KW8 7TI bei Gruppe 80J ist geringer als in Gruppe 15-34J und 35-39-Jährigen ▪ Zunahme in Gruppe 0-4J und 5-14-Jährigen – hier ist ein Anstieg erkennbar ○ **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote (Folie 1) ▪ Positivquote stagniert ▪ PCR-Tests geringfügig zugenommen ▪ Anzahl der übermittelnden Labore: leichter Rückgang ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Hohe und ausreichende Kapazitäten für PCR-Tests vorhanden (Folie 2) ○ Probenrückstau (Folie 3) ▪ Nicht besprochen ○ AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ (Folie 4) ▪ Anteil der Antigen-positiven nicht übermäßig hoch ▪ Weitere Akquise in Arbeit (Coronatest-Seite, viele Dachverbände/Träger kontaktiert, Gespräche mit Testkoordinatoren der BL zu Zusammenführung von Daten eigener Erhebungen der Länder) ○ Aufschlüsselung nach Besucher, Bewohner und Personal (Folie 5): ▪ Anteil der in der PCR bestätigten positiven AG-Tests variiert, bei Besuchern (1) am geringsten, bei Bewohnern 38) und Personal (27) etwas höher	FG32 [redacted] Abt. 3 [redacted]

	▪ Die Entwicklung der Auslastung der Kapazitäten muss beobachtet werden	Präs
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) o Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: ▪ AG der über 80-Jährigen: Abnahme der Testungen ▪ AG der 5-14-Jährigen und 35-59-Jährigen: stabile Testungen ▪ AG der 0-4-Jährigen und 15-34-Jährigen Anstieg (muss beobachtet werden) (Folie 3) ▪ Mehr Arztpraxen haben Testvolumen erhöht, Positivenanteil sinkt nicht mehr – Dynamik verändert sich o VOC: ▪ Übersicht (Daten aus 12 Laboren): Beweis einer B.1.1.7 - weiterer Anstieg (Folie 6) ▪ VOC (Daten aus 12 Laboren) für einzelne BL: hoher Anteil in Bayern und Baden-Württemberg von über 30% Anteil, NRW leicht unter 20 % Anteil (Folie 7) ▪ Aufschlüsselung nach AG: gleiche Verteilung, AG der 60-79-Jährigen und AG der > 80-Jährigen geringer Anteil ▪ Nach Abnahmeort: hohe Anteile von Deletionen in Arztpraxen o Ausbrüche Altenheime: Rückgang der Ausbrüche, Abwärtstrend setzt sich fort (Folie 10) o Ausbrüche Krankenhäuser: kein Rückgang der Dynamik, keine Entlastung bei den Ausbrüchen (Folie 11)	FG37 [redacted]
	o **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb (Folie 2) ▪ ARE-Raten stabil, seit 36. KW liegen Werte deutlich unter denen der Vorsaison (Wirkung der Kontaktbeschränkungen in Bevölkerung) ▪ Anstieg der ARE-Rate in 6. KW bei Kindern (insbesondere die AG der 0-4-Jährigen) und Erwachsenen (hier besonders die AG der 15-34J./60J.+) o ARE-Konsultationen (Folie 3) ▪ Leicht sinkende Arztkonsultationen ▪ In letzter KW ca. 360.000 ARE-Arztbesuche ▪ Regionale Unterschiede: starker Anstieg in Thüringen bei AG der 0-4-Jährigen (von 1000 auf 2000 Arztbesuche pro 100.000 Einwohner) ▪ Sachsen seit drei Wochen kontinuierlicher Anstieg der AG der 0-4- und 5-14-Jährigen o ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) (Folien 4-6) ▪ SARI-Fallzahlen insgesamt stabil geblieben ▪ Sehr leichter Anstieg in AG 60-79-Jährigen ▪ Leichter Rückgang in den AG 35-59, 80+ Jährigen	FG36 [redacted]

	▪ Die AG liegen insgesamt deutlich unter dem Niveau der Vorsaisons ▪ In der Altersgruppe 80+ Jahre noch auf dem Niveau der Vorjahre (erhöht) ▪ In den Altersgruppen 0-4, 5-14-Jähigen so gering wie zuvor nur im Sommer 2020 ▪ COVID-19 Fallzahlen in AG 35-39-Jährigen wieder zurückgegangen	
	○ [redacted]	FG36 [redacted]
	▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted]	Abt.3 [redacted] FG38 [redacted]
	▪ [redacted] ▪ [redacted]	
	[redacted]	Leitung
	○ **Virologische Surveillance, NRZ-Influenza Daten (mittwochs)** (Folien hier) o Über Wochen 150 Proben o 200 Proben mehr als im Vorjahr um diese Zeit o Trend: leicht ansteigend bis stagnierend o Rhinoviren dominieren (Folie 3) o Leichte Parainfluenzaviren-Aktivität zu erkennen o Außerhalb des Sentinels: Rückkehrer aus Tansania mit Virus-Subtyp H3N2 o IMS Vorbereitung der Proben: Probeneingänge bis 823, Probenbearbeitung stärkster Anteil in 3. KW 2021 (Folie 3) o VOC B.1.351 nur 1x (Folie 5) o VOC B.1.1.7 deutlicher Trend des Anstiegs	FG17 [redacted]
	○ **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) o 2.824 COVID-19-Patienten ITS (03.03.2021) o In den meisten Bundesländern COVID-19-Belegung auf den ITS weiterhin rückläufig (im Vergleich zu Januar 2021 ist ein Rückgang von 147 P zu verzeichnen)	MF4 [redacted]

	○ Beobachtung: Anzahl von Patient*innen mit leichter respiratorischer Therapieform (High-Flow, NIV) leicht zunehmend, während die Anzahl Behandelter mit invasiver Beatmung und ECMO-Therapie weiter abgenommen hat (Folie 1) ○ Anteil der Covid-19-Patient*innen an der Gesamtzahl der Intensivbetten: In 3 Bundesländern liegt der Anteil von COVID-19-Patient*innen an ITS-Betten über 15% (~jedes 6.Bett) und in 4 Länder unter 10% (* 2 BL mehr letzte Woche) ▪ Anteil über 15%: Thüringen, Bremen, Berlin ▪ Anteil unter 15%: Hamburg, Brandenburg ▪ Anteil unter 10 %: Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg ○ Belastungslage auf Intensivstationen (Folie 3) ▪ Weitere Stabilisierung der Lage auf ITS ▪ Situation des Personalmangels verbessert sich weiterhin in den Akutkrankenhäusern ▪ Leichte Abnahme des Raummangels ▪ Freie Behandlungskapazitäten im High-Care steigen tendenziell wieder an ○ SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen (Folie 4) ▪ Leichte Abnahme der Kapazitätsprognose ○ Regional ▪ Beispiel Amberg, Trend weiter steigend, teils auch mit ITS-Zunahme prognostiziert	
2	**Internationales** • Diskussion zu KA 19/27115 Wege aus dem Lockdown [redacted] (Folie hier) ○ Frage 1 und 2: Abhandlung durch Stufenplan (dort sind bereits Dokumente vorhanden) ○ Frage 4: Verweis auf AHA+L Regelungen, Sprachfindung aus Chapeau des Stufenplans ○ Frage 8: Verweis auf Impfungen FG33, Studien zur Prüfung der Verlaufskontrolle der Geimpften laufen, viele Geimpfte werden getestet ○ Frage 9: keine Sonderregelung für Geimpfte ○ Beantwortung via Lagezentrum	ZIG [redacted] FG38 [redacted]
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ○ Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	

5	**Kommunikation** **BZgA** ○ Vertiefung der Seite Infektionsschutz.de ○ FAQ werden weiterentwickelt ○ Entwurf zur geplanten Anzeigenkampagne ist in Arbeit **Presse** • Feiertag 08. März 2021 ○ Pressepostfach wird überwacht ○ Webmaster: Verfügbarkeit wie an Wochenenden ○ Rufbereitschaft wird eingerichtet (Telefonnummern werden von [redacted] noch mitgeteilt)	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ○ Modellierungsstudie (mittwochs) ○ Nicht besprochen **b) RKI-intern** ○ Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** ○ Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • Performance des Roche Ag-Schnelltests bei britischer VoC, Einsatz POCT nach verlängerter Quarantäne ○ Diskrepanz bei Anwendung von Antigentests und PCR Tests in Kliniken ○ Diskrepanz trat bei Werten von über 25 auf – die Beobachtung ist eher hierauf zurückzuführen • Gurgeln-basierte Probennahme? ○ Aktualisierungen werden in AGI berücksichtigt	FG17/ZBS1 Abt. 1 [redacted] FG38 [redacted] Abt.1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Verlegung von 10 Patienten aus Slowakei – Übernahme durch NRW (beide Länder befinden sich im bilateralen Austausch, keine aktive Rolle des RKI in diesem Prozess, wir sind jedoch im Informationsfluss enthalten) ○ Für geplante Übernahme von 50-100 Patienten aus Tschechien wird die dafür zwingend erforderliche formale EWRS-Anfrage erwartet – 1. TK mit den 16 Bundesländern fand bereits statt ○ Hohe Aktualisierungsfrequenz bei Therapiehinweisen (Fokus auf monoklonale Antikörper)	IBBS [redacted]

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Kein ärztliches Zeugnis notwendig – individuelle Bearbeitung ○ Diagnoseschlüssel der Krankenkasse – daraus erfolgt Impfeinladung ○ Berichtspflichten von niedergelassenen Ärzten zu Patienten – Vorschlag an KV ○ Impfquotenerfassung muss angepasst werden, um bundesweiten Überblick zu behalten ○ Notwendige Abstimmungen dazu sind bereits im Gespräch	FG38 [redacted] Abt. 3 [redacted]
12	**Surveillance** ○ Corona-KiTa-Studie (nur montags) **Auswertung der VOC** (Folien hier) ○ Neu: Kurzübersicht Grafik ○ Kernbotschaft: knapp 50 % bei B1.1.7 – aktuell vorherrschende Variante in Deutschland ○ Die bisher vorliegenden Daten und Analysen zeigen, dass sich der Anteil der VOC B.1.1.7 in den letzten Wochen deutlich erhöht hat. Es ist mit einer weiteren Erhöhung des Anteils auf über 50% der Virusvariante B.1.1.7 zu rechnen, wie dies in den letzten Wochen bereits aus anderen europäischen Ländern berichtet wurde. Dann wäre die VOC B.1.1.7 die häufigste SARS-CoV-2 Variante in Deutschland. Das ist besorgniserregend, weil B.1.1.7 nach bisherigen Erkenntnissen ansteckender als andere Varianten ist. ○ Die illustrierten Anteile entstammen den Analysen der Erhebung des Laborverbundes. Die Anzahl der verfügbaren Genomsequenzen ist zurzeit noch gering und womöglich nicht repräsentativ. Daher könnte die Verteilung der Virusvarianten von den abgebildeten Verteilungen abweichen. Variante B.1.1.7 ist besorgniserregend, weil sie ansteckender ist als der Vergleichsstamm aus 2020. Variante B.1.351 ist besorgniserregend, weil sie möglicherweise den durch die Impfungen vermittelte Schutz reduziert sein kann. (Folie 1) ○ VOC: variant of concern Begriff von PHE, der jetzt von der WHO klar definiert wurde. Strenge Definitionskriterien nur von drei Varianten (B.1.1.7, B.1.351, P.1) (Folie 2) Diskussion: Begrifflichkeiten – Wording am RKI ○ VUI / VOI Vorschläge für RKI Wording (Folie 3) ○ Mehrfache Zustimmung fand „Variante unter Beobachtung“	FG32 [redacted]

13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** ○ Nicht besprochen	Alle
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Freitag, 05.03.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

414 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-03-05.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*05.03.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL2
  - Thomas Ziese
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** • Trendanalyse international (Folien hier) o Weltweit 114,8 Mio Fälle, Trend zur Zunahme (+ 4,8%) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ Neu unter den Top 10: Türkei und Iran, ▪ Weiterhin dabei: USA, BRA, FRA, ITA, IND, CZE, RUS, POL ▪ Nicht mehr dabei: UK und Indonesien ▪ Zunahme der Fallzahlen in den meisten Ländern, Ausnahmen sind USA und RUS, hier leichte Abnahme o 7-Tage-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einwohner (Karte) ▪ Weiterhin in Europa und USA hohe Zahlen, in Europa besonders CZE und EST, positive Entwicklung in Portugal mit jetzt 60/100.000 ▪ Aufwärtstrend in allen Kontinenten außer Afrika ▪ In Amerika v. a. Südamerika mit BRA, CHL und PER betroffen ▪ In Afrika Aufwärtstrend in LBY und BWA, leichte Besserung in Namibia o 1. und 2. Impfdosis ▪ USA 8,1%, keine Zahlen für Iran, dort wurden seit 2/2021 etwa 10.000 Dosen Sputnik V verimpft o Nachbarländer Deutschland (Quelle nationale Daten, WHO-Medien, Stand 04.03.2021) ▪ Spitzenreiter CZE > 500/100.000 ▪ ITA und POL > 200/100.000 • Maßnahmen in UK und England o Hohes Infektionsgeschehen mit Inzidenz-Spitzenwert > 600/100.000 im Januar, insbes. Nordirland und südöstl. Landesteile, derzeit um 180/100.000 o Tier- System: 4 risikoabhängige Stufen, Maßnahmen, werden von den Regionalregierungen in Nordirland, Schottland, Wales und England bestimmt o Stufe 4: “You **must** stay at home” (Stufe 3: “You should stay at home”), diverse Ausnahmen, z. B. Schulbesuch, Arztbesuche, Kinder(not)betreuung und “social bubble” (=gleichbleibende Kontaktgruppe aus 2 Haushalten, insbes. für 1-Personen-Haushalte erlaubt) o Lockdown nationwide kann verhängt werden, seit 04.01. besteht Lockdown Nr. 3, ab 08.03. Lockerungen (zunächst Bildungseinrichtungen) geplant o Vergleich Maßnahmen in UK und DEU Stringency-Index (nine response indicators incl. school closures, workplace closures, travel bans, Quelle: Our	ZIG1 [redacted]

	World in Data) nur geringfügig unterschiedlich zwischen DEU (81,5) und UK (88), UK: mehr Schulschließungen und Mobilitätsrestriktionen, DEU: mehr internat. Reisebeschränkungen o Maßnahmen in UK, etwas strenger (hatte höhere Inzidenz) o Seit 2/2021 in UK Inzidenzhalbierungszeit verdoppelt (von 15 auf 30 Tage) o Fragen: Vergleichbarkeit? Unterschiedliche Effekte bei unterschiedlichen Fallzahlen? Einfluss anderer Faktoren, z.B.“ Lockdown Fatigue“? • Diskussion o Frage: Gibt es zuverlässige Daten zum Mobilitätsvergleich zw. DEU und UK? o AW: Es gibt Daten von *Our World in Data,* Zuverlässigkeit ist nicht ganz sicher beurteilbar, eher positiv zu bewerten (universitärer Hintergrund?)	
	National • Fallzahlen, Inzidenzen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.482.522(+10.580), davon 71.504 (2,8%) Todesfälle (+264), 7-Tage-Inzidenz 65/100.000 EW o Fälle ICU 2813 (-10) o Geimpfte N1 4.389.074 (5,3%, +146.773), N2 2.215.504 (2,7%, +52.581) o Keine großen Veränderungen, 7-Tage-Inzidenz in etwa gleichbleibend, etwas weniger Verstorbene, Zahl der Geimpften steigt kontinuierlich, Zahl der Patienten in ICU Behandlung stagniert o 7-Tage-Inzidenz der BL nach Berichtsdatum ▪ Uneindeutig, weder deutliche Anstiege, noch Rückgänge in den BL, sehr schwer zu bewerten bzw. weiteren Verlauf zu prognostizieren o 7-Tage-Inzidenz - geografische Verteilung nach Landkreis ▪ LK an der Grenze zu CZE besonders betroffen: TH, SA, südl. BB ▪ Nur 150 LK < 50/100.000 ▪ Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz in den LK/SK: Sowohl LK mit Zunahme als auch LK mit Abnahme der Inzidenz sind über alle BL verteilt o Sterbefallzahlen in Deutschland, wöchentlich ▪ Übersterblichkeit hat abgenommen, hier macht sich die Abnahme der Inzidenz bei den > 80jährigen bemerkbar o Hospitalisierung und CFR -Vergleich VOC und herkömmliche Varianten (Folien hier) ▪ Vergleich von B.1.1.7 (gesichert) mit allen anderen (hier sind eventuell auch VOC enthalten, es liegt aber keine Info dazu vor) ▪ 279 LK mit einer Vollständigkeit der Angaben von mind. 85% wurden einbezogen ▪ Anteil der Hospitalisierten ist über fast alle Altersgruppen verteilt höher	FG32 [redacted] FG 38 [redacted]

	▪ Ausnahme: bei Kleinkindern und Kindern gleich oder niedriger ▪ Mortalität: In den AG >60J und >80J nicht signifikant erhöht (bei bisher 180 Todesfällen mit VOC) ▪ Auch aus DK und UK liegen Daten zu höherer Hospitalisierungsrate vor • Diskussion o Zeitnahe Publikation sollte angestrebt werden, u.a. zur Bestätigung bereits vorliegender Daten o Verzerrungen können nicht ausgeschlossen werden, können in Meldedaten aber letztendlich nie ausgeschlossen werden o Frage: Welches Bild ergibt sich ohne regionale Datenselektion nach Vollständigkeit (Auswertung aller vorhandenen Daten)? o AW: Es gibt zwei mögliche Vergleichsgruppen i) *Hospitalisierte* mit *Alle* (fehlende Information wird als *nicht hospitalisiert* gewertet) oder ii) *Hospitalisierte* mit *nicht Hospitalisierte* (Information vorhanden) Möglichkeit i) führt zu ähnlichen Ergebnissen *ToDo (Feststellung [redacted]): Einigung über bestmögliche Auswertungsmethodik, Veröffentlichung ist zeitnah anzustreben, um Vorwürfen der Langsamkeit entgegenzuwirken und u.a. die positiven Aspekte von Meldewesen und Meldedaten zu zeigen*	Alle [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Keine Beiträge	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Beobachtung der Zahlen des DIVI Registers o DIVI Zahlen sollten im Zusammenhang mit der nationalen Lage engmaschiger beobachtet werden o Bisher täglich im Lagebericht, nur Mittwoch im Krisenstab o Wichtiger Indikator bei derzeitiger Seitwärtsbewegung in der Inzidenzentwicklung *ToDo: [redacted] soll damit beauftragt werden, bei Auffälligkeiten jederzeit den Krisenstab zu informieren*	FG 36 [redacted] [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Änderungsbedarf	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Keine Teilnahme an heutiger Sitzung	

	Presse • Änderungen in den Veröffentlichungen ○ Unkritische Änderungen sind bereits umgesetzt ○ Unterseiten zu Hygiene und Schule sind noch in Diskussion *ToDo: Vordiskussion der Änderungen), dann Vorstellung im Krisenstab* • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: Thematik soll aktiv in Abstimmungs- und Diskussionsrunden (z. B. BzgA) hineingetragen werden* • Hinweis: Das erste einer Reihe von BGBlättern zum Thema COVID-19 ist erschienen, mit interessanten Veröffentlichungen u.a. zum Thema bedarfsbezogene Kommunikationsstrategien, ein weiteres Heft mit Beiträgen aus dem RKI wird voraussichtlich im April erscheinen	Presse [redacted] FG 36 FG36 [redacted]/ alle Alle
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Frage: Ergeben sich aus den gestrigen MPK-Beschlüssen Handlungsaufträge für das RKI? • AW: Quarantäne für Einreisende aus Virusvariantengebieten wurde auf 14 Tage erhöht, dies muss in zahlreichen Dokumenten angepasst werden **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	[redacted]
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfung (nur freitags)** **Keine Folien** • Kurzbericht durch [redacted] ○ Themen des Stellungnahmeverfahrens (vermutlich 09.03.2021) sind a) Änderung der Altersgrenze für AstraZeneca Impfstoff (Datengrundlage aus UK), b) Ausnutzung des maximalen Impfintervalls, jedoch kein off	

	label use, c) nach stattgehabter SARS-CoV-2 Infektion nur 1 Impfdosis zu empfehlen • STIKO- Treffen ○ Altersgrenze für AstraZeneca Impfstoff wird erhöht, dies wurde aufgrund des hohen Drucks bereits vorab (vor dem Stellungnahmeverfahren) kommuniziert ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] [redacted]	FG33 [redacted] [redacted]
9	**Labordiagnostik** **FG17** • 591 Proben, 38 SARS-CoV-2 positiv humane Rhinoviren 64 saisonales Coronavirus (NL63) 18 Parainfluenza Typ 3 3 Keine Influenzanachweise **ZBS1** • 922 Einsendungen, davon 251 SARS-CoV-2 positiv 375 Proben auf 501Y untersucht, in 194 (54%) davon nachgewiesen • Frage: Wie häufig kommt Mutation 501Y vor ohne Teil einer VOC zu sein? Welchen prädiktiven Wert hat die Detektion von 501Y? ○ [redacted]: Bisher war 501Y nur in als B.1.1.7 identifizierten Proben vorhanden ○ [redacted]: Im Influenza-Sentinel waren bisher alle Proben mit 501Y auch B.1.1.7 (außer 3 Proben von Dezember mit Reiseanamnese Südafrika) ○ [redacted]: es gab durchaus einige B.1.525 Proben *ToDo:* [redacted] *bitte internen Bericht mit den entsprechenden Zahlen dazu zirkulieren in*	[redacted] ZBS1 [redacted] [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Keine neuen Themen	[redacted]

Kommentiert [PC1]: [redacted] vergeben

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Auf HSC-Ebene werden mehrere Dokument diskutiert, RKI wurde um Kommentierung gebeten (Dokumente hier und hier und hier) o Harmonisierter Approach zu Impfzertifikaten ▪ Kommentierung durch FG 33 bisher nicht geschehen o Zertifikat für Genesene ▪ Keine Quarantäne bei Einreise oder als KP I ▪ Vorgesehen u.a. in ISR, USA, IND, EST, ▪ DEU, AUT und NLD planen keine Ausnahmen für Genesene oder Geimpfte o Definition Genesene ▪ RT-PCR negativ vor > 20 Tagen ▪ Positiver PCR-Befund > 20 und < 90 Tage alt ▪ Kein ärztl. Attest nötig ▪ Ausnahmen möglich • Diskussion o Frage: Gilt die bisherige Haltung des RKI, keine Ausnahmen für Geimpfte und Genesene zu machen weiter? o Hinweis: FG 36 hat einen Prüfauftrag zu dieser Frage in Bearbeitung o Hohe Dunkelziffer, es ist fachlich nicht begründbar und nicht sinnvoll, ein „opportunity sample“ (die Getesteten, die eine Infektion nachweisen können) mit Privilegien denen gegenüber, die es nicht oder nicht mehr (abhängig von AK-Test und Zeitspanne, die vergangen ist) nachweisen können o Das Impfzertifikat soll die Erfassung von Impfwirkung, Spätfolgen etc. ermöglichen, nicht Grundlage für Kategorien und Vorrechte sein o WHO befürwortet die Zertifikate nicht: Lack of data, keine Fälschungssicherheit, ethische Gründe (Diskriminierung) o Frage: Soll sich das RKI trotz Ablehnung der Zertifikate in die Diskussion zur Definition Genesener einbringen? o Definition wird aufgrund der zeitlichen Eingrenzungen (90 Tage) positiv bewertet (das sterile Immunität vermittelnde AK-Level ist kurz nach der Infektion am höchsten), ein negativer PCR wäre einem Schwellenwert von 10E6 Kopien vorzuziehen o Hinweis: Es sind Daten zu Novavax erschienen, Nebenergebnisse belegen, dass sich Personen nach stattgehabter SARS-CoV-2-Infektion ebenso mit VOC infizieren können, wie vorher nicht infizierte Personen→ Varianten müssen berücksichtigt werden o Es besteht Uneinigkeit, ob eine harmonisierte Definition für DEU verpflichtend anzuwenden wäre, vermutlich ist die Durchschlagskraft der harmonisierten Dokumente aber begrenzt	FG 38 [redacted] Alle

	○ RKI kann einen Arbeitsauftrag nicht allgemein abschlägig beantworten ○ Entwurf sollte zweiteilig beantwortet werden: Bedenken und Einwände bezüglich der Zertifikate sollen geäußert, die Definition Genesener soll kommentiert werden *ToDo: [redacted] wird mit FG 36 die Kommentierung des Impfzertifikats besprechen und die Definition Genesener der Diskussion entsprechend kommentieren* ○ Frage: Wie wird der Begriff „Elimination" kommentiert? ○ Ist in Europa nicht realisierbar, wurde von [redacted] bereits umfangreich kommentiert ○ Hinweis: Es gibt zur Frage, welcher Endzustand zu erwarten ist, bereits ein Papier. Ähnlich wie beim Influenzageschehen: Balance aus Immunitäten und Virusaktivität	[redacted] [redacted]
12	**Surveillance** • Neu: Auswertungen zu VOC werden jeweils Freitag im Lagebericht präsentiert	[redacted] FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Verkürzung Zeitraum KoNa nach Exposition im Flugzeug von 28 auf 14 Tage ○ Bisher: KoNa bei Kontakten auf Flugreisen bis 28 Tage (2x Inkubationszeit), stammt noch aus dem Frühjahr 2020 ○ Übliche Zeitspanne zur KoNa -Rückverfolgung ist mittlerweile 14 Tage, dies soll angepasst werden ○ Es werden keine Bedenken geäußert • Kann an die GÄ noch einmal gezielt die Empfehlung kommuniziert werden, alle Proben von KP, die zu Fällen werden zu sequenzieren? ○ Hierfür wird „grünes Licht" signalisiert	FG38 [redacted] [redacted]
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Am Montag den 08.03. (Feiertag in Berlin) findet keine Krisenstabssitzung statt • Nach Rücksprache mit dem BMG soll der englische Lagebericht nun wöchentlich jeweils am Donnerstag erscheinen ○ Vorläufig geplante Inhalte sind - Syndromische Surveillance - Demografische Auswertung - Impfmonitoring ○ Vorschlag darüber hinaus mitaufzunehmen: - Geografische Verteilung - Zeitliche Verläufe	[redacted] [redacted] FG34

Kommentiert [PC2]: [redacted] vergeben

	- Eine Rubrik „geänderte/aktualisierte Dokumente“ ○ Längerfristiges Ziel ist, auch den deutschen Lagebericht wöchentlich erscheinen zu lassen und dadurch Arbeitskraft einzusparen	
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.03.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

Sitzungsende: 12:24 Uhr

416 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-03-10.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*10.03.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt 2
  - Thomas Ziese (FG 24)
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 28
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG 35
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.518.591 (+9.146), davon 72.489 (+300) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 65/100.000 EW o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 5.555.420 (6,7 %), mit 2 Impfungen 2.605.818 (3,1 %) o DIVI-Intensivregister: 2.785 Fälle in Behandlung (-80) o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Manche BL leicht ansteigend (BY, BW) andere abnehmend, einige BL mit Plateau (z.B. SN) ▪ Hohe Werte in TH aber kein weiterer Anstieg o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreisen ▪ Sehr heterogenes Bild ▪ Wiederholt Landreise mit Anstieg der 7-Tage-Inz. durch Ausbrüche ▪ an der Grenze zu CZE weiterhin hohe 7-Tage-Inz. ▪ RP und SH weiterhin mit den geringsten Inzidenzen o Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ niedrige Zahlen seit mehreren Tagen o 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach AG und MW (Heatmap) ▪ In den AG >90 und >80 deutlicher Rückgang ▪ Geringste Inzidenzen bei 60-80Jährigen ▪ Plateau bei den mittleren Altersgruppen ▪ Weiterhin Zunahme bei Kindern o Anzahl von konkordanten und diskordanten Ergebnissen der Antigen-Schnelltests und PCR-Tests nach Meldewoche (Folie 7) ▪ Etwa 200 Fälle/Woche mit positivem Antigen-Test und pos. PCR-Bestätigung ▪ Keine gute Erfassung durch die GÄ ▪ Inwiefern die Zunahme der Antigen-Tests die Fallzahlen beeinflusst, kann aus den Meldedaten nicht befriedigend beantwortet werden o Krankheitsschwere Variante B1.1.7 (Folien hier) ▪ Höchster Anteil von Hospitalisierungen bei den Fällen mit VOC-Ausschluss ▪ Grund könnte sein, dass die schwere Erkrankung bzw. Hospitalisierung der Anlass für die Sequenzierung war ▪ In der AG 35-59J ist der Anteil Hospitalisierter bei Fällen ohne VOC niedrig, hier aber niedrige Fallzahlen ▪ Fall-Verstorbenen-Anteil unter hospitalisierten Fällen bei Frauen der AG >80 mit B.1.1.7 am höchsten ▪ Für eine sinnvolle Interpretation sollte der Anlass für die Sequenzierung bekannt sein	FG32 [redacted] FG 34 [redacted]

	○ Diskussion ▪ Die dominanten VOC werden ohnehin ursächlich bei Hospitalisierungen und Todesfällen in den Vordergrund rücken ▪ Frage: Die Heatmap zeigt für KW 31 und 32, dass der Anstieg in der AG 20-24 begann und sich dann nach oben verbreitete, spricht der jetzige Anstieg in den mittleren AG dafür, dass das Infektionsgeschehen jetzt dort überwiegt? ▪ AW: Bei den Ältesten AG macht sich die Impfung bemerkbar, die mittleren AG sind mobil und berufstätig (Übertragungen dort), hier ist nicht nur Impfung sondern auch Screening-Testung sinnvoll ▪ Testung in Betrieben ist bereits vorgesehen ▪ Hinweis: Ansteigender Trend der 7-Tage-Inzidenz in allen AG von 0-60 in der 9. KW. Die nicht institutionalisierte AG 60-80 ist sehr vorsichtig und schützt sich selbst ▪ Heatmap weist auf bevorstehende 3. Welle hin, wie kann RKI-Kommunikation zur Vermeidung beitragen? ▪ Sollte, neben der Beschleunigung von Impfung und Testung eine Änderung der Impfpriorisierung erwogen werden? ▪ In den vorliegenden Modellierungen wurde gezeigt, dass die derzeitige Priorisierung am geeignetsten geeignet ist, Todesfälle zu vermeiden ▪ Frage: Welche Inzidenzen liegen dem Modell zugrunde, gilt dies auch für die derzeitigen Inzidenzen?	Alle [redacted]
	• **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote (Folie 1) ▪ Anzahl hat unerheblich abgenommen ▪ Positivquote mit 6,2 % etwas zugenommen ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten unverändert bei 2,2 Mio ▪ Nach wie vor nur 50% Auslastung ○ Probenrückstau ▪ Nicht nennenswert ○ AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ (Folien 5-7) ▪ Datenqualität mäßig, lückenhaft, fehlerhaft daher deskriptive Auswertung ▪ Anteil der Meldungen aus den verschiedenen Bundesländern: sehr unterschiedlich, keine Meldungen aus BR, HE, SN, NW ▪ Meldungen nach Einrichtung: etwa 75% aus stationärer und ambulanter Pflege, ▪ Es wurden Tests von 39 verschiedenen Herstellern angegeben (bisher liegt kein Abgleich mit der BfArM-Liste vor)	Abt. 3 [redacted]

Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier)

- Anzahl Testungen und Positivenanteile
  - Bestätigung der Zahlen der Testzahlenerfassung
- Anteil positiv Getesteter nach Bundesland
  - Abnahme in TH, Zunahme in BW
- Anzahl Testungen/100.000 EW nach AG
  - Weiterhin Abnahme in der AG >80
  - Zunahme in den AG 0-4 und 5-14
  - Alle anderen AG stabil
- Positivenanteil nach AG und KW
  - Abnahme in der AG >80
  - Geringe Abnahme in der AG 0-4
  - Geringe Zunahme in AG 0-4 und 5-14
- Abnahmeort
  - Zunahme in Arztpraxen mit leicht sinkendem Positivenanteil
- VOC
  - Del H69/V70 (als Indiz für B.1.1.7): Keine weitere Zunahme (Daten aus 12 Laboren)
  - B.1.1.7 Übersicht (Daten aus 12 Laboren): Inhomogenes Bild aus Anstieg, Abflachung, Plateau
  - B.1.1.7 in Altersgruppen (Folie 10): Anstieg in den AG 0-4 und 5-14, Rückgang in allen anderen AG
- Ausbrüche
  - Altersheime: Rückgang
  - Krankenhäuser: Rückgang i. Vgl. zu KW 8

FG37 [redacted]

Hinweis: Bitte um Vorstellung von maximal 6 Folien [redacted]

- Diskussion
  - In der Testerfassung liegt der Anteil VOC bei 56%, in den Sequenzierungen (KW 8: 8,7%) bei 42%: Abflachung ist in allen Erfassungssystemen zu sehen, Steigerung verlangsamt sich

- **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier)
  - GrippeWeb
    - Werte liegen weiterhin unter denen der Vorsaisons (seit KW 36)
    - Steiler Anstieg in der AG 0-4, Anstieg auch in AG 5-14
  - ARE-Konsultationen (Folie 3)
    - Leicht steigende Arztkonsultationen
    - In letzter KW ca. 408.000 ARE-Arztbesuche
    - Regionale Unterschiede: in BW Anstieg in allen AG außer >60, in SN steiler Anstieg in AG 0-4, in BB und TH Anstieg bei den Schulkindern, in SH Anstieg in allen AG
    - Öffnung der Kinderbetreuung und Schulen macht sich bemerkbar
  - ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) (Folien 4-6)
    - SARI-Fallzahlen stabil, leichter Rückgang in den AG 60+

FG36 [redacted]

	▪ Insgesamt deutlich unter Niveau der Vorsaisons in allen AG, da keine Grippewelle vorhanden ist ▪ COVID-SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 8. KW 2021: AG 35-59: Stabilisierung etwa auf Niveau der 1. Welle, AG 60-79: möglicherweise wieder leichter Anstieg, AG 80+ : kontinuierlicher Trend nach unten, AG 15-34: leichter Anstieg ▪ Anteil COVID-19 an SARI-Fällen: in KW 8 bei 56% (KW 7: 50%) o T-Tage-Inzidenz und Anteile nach Altersgruppen (Folien??) ▪ Anstieg in allen AG < 15J, in den KiTas ist etwa das Niveau von vor Weihnachten erreicht, in den Schulen etwas darunter ▪ Die Zahl der Ausbrüche ohne V.a. VOC ist konstant ▪ Die Zahl der Ausbrüche mit V.a. VOC nimmt zu o Diskussion ▪ Vorschlag: Niederschwellige Kommunikation dieser Trends in Schulen und KiTas im Lagebericht ▪ Soll auch in der BPK thematisiert werden *ToDo: Übernahme in den Lagebericht* *ToDo: Thema auf den Sprechzettel für die BPK* • **Virologische Surveillance, NRZ-Influenza Daten (mittwochs)** o **nicht besprochen** • **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) o 2.732 COVID-19-Patienten ITS (03.03.2021) o In einigen Bundesländern Stagnation, in einigen Zunahme, in einigen Abnahme o Anzahl mit High-Flow-Oxygen-Therapie oder NIV nimmt zu, Anzahl mit invasiver Beatmung nimmt ab o In HH, TH, HB, BE liegt der Anteil von COVOD-19-Fällen an ITS Betten > 15%, NS und MV stagnieren, SH und SL Rückgang, BB Anstieg o COVID-19-Belegung an täglicher ITS-Belegung: Anteil an Gesamtbelegung unverändert, Anteil bei invasiv Beatmeten 50-60%, Anteil bei ECMO 70% o SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen (Folie 4) ▪ Erstmals wieder leichter Anstieg prognostiziert in allen Kleeblättern ▪ Bei tieferem Einblick in die Cluster zeigen sich heterogene Trends mit prognostizierter Zu-/Abnahme o Diskussion ▪ Hinweis: Es zeigen sich dramatische Unterschiede in der Belegung, mit niedrigeren Zahlen in den	FG 36 [redacted] [redacted] Presse Lagebericht MF 4 [redacted] Leitung

	westlichen BL –eventuell durch die unterschiedliche Zahl der zur Verfügung stehenden Betten verursacht? *ToDo: In die Darstellung bitte zusätzlich zur prozentualen Belegung auch die die absoluten Zahlen mit aufnehmen* ▪ Prognose wird bisher nur an einen großen Verteiler (Steuerungsgremien etc.) kommuniziert, sollte in den Lagebericht aufgenommen werden? ▪ Jede Neuerung weckt Erwartungen, die man dann weiterhin erfüllen muss ▪ Hinweis: DIVI veröffentlicht eine eigene Prognose, bitte nicht verwechseln mit der SPoCK-Prognose, die das RKI mit Partnern erarbeitet ▪ Die Abflachung des Rückgangs und der Anstieg der Belegung in manchen Bereichen hat bereits stattgefunden und könnte auch retrospektiv kommuniziert werden [redacted]	MF4 [redacted] [redacted] [redacted]
2	**Internationales** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Keine Themen **Presse** • Keine Themen • Fragen: Wie ist der Stand der begleitenden Kommunikation zu kostenlosen Schnelltests und Selbsttests? RKI hat eine Grafik zur Synopse von PCR, Schnelltest und Selbsttest beigesteuert o Themenseite der BZgA wurde aktualisiert o Anzeigenschaltung ist gemeinsam mit BMG geplant *ToDo:* [redacted] *ist gebeten, den aktuellen Stand der Begleitkommunikation zu zirkulieren*	BZgA [redacted] Presse [redacted] [redacted] [redacted]

	• Präsentation zur Kommunikation zum Thema Testen (Folien hier) o Zielsetzung: Infektionen verringern o Häufig genannte Einwände ▪ Sehr viele der Positiven sind falsch Positiv (ja, aber die meisten sind richtig negativ) ▪ Nach einem falsch positiven Test macht keiner mehr mit (keine schlechten Erfahrungen mit falsch Positiven: „Lieber 2 Tage unnötig zu Hause bleiben als andere anstecken.“) ▪ Negative Testergebnisse als Freipass (syst. Reviews zu Risikokompensation zeigen dies nicht) ▪ Es machen nicht alle mit (das ist nicht nötig, bzw. die Nachfrage ist bereits sehr hoch) ▪ Die Leute können sich nicht selbst testen (Studien zeigen, dass das möglich ist) ▪ Bei positivem Resultat wird Unterstützung gebraucht (gute Kommunikation kann dies bieten) o Annahmen zu den Testgründen ▪ Um andere nicht zu infizieren ▪ Um wieder am sozialen Leben teilnehmen zu können ▪ Um eine aktive Rolle einzunehmen, während auf die Impfung gewartet wird o Vorschläge zur RKI-Kommunikation ▪ Positive Aspekte der Tests betonen ▪ Was tun bei neg. Resultat: AHA+L, Momentaufnahme ▪ Was tun bei pos. Resultat: zu Hause bleiben, Arzt kontaktieren ▪ Wann testen: genaue Empfehlungen ▪ Aufforderung: Machen Sie von dem Testangebot Gebrauch und helfen Sie durch selbstverantwortliches Handeln, Infektionsketten zu unterbrechen o Entwicklung eines Narrativs (Folie 15) o Kampagnienideen (Folie 16) o Es ist eine Chance, den Menschen, die keine Verbote und Einschränkungen mehr möchten, eine aktive Rolle im Geschehen anzubieten o Diskussion: s. bitte unter Strategie allgemein	P1 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie (mittwochs) o Nicht besprochen • Sachstandsbericht aus der AG Testen mit dem BMG (Folien hier) o Vorstellung der grafischen Darstellung (Folie 1) der beiden Bereiche „Krankenbehandlung“ (im Vordergrund steht die Symptomatik, Goldstandard PCR, Isolierung, Behandlung, ggf. Sequenzierung, geregeltes Entlassungsmanagement), dieser Bereich ist gut etabliert	Alle [redacted]

	und „Public Health“ (im Vordergrund steht die Exposition, Testung von asymptomatischen Personen in Betrieben und Schulen nach Testkonzept) ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Diskussion ▪ Frage: Werden kostenlose Tests (2xwöchentlich) und Selbsttests nicht in die nationalen Teststrategie aufgenommen? AW: Einbindung ist sehr schwierig ▪ EpiBul -Artikel ist in Vorbereitung durch AG Diagnostik, hier könnten noch weitere Aspekte eingebracht werden ▪ Der Effekt von Screeningtests ab einer gewissen Frequenz und die Bedeutung eines intensivierten Screenings (Fremdtest und Selbsttest) in Betrieben, Schulen und Kindergärten sollte herausgearbeitet werden ▪ Darstellung von drei Szenarien, die PH Strategie sollte um das Screening erweitert werden i) Krankenbehandlung ii) Public Health (Abklärung, KoNa, Isolation) iii) Systematisches Screening, Datengrundlage hierzu liegt mittlerweile vor und sollte für den Artikel zusammengestellt werden ▪ Es wird zu wenig über falsch negative Tests gesprochen, obwohl das ein wichtiges Thema ist ▪ Es ist zwischen zwei Konzepten zu unterscheiden: Screening 2x wöchentlich ohne Anlass und sogenanntes „Freitesten“ für eine Veranstaltung ▪ Hier haben sich mittlerweile Bezeichnungen etabliert: „Schultest“ (Screening) und „Türöffnertest“, wurde bei der Informationskampagne BMG/BZgA bereits berücksichtigt ▪ Tests werden zur Selbstdiagnostik (Ausschluss von COVID-19 bei Symptomatik) verwendet werden, es wird schwierig werden, zwischen Diagnostik, Selbstdiagnostik und Screening abzugrenzen ▪ Wichtig zu kommunizieren: Bei Symptomatik kommt vor dem Test die Selbstisolation ▪ Es ist sinnvoll, die Teststrategie mit einer differenzierten Kommunikationsstrategie zu begleiten, hierbei sollten alle Anwendungsmöglichkeiten und Einschränkungen dargestellt und erklärt werden, damit die Ausgestaltung der Testangebote so wenig wie möglich in den privaten Bereich ausgelagert wird ▪ Wichtig: Was ist zu tun bei positivem Testergebnis	Alle [redacted]

	▪ RKI sollte Stellung beziehen und durch einige einfache Regeln Klarheit herstellen: Für welche Gruppen und in welchen Situationen ist welche Testindikation gegeben (z. B. Screeningtests für Familien mit Schulkindern und für Betriebe, bei Bedarf zusätzlich Türöffnertests, etc.), dies würde in der Bevölkerung positiv aufgenommen ▪ [redacted] ○ Zusammenfassung ▪ RKI sollte sich jetzt einmal deutlich zu Sinn und Anwendung der Teststrategie incl. Screening- und Selbsttests äußern, Effekt auf Bevölkerungsebene soll dargestellt und belegt (Quellen) werden, es soll darauf hingewiesen werden, dass Hygieneregeln und Kontaktbeschränkungen nicht durch Türöffnertests hinfällig werden ▪ Bisher wurde überwiegend vor den Nachteilen der Tests gewarnt, jetzt sollen auf der Grundlage der mittlerweile vorhandenen Daten die positiven Aspekte/Möglichkeiten hervorgehoben werden *ToDo: [redacted] wird gebeten, die Folien zur Kommunikation bezgl. Testen in die AG-Diagnostik einzuspeisen* *ToDo: Die diskutierten Aspekte sollen in dem 2. EpiBul-Artikel dargestellt werden, inkl. positive Anwendungsbeispiele, auch anlassloses Screening soll thematisiert werden (Quellen aus USA und UK), Federführung: AG-Diagnostik in Kooperation mit P4 [redacted] und FG 36 ([redacted]: Szenarien und Anwendungsbeispiele beisteuern)* *Ziel: Übersichtlichkeit geht vor Umfang* • Kommunikation zu Ostern (und anderen religiösen Anlässen) in Bezug auf Verhaltensempfehlungen in verschiedenen Sprachen ○ Verschoben auf Freitag **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	[redacted] [redacted] AG-Diagnostik, FG 36 [redacted]
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Umgang mit vollständig Geimpften bzgl. Quarantäne-Maßnahmen (Entwurf hier)	FG 33 [redacted]

- FG 33 vertritt die Haltung, dass bei vollständig Geimpften auf eine Quarantäne nach Exposition verzichtet werden kann, das Risiko möglicherweise auftretender asymptomatischer Infektionen kann mitigiert werden Vorschlag: Quarantäneausnahme für vollständig Geimpfte, Empfehlung der Selbstisolierung bei Symptomatik, kein Verzicht auf Masken
- US-CDC erlaubt vollständig geimpften (2 Dosen +14 Tage Abstand), sich ohne Maske in Innenräumen zu treffen und ordnet nach Exposition keine Quarantäne an (basierend auf 78 Referenzen)
- Mittlerweile liegen Daten zum Gesamteffekt der Impfung auf die Häufigkeit von SARS-CoV-2-Infektionen vor: 70 % weniger nach 1.Dosis von AstraZeneca, 90 % weniger nach 2. Dosis von Biontec/Pfizer-Impfstoff, Viruslast und Dauer der Virusausascheidung sind bei den trotz Impfung PCR-Positiven geringer bzw. kürzer
- Diesbezügliche Anfragen aus den BL nehmen zu

- Diskussion
  - Frage: Wie soll mit Genesenen umgegangen werden? Es ist nicht überzeugend, für Geimpfte Ausnahmeregelungen zu schaffen und nicht auf die Genesenen einzugehen
  - Aber: Impfung schafft eine standardisierte Situation, Situation der Genesenen ist zeitlich und durch unterschiedliche Schweregrade nicht standardisiert
  - Datenlage hierzu unklar, es wurde ein Review von ZIG im Krisenstab vorgestellt, an dessen genaue Inhalte sich niemand erinnert

ToDo: [redacted] *wird gebeten, bitte die entsprechenden Folien im Krisenstab zu zirkulieren* [redacted]

  - Lösung: STIKO empfiehlt (datenbasiert), Genesene nur 1.x zu Impfen, daher sollen die Quarantäneausnahmeregeln für vollständig Geimpfte und Genesene, die eine Impfdosis erhalten haben empfohlen werden
  - Regelungen für Gesundheitspersonal und Testregime bleiben unverändert

[redacted]

FG 33 [redacted]

- Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter Personal der kritischen Infrastruktur bei Personalmangel (Entwurf hier)
  - [redacted]

[redacted]

	[redacted] ▪ Dokument wird nicht diskutiert *ToDo: Dokument bitte zirkulieren* ○ Management von Kontaktpersonen ▪ Anfrage: Soll bei asymptomatischen Personen mit pos. Antigen-Testergebnis die KoNa erst nach PCR-Bestätigung aufgenommen werden? ▪ Antigen-Test soll deshalb in das Dokument zur KoNa aufgenommen werden ▪ Vorschlag: Bei pos. Testergebnis Selbstisolation und Information der eigenen Kontakte, KoNa erst nach PCR- Bestätigung *ToDo: Formulierungsvorschlag soll ausgearbeitet und im Krisenstab freigegeben werden* ○ Major differences in ICU admission ▪ Verschoben	[redacted] [redacted] [redacted]
9	**Labordiagnostik** • FG 17 ○ Rhinoviren: Anstieg ○ Saisonale Coronaviren NL 63: Anstieg ○ Öffnung von Schulen und KiTas macht sich hier bemerkbar • ZBS 1 ○ Kein Beitrag	FG17 ZBS 1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Soziodemographische Faktoren für schweren Verlauf ○ Verschoben	IBBS FG 38/FG 28
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (nur montags) • Keine Themen	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Impfung der Feldteams	[redacted]

	○ Feldteams sollten der Priorisierungsgruppe 2 zugeordnet werden ○ Mitarbeiter des PEI haben eine Bescheinigung bekommen, dass sie zur Priorisierungsgruppe 2 gehören ○ Eine Abfrageliste zur Anzahl der betreffenden RKI-Mitarbeiter liegt bereits vor *ToDo: FG 38 ([redacted] wird die entsprechenden Formulare bei den Berliner Gesundheitsbehörden beschaffen, die dann von der Institutsverwaltung ausgestellt werden können*	
15	**Wichtige Termine** • Hinweis: Sitzung G20 innovative Public Health Officers (PHOs) training Laboratorium (TN: [redacted])	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 12.03.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

Sitzungsende 13:15

418 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-03-12.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*12.03.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Vertretung durch FGL12
- Abt 2
  - Thomas Ziese (FG 24)
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 28
  - ./.
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG 35
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - ./.
- P1
  - [redacted]
- P4
  - ./.
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International (nur freitags)
	• Folien hier
	• 117.799.584 Fälle (+8,3% im Vgl. zur Vorwoche)
	• 2.615.018 Todesfälle (2,2% CFR)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle – unverändert:
	  ○ USA, BRA, FRA, ITA, IND, POL, TUR, CZE, RUS, IRN
	  ○ IRN und DEU wechseln sich je nach Tag auf Platz 10 ab
	• 7TI je 100.000 EW (11.03.2021):
	  ○ am höchsten in Ländern Amerikas und Europas
	• WHO-Regionen (WHO Epidemiological Update 09.03.3021)
	  ○ 7T-Inzidenz im Vgl. zu Vorwoche: Aufwärtstrend in allen WHO-Regionen, v.a. Ozeanien
	  ○ 7T-Todesfälle im Vgl. zu Vorwoche: Abwärtstrend in allen WHO-Regionen außer in Ozeanien
	• VOC B.1.1.7:
	  ○ in 105 Ländern;
	  ○ davon 5 Virusvarianten-Risikogebiete (VV-RG): IRL, POR, SVK, CZE, UK
	• VOC B.1.351:
	  ○ in 58 Ländern;
	  ○ davon VV-RK: Botswana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Mozambik, Österreich (Tirol), Sambia, Simbabwe, Südafrika, Moselle in Grand Est (Frankreich);
	  ○ unter Beobachtung: Afrika (u.a. Angola, Burundi, Ghana, Kenia, Namibia, Nigeria, Ruanda, Tansania)
	• VOC P.1.:
	  ○ in 32 Ländern, v.a. in Europa und Amerika;
	  ○ VV-RG: BRA;
	  ○ unter Beobachtung: Südamerika
	• Frage: Inwiefern besteht eine Korrelation zwischen Staaten mit Fallzahl-Zunahme und VOC-Vorkommen? – Antwort: unklar, v.a. wegen unterschiedlicher Sequenzierungsaktivitäten.
	• Anmerkung: Gesundheitsämter fragen vermehrt bei RKI an zum Umgang mit VOC und Reisenden. – Länder sollen mit BMG darüber sprechen, z.B. bei AGI und/ oder GMK.
	
	National
	• **Fallzahlen, Todesfälle, Trend**
	  ○ Folien hier
	  ○ SurvNet übermittelt:
	  ▪ 2.545.781 (+12.834), davon 73.062 (+252) Todesfälle;
	  ▪ 7-Tage-Inzidenz 72/100.000 EW
	  ○ Impfmonitoring:
	  ▪ Geimpfte mit einer Impfung 5.978.551 (7,2%),
	  ▪ mit 2 Impfungen 2.738.103 (3,3%)
	  ○ DIVI-Intensivregister:
		ZIG1 [redacted]
		
		FG32 [redacted]

	▪ 2.813 (-10) Fälle in Behandlung o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Manche BL ansteigend: TH, BY ▪ Stabil: RP, SH ▪ Insgesamt ansteigender Trend o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreisen ▪ Sehr heterogenes Bild ▪ Hohe Inzidenz in Landkreisen an Grenze zu Tschechien (SN, TH, BY) o Trends: ▪ Kein einheitliches Bild ▪ Zunahme v.a. im Süden (BW, BY) ▪ Z.T. Zunahme in einem Landkreis und Abnahme in benachbartem Landkreis o Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Liegt jetzt unterhalb des Durchschnitts der Vorjahre – Bezugszeitraum: 2017-2020 ▪ Mögliche Gründe: wahrscheinlich Effekt von Impfungen bei Ü80; Destatis hat in Vorjahren nicht korrigiert für Übersterblichkeit aufgrund von Saisonaler Influenza und COVID-19 1. Welle im Frühjahr 2020 ▪ Frage/ Diskussion: Inwiefern auch Effekt, weil Gesundheitsämter nicht informiert werden oder nicht nachkommen mit Melden? Darstellung im Lagebericht? – Anmerkungen: verschiedene Systeme vorhanden und im Lagebericht vorhanden, z.B. Syndromische Surveillance wöchentlich; Hospitalisierungsdaten auch publiziert; Parameter mit ca. 1 Woche Zeitverzug. Vorschlag: Darstellung im Lagebericht mit grauem Balken für letzte Woche mit Hinweis auf Unsicherheit und Nachmeldungen. Entscheidung: ab nächster Woche, möglichst täglich. *TO DO [kommuniziert am 14.03.2021 von Lagezentrum an* [redacted] *mit Bitte um Berücksichtigung]:* *Abbildung zu Todesfällen nach Sterbewoche in Lagebericht aufnehmen, möglichst täglich.*	[redacted] u.a.
	• **Entwicklung 7T-Inzidenz B.1.1.7 und non-B.1.1.7** o Folie hier o Wo B.1.1.7 vorkommt: 7TI mit exponentiellem Wachstum; wo B.1.1.7. nicht vorkommt: 7TI rückläufig o Beide Trends überlagern sich. 7TI in Summe leicht ansteigend, wird in kommenden Wochen stärker ansteigen, auch wenn jetzt noch nicht zu sehen ist. o Gute Datenlage; entspricht dem, was im Modell von [redacted] prognostiziert wurde. o Kommentar, Zustimmung: RKI soll nach außen verdeutlichen, dass Anstieg der Fallzahlen nicht aufgrund mehr Antigen-Tests zu beobachten ist, u.a. im Lagebericht. • **Testkapazität und Testungen (mittwochs)**	FG 34 [redacted]

	○ (nicht berichtet) • **Syndromische Surveillance (mittwochs)** ○ (nicht berichtet) • **Virologische Surveillance, NRZ-Influenza Daten (mittwochs)** ○ (nicht berichtet) • **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** ○ (nicht berichtet)	
2	**Internationales** • Mission nach Montenegro: 1. kurze Mission vor Ostern für Diagnostik im Norden; 2. größere Mission voraussichtlich in 3. April-Woche, dann evt. Impfstoff-Einführung begleiten, ggf. Abt. 3 einbinden • Mission nach Usbekistan: zusammen mit IBBS mit Charité; Telemedizin i.R.v. COVID-19-Fallmanagement • Westbalkan: Anfrage zur Unterstützung bei Kommunikation zum Thema Impfen; FG33 unterstützt bei virtueller Beratung; eigentlich Unicef aktiv bei Kommunikation zu Impfskepsis, aber an deutsche Botschaften herangetreten mit Argument, Deutschland könne hier Vertrauen schaffen. • Projekt zu Sequenzierung von SARS-CoV-2 in versch. Ländern: Protokoll in Abstimmung mit FLI u.a. • GHPP – Corona Global: Diese Woche Reviews ad hoc umgesetzt. • GHPP – Phase 1 und Phase 2: BMG hat informell mitgeteilt, dass 2. Phase verschoben wird (Beginn erst 2023, nicht 2022); Ausschreibung im Frühjahr 2022. Die 1. Phase wird entsprechend um 1 Jahr verlängert (2022, „COVID-Verlängerung“).	ZIG [redacted]
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • (nicht berichtet)	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Text im Lagebericht wird angepasst auf Q1/2021 statt Q4/2020. (Dokument hier) • Diskussion: Hinweis auf 3. Welle und Risikobewertung bereits jetzt anpassen und deutlicher kommunizieren oder noch nächste Woche abwarten, bis Trend deutlicher zu sehen? Bedürfnis in Bevölkerung nach Lockerungen, Familienbesuche zu Ostern etc. vs. bereits aufkommende 3. Welle; wenn später kommunizieren, dann politische Entscheidungen noch später – ungünstige Situation und Befürchtung, dass Schaden entsteht. Entscheidung: heute und Mo., 15.03., durchdenken; nächste Woche anpassen. *TO DO [Anmerkung Lagezentrum: Entwurf liegt bereits vor – siehe E-Mail vom 13.03.2021, 17:40 Uhr]:* *FG36 / [redacted] erstellt Entwurf bis Mo., 15.03.2021, 13:00 Uhr.*	[redacted]

5	**Kommunikation** **BZgA** • Social Media – anhand von Nachfragen und Kommentaren 3 Themen im Fokus und beobachtet: o 1. Impfen – Nebenwirkungen von Impfungen o 2. Impfen – Priorisierung, insb. Prio-Gruppe 3 o 3. Tests. • Advertorial o U.a. Abstimmung mit [redacted] o Erst in Tageszeitungen, dann crossmedial in Print und digital, insb. auch Social Media o Frage: Inwiefern wird Zuhause-Bleiben bei Symptomen adressiert? Antwort: Nicht explizit, sondern AHA allgemein. **Presse** • Anfrage von dpa wegen Abbildung im Lagebericht (Folie hier): Sternchen mit Hinweis, dass Testkriterien geändert, insb. weil nun wieder geändert, aber kein 2. Sternchen. o Vorschlag: Sternchen in Abbildung weglassen und Hinweis im Lagebericht im Fließtext einbauen. Entscheidung: Zustimmung. • Lagebericht – Teil zu Tests: Insgesamt sehr lang, aber ordnet wenig ein. o Vorschlag: mehr erläutern, statt nur Zahlen zu nennen, insb. erklären, inwiefern geänderte Testkriterien tatsächlich dazu führen, dass Zahlen nicht vergleichbar seien, und Hinweis zu Effekt von Antigen-Test. – Abt. 3: ist bereits in Überarbeitung. Entscheidung: Lagebericht anpassen, aber EpidBull hat Priorität. *TO DO [Lagezentrum geht davon aus, dass EpiBull Artikel in Arbeit ist – keine weitere Aufforderung, MadH 14.03.2021]:* *EpidBull nächste Woche publizieren; danach (spätestens übernächste Woche) Lagebericht anpassen.* **Risiko-Kommunikation** • (nicht berichtet) *Todo: Bitte von [redacted]: P1 bitte immer anwesend sein.* *[Lagezentrum hat P1 erinnert am 14.03.2021, [redacted]]*	BZgA [redacted] Presse [redacted] P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **Kommunikation zu Ostern und anderen bevorstehenden religiösen Anlässen** o Kommunikation von P1, [redacted], vorbereitet; angelehnt an Kommunikation vor Weihnachten 2020, o insb. Verhaltensmaßregeln aufgearbeitet: Vorquarantäne und Bilden von Social Bubbles; evt. in Kombination mit Testen o Frage an BZgA: Was konkret an Kommunikation geplant?	FG36 [redacted] BZgA [redacted]

	▪ Reaktivieren die Kommunikation von Ostern 2020 und Advent/ Weihnachten 2020 – wird an aktuelle Situation angepasst, auch in Hinblick auf die Frage, was Testen leisten kann und was nicht. ▪ Übersetzungen in Vorbereitung o Frage an P1: Wie ist der Stand des RKI-Informationsblatts (noch unvollständig)? ▪ *(nicht geklärt – auf Wiedervorlage)* o Anmerkungen/ Diskussion: bei Symptomen und negativem Test weitere Abklärung der zugrundeliegenden Ursache nötig und Appell, zu Hause zu bleiben; auch Appell, zu Hause zu bleiben, wenn symptomatisch und sich nicht testen lassen (wollen) **b) RKI-intern** • **Studienvorschlag: Nutzung der Corona-Warn-App für Assoziationsstudien zu COVID-19 (CoViRiS-CWA)** o Folien hier o CoViRiS – Fall-Kontroll-Studie ▪ läuft moderat, v.a. weil von Gesundheitsämtern abhängig; GÄ fühlen sich stark belastet durch Studie, sodass viel Überzeugungsarbeit nötig, damit GÄ mitmachen. ▪ hoher dropout wegen Datenschutzanforderungen ▪ starke Verzögerung, ca. 4 Wochen nach Testung ▪ methodische Probleme durch Maßnahmen-Änderungen (z.B. Kontrollpersonen gehen jetzt zum Friseur) o Vorschlag: weitere Studie mit Fall- und Kontroll-Rekrutierung durch CWA ▪ FG35 in Kontakt getreten mit FG21 o Vorteile: unabhängig von ÖGD; weniger Verzögerungen o CoMolo u.a. nicht praktikabel (auch als Antwort auf eine Bitte vor einigen Wochen im Krisenstab o Fall-Befragung ▪ Warnende CWA-Nutzer sollen zu Online-Fragebogen geleitet werden, der selbst auszufüllen ist, 2 Tage nach der Warnung ▪ Online-Fragebogen muss kürzer sein (max. 15 min – statt Fragen für bis zu 50 min mündliche Befragung); deswegen verschiedene Versionen je nach Fall-Kategorisierung, z.B. Verdacht auf Impfdurchbruch, Medizinisches Personal, nach Auslandsreise; u.U. auch Follow Up möglich, z.B. nach 6 Wochen o Kontroll-Befragung von negativen CWA-Nutzern ▪ Datenbank-Füllung nach Matching-Kriterien - aufwändig ▪ Fall-Kontroll-Verhältnis z.B. 1 zu 4 o Herausforderungen (z.B. gutes Fall-Kontroll-Verhältnis) und Chancen – siehe Folien o Nächste Schritte: ▪ 1. Prüfen, was mit CoMolo-Daten möglich ist	FG35 [redacted], FG21 [redacted]

	▪ 2. CWA: prüfen, ob und wie Datenerhebung integriert werden kann ▪ 3. Abstimmung mit BMG ▪ 4. Ressourcenplanung. ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Frage: Inwiefern stärker als in mündlichen Befragungen sozial erwünschtes Verhalten provoziert? Antwort: Befürchtung, dass Menschen „mit schlechtem Gewissen“ gar nicht erst an Befragung teilnehmen; sozial erwünschte Antworten im Verlauf nicht auszuschließen. ○ Erste Auswertungen von CoViRis – vorläufige Ergebnisse, sind höchstens Tendenzen, vertraulich behandeln: ▪ viele Arbeits- und Einkauf-Kontakte sind positiv korreliert ▪ Rauchen ist nicht assoziiert ▪ ÖPNV hat keinen Einfluss ▪ Wohnverhältnisse haben keinen Einfluss (erstaunlich) ▪ Ergebnisse ließen sich als Benchmark nutzen für neue Studie; Unterstützung von Abt 3 nötig	
7	**Dokumente** • Dok 1	**Kommentiert [redacted]:** @TWIMC: Hier wurde ein KRITIS-Dokument kurz angesprochen. Bitte ggf. ergänzen.
8	**Update Impfen (nur freitags)** • **Impf-Modell – Spontaner Beitrag in Ergänzung zur Diskussion in Bezug auf neue Varianten und Inzidenz** ○ Folien hier ○ Impfmodell entwickelt, das insb. berücksichtigt: Kontaktverhalten, Liefermengen der 3 Impfstoffe, Impfkapazitäten ○ Diskussion mit BMG auf Arbeitsebene ○ will Modell demnächst genauer vorstellen im Krisenstab ○ CAVE: gemittelte Zahlen ○ Aktuell in Impfzentren rund 250.000 Impfungen pro Tag; perspektivisch bis zu 600.000; ab April zusätzlich 700.000 Impfungen bei Hausärzt*innen ○ Verteilung Todesfälle bei 30% Öffnung entsprechend BMG-Vorschlag nach GMK – mit und ohne B.1.1.7 (+25%) ▪ Szenarien: wenn Lockerungen zum 15.03., 01.04., 15.04., mit und ohne B1117 ▪ Rebound-Effekte bei B.1.1.7, wenn Lockerungen zu früh; dabei Altersstratifizierung sichtbar: Rebound v.a. bei 40- bis 69-Jährigen (Ältere weniger betroffen wegen der Impfungen) ○ Frage: Impfungen bei U18-Jährigen? Antwort: Ab Mai voraussichtlich auch 16- bis 18-Jährige zu impfen, aber mit	FG 33 [redacted] **Kommentiert [redacted]:** @FG33: Bitte ablegen und Link ergänzen. **Kommentiert [redacted]:** FG33 erinnert am 14.03.2021, [redacted]

	Impfstoff für (noch) jüngere Altersgruppen ist nicht vor Herbst zu rechnen. o Anmerkungen: Lockerungen werden von Bevölkerung vorweggenommen – selbst was noch nicht beschlossen ist, wird bereits gelebt. o Frage: Modellierung auch auf Ziel, Gesundheitssystem nicht zu überlasten, nicht nur auf Ziel, Todesfälle zu verhindern? Insb. in Hinblick darauf, dass jetzt vermehrt Lehrer*innen geimpft werden und weniger die Älteren. – Antwort: Ja, 4 Outcomes im Modell; ähnliche Rebound-Effekte und Altersgruppen. o [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] o Anregungen: ▪ von FG17: evt. auch erhöhte Fallsterblichkeit mit ins Modell einbeziehen, siehe BMJ ▪ von FG36: auch Anteil-Steigerung berücksichtigen *TO DO [FG33 per E-Mail erinnert, [redacted] 14.03.2021]:* *@FG33: Präsentation der Modellierung nächste Woche im Krisenstab.*	FG 33 [redacted]
	• **Update STIKO** o Astra Zeneca: Altersgrenze herausnehmen; Abstand von 12 Wochen zwischen beiden Dosen empfehlen o Impfung von Genesenen: selbst wenn asymptomatisch waren, 1 Impfdosis ausreichend. o RKI-Merkblatt ist entsprechend anzupassen – eilt *TO DO [keine Erinnerung, gehe davon aus, dass das erfolgt ist, [redacted] 14.03.2021]:* *Aktualisierte Merkblätter noch heute (Fr., 12.03.2021) an Länder schicken.*	FG 33 [redacted]
	• **Thromboembolien nach AstraZeneca-Impfungen** o Dänemark hat Impfprogramm für AstraZeneca ausgesetzt, andere Länder nachgezogen, zumindest für betroffene Charge. o PEI hat bereits Stellungnahme bzw. Pressemitteilung publiziert (siehe hier) o in DEU 11 Verdachtsfälle, davon 3 verstorben, v.a. Frauen betroffen. 11 Fälle auf 1,2 Mio. Geimpfte, war zu erwarten; Hintergrund-Inzidenz eigentlich sogar höher als das, was bei Geimpften zu sehen. Wird geprüft.	

	○ Medien kommunizieren auch weitestgehend, dass dies als Vorsichtsmaßnahme geschieht. ○ Anmerkungen: evt. auch Blutgruppe als Risikofaktor berücksichtigen. • **Diskussion: Tests, Impfungen, 3. Welle** ○ [redacted]: in BPK v.a. Fragen zu Anzahl der Tests und Impfungen – nicht nach 3. Welle. Bitte, dem etwas entgegenzusetzen und gute Sprachregelung zu finden, z.B. Papier zu Aussagekraft der Tests. Einbringen in BPK nächste Woche. ○ Anmerkungen: ▪ Online-Medien berichten über 3. Welle; Botschaft sicher angekommen. ▪ Aktuell vorliegende Meldedaten: Weniger als 1% der PCR-bestätigten Fälle durch vorangegangenen positiven Antigen-Test ausgelöst, laut Angaben der GÄ ▪ Selbsttests: Liegt in Hand der Länder. *TO DO [keine Erinnerung, gehe davon aus, dass Abt.3 dies am Schirm hat]:* *@Abt. 3: Manuskript für EpidBull bzw. Argumentationspapier zu Tests.*	Leitung [redacted]
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** ○ 701 Proben i.d. letzten 4 Wochen, davon 40 SARS-CoV-2 positiv (Sequenzierung ongoing, KW 7-8: 47% B.1.1.7) ○ 110 positiv für Rhinovirus (Anstieg i.d. letzten 2 Wochen verzeichnet) ○ Saisonales Coronavirus (NL63): 27 Nachweise ○ Kein RSV, kein HMPV, keine Saisonale Influenza ○ 1 Influenza-Probe von Labor Berlin erhalten, stammt von Reiserückkehrer aus Pakistan (Linie B Victoria, Charakterisierung ongoing) • **ZBS 1** ○ 771 Proben getestet, 295 positiv (38%); stabil wie in Vorwochen ○ 55 Sequenzierungen	FG17 [redacted] ZBS 1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • **Strategische Fallverlegung** ○ Slowakei nach NRW: funktioniert, aber schleppend ○ Tschechien nach DEU: keine Verlegungen geplant, auch nicht per EWRS angefragt ○ Slowenien hat angeboten, Fälle aufzunehmen ○ Achtung: Slowenien und Slowakei bitte nicht verwechseln sowie Angebot und Nachfrage. ○ Beobachtung/ individueller Eindruck, dass Verläufe bei Jüngeren dramatischer verlaufen. Insofern auch großes Interesse an Modellierungen von FG33 und Wunsch, sowohl Krankenhäuser vorzuwarnen als auch langfristigeren Blick auf Fallzahlen (10+ Tage) zu haben.	IBBS [redacted]

Kommentiert [redacted] @ZBS 1: Bitte vervollständigen. (Wegen Audioproblemen lückenhaft.) Danke.

Kommentiert [redacted] ZBS1 [redacted]) erinnert am 14.03.2021, [redacted]

Kommentiert [redacted]**]:** Davon 51 als B117 identifiziert

	• **Soziodemographische Faktoren für schweren Verlauf**
	  ○ (Verschoben)
	• **Paper Lancet Resp Med – ICU admissions**
	  ○ kein Diskussionsbedarf, keine Handlungskonsequenz
		IBBS [redacted]

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • (nicht besprochen)	Alle

12	**Surveillance**
	• **Erwähnung COVID-10 in IfSG §34 >> Wiederzulassungsratgeber**
	  ○ Anfrage aus Berlin
	  ○ Wird mit Rechtsreferat und in EpiLag diskutiert
		FG32 [redacted]

13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Sinnhaftigkeit der Virusvarianten-Risikogebiete früher angesprochen • Diskussion aus AGI: Tests sollen zur Verfügung gestellt werden nicht nur für Personen mit Wohnsitz in DEU, sondern für alle • Corona SchutzVO: verlängert bis 31.03.2021 • MusterQuarantäneVO: 7. Neuauflage – Entwurf am 08.03. an Länder, im Krisenstab zirkuliert	FG38 [redacted]
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Momentan schwierig, Schichten zu besetzen • Jene, die noch wenige Schichten hatten, werden gezielt angesprochen • Anmerkung: Wunsch von [redacted], bitte die Vorgesetzten bei Anfragen einzubeziehen • [An [redacted] und [redacted] kommuniziert, [redacted] 14.03.2021]	FG38 [redacted]
15	**Wichtige Termine** • Austausch bezüglich Strategien und Indikatoren zur Erkennung von Varianten (TN [redacted] (FG36), [redacted] (INIG), [redacted] (INIG)) • Austausch zum Thema Testen (organisiert vom BMG)	Alle

16	**Andere Themen**
	• **Patentschutz**
	  ○ RKI als nationales PHI mit internationalen Aktivitäten möge bitte diskutieren und Haltung entwickeln, wie zu Diskussion um Patentschutz bzw. Aufhebung von Patentschutz für COVID-19-Impfstoffe steht.
	  ○ L. Schaade: evt. nicht im Krisenstab diskutieren, sondern in kleinerer Runde mit Leitung.
	  ○ Entscheidung: vertagt.
		FG37 [redacted]

	• **Nächste Sitzung** o Montag, 15.03.2021, 13:00 Uhr, [redacted]	

Sitzungsende: 12:55 Uhr.

420 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-03-15.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*15.03.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt.1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.575.849 (+6.604) bestätigte Fälle, davon 73.418 (+47) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz (7TI) 83/100.000 EW → Inzidenz und bestätigte Fälle steigend, ITS-Fälle fluktuierend ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 5.978.551 (7,2 %), mit 2 Impfungen 2.738.103 (3,3 %) ○ DIVI-Intensivregister: 2.813 Fälle in Behandlung (-10) ○ 7TI der Bundesländer nach Berichtsdatum: Anstieg insgesamt (orange), davon v.a. Thüringen; Anstieg nicht nur auf Testen zurückzuführen, ca. ab 10.03. Bruch hin zu Anstieg in sämtlichen Kurven zu verzeichnen, Anstieg vermutlich weiterhin zunehmend ○ Geografische Verteilung 7TI nach LK: nur 1 LK < 15; untere zu erreichende Grenzwerte nicht erreicht; ein LK bei fast 500 (LK Greiz), LK Schmalkalden-Meiningen ebenfalls Inzidenz wieder erhöht (derzeit ca. 313; Inzidenzen insgesamt Tendenz zu Anstieg ○ Diskussion: keine weiteren Anmerkungen ○ Entwicklung B.1.1.7 (siehe Lagebericht): wird jeweils für Ende der Woche vorbereitet **Corona-KiTa-Studie** (Folien hier) • GrippeWeb: wie in letzten drei Wochen rascher Anstieg der ARE-Rate bei 0-5 Jährigen zu verzeichnen (im Vergleich zur Vorwoche von 3,9 auf 9,1 gestiegen, für letzten beiden KW je 0,2 höher (Nachmeldungen)); scheint sehr sensitiver Parameter hinsichtlich Transmissionsgeschehen in Bevölkerung zu sein, bildet in gewissem Maße auch COVID-Inzidenz bei jungen Erwachsenen ab; in älteren AG ebenfalls ansteigend • Ausbrüche in Kindergärten/Horten: ○ Massiver Anstieg, Level vor Weihnachten bei max. ca. 60 Ausbrüchen pro Woche, derzeit bei ca. 100 insgesamt ○ Für 9. KW Nachmeldungen erwartet ○ 10. KW noch nicht abzuschätzen ○ Insgesamt in SurvNet 1.573 Ausbrüche in Kindergärten/Horten (>= 2 Fälle) angelegt ○ 1.241 (79 %) Ausbrüche mit Fällen < 15 Jahren, 42 % (3.586/8.614) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt ○ 332 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter ○ Massive Dynamik, teils mit Beteiligung der B.1.1.7 • Ausbrüche in Schulen: ○ Insgesamt in SurvNet 1.528 Ausbrüche in Schulen angelegt (>= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen)	ZIG1 FG32 [redacted] FG36 [redacted]

- 1.407 (92 %) Ausbrüche mit Fällen < 21 Jahren, 24 % (6-10J.), 24 % (11-14J.), 29 % (15-20J.), 23 % (21+)
- 121 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter
- Bis Anfang März Schulen geschlossen, Öffnung in einzelnen BuLä ohne Gruppenunterricht / klare Abstandsregeln
- Für 9. KW Nachmeldungen erwartet
- 10. KW noch nicht abzuschätzen
- Bereits hier jedoch direkte Reaktion der Ausbruchszahlen auf Öffnung sichtbar

- Anteil neuer Varianten:
  - Kita-Ausbrüche ohne *versus* mit Verdacht des Vorliegens von B.1.1.7 oder B.1.3.5.1 → exponentieller Anstieg bei Vorliegen von Varianten
  - Daten (zwei Folien mit Inzidenzen zu Kita-Ausbrüchen) wurden auf Anfrage mit Familienministerium geteilt
- Schlussfolgerung: bei starkem Anstieg der neuen Varianten reichen bisherige Maßnahmen auch bei guten Konzepten mit klarer Gruppentrennung nicht zur Eindämmung aus
- Relevante Sekundärerkrankungen bei Angestellten und Familien zu verzeichnen → aktuelle Situation bei Kindern und Jugendlichen zunehmend relevant für Bevölkerung
- Striktes Gesamtpaket an Präventivmaßnahmen zwingend erforderlich, Eindämmung höchstwahrscheinlich nicht anders möglich als durch frühzeitige Reaktion mittels Schließung der betroffenen Einrichtung
- Diskussion:
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - Nicht bekannt, ob grundsätzlich andere Symptomatik vorliegt, bezüglich Schwere soweit nicht beurteilbar
  - Rhino- und humane Coronaviren: grundsätzlich deutlich zunehmende Positivrate (v.a. bei 0-14-Jährigen), höchstwahrscheinlich keine Artefakte durch verstärkte Testung
  - Bislang empfohlene Maßnahmen zur ausreichenden Hemmung scheinbar nicht ausreichend – zusätzliche Empfehlungen?

1. Eintragsminimierung in Einrichtung durch Vorkehrungen hinsichtlich Infektionsvermeidung sowie unterstützend via Testung und Fernbleiben bei Erkrankungssymptomen
2. Innerhalb der Einrichtung: Wechselunterricht, Distanz, Lüften, Tragen (medizinischer) Masken durch Personal und Kinder
3. Sofern keine proaktive Maßnahme vorhanden, ist bei Auftreten von Erkrankungen in einer bzw. zwei Gruppe(n) reaktive Schließung gesamter Einrichtung erforderlich
   - [redacted]

➔ Strategie auf Bundesebene zu kommunizieren, ebenso der Hochrisikoaspekt aufgrund der Multiplikatorenwirkung bei Vorhandensein neuer Varianten v.a. bei der Durchführung von Präsenzunterricht ohne Wechsel für alle Stufen (siehe bspw. in BaWü)

FG36 [redacted]

Entwurf zur Aktualisierung der Risikobewertung (Dokument hier)

- Information zu Kindern und Jugendlichen vor nächstem Monatsbericht zu veröffentlichen (nächster Monatsbericht erst Ende März ausstehend)
- Im Entwurf vornehmlich logische Umstrukturierung, weniger grundsätzliche Änderungen vorgenommen
- Geänderte Passus:
  - „Nur wenn die Zahl der neu Infizierten insgesamt deutlich sinkt, können auch Risikogruppen wie die Hochaltrigen und Menschen mit Grunderkrankungen zuverlässig geschützt werden." → Statt „Hochaltrigen" „*Ältere*"
  - „Im vierten Quartal 2020 kam es zu einem starken Anstieg der Fallzahlen." → *Streichen*
  - „Nach einem Rückgang ab Ende Dezember steigen die 7-Tage-Inzidenz und Fallzahlen im Bundesgebiet seit Mitte Februar wieder an, dies betrifft alle Altersgruppen unter 65 Jahren. Ein besonders rascher Anstieg wird bei Kindern und Jugendlichen beobachtet." → U.a. an Heatmap (wie letzte Woche publiziert) orientierend aktualisiert, statt „Mitte Februar": „*steigt seit Februar wieder an und beschleunigt sich aktuell*"
  - Statt „Auffinden der Infizierten" „*Fallfindung*"
  - „Zahlreiche Häufungen werden vor allem in Privathaushalten und dem beruflichen Umfeld beobachtet." → ggf. zu konkretisieren, Kita/Schule mitaufzunehmen; von weiterer Spezifizierung des Arbeitsumfeldes wird hier zunächst abgesehen, wurde bereits an anderer Stelle eruiert, auch hier sollten Maßnahmen eingehalten werden (teils mangelnde Vorgaben für Beschäftigte), Verhaltensprävention reicht

	an manchen Stellen nicht aus, Rolle der Verhältnisse sollten an anderer Stelle betont oder konkretisiert werden ○ „Die Zahl von COVID-19-bedingten Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen und Krankenhäusern nimmt *unter anderem* aufgrund der fortschreitenden Durchimpfung weiter ab." → Einschub „*unter anderem*", da nicht nur auf Impfung sondern auch auf Compliance zurückzuführen ○ „Aufgrund der vorliegenden Daten hinsichtlich einer erhöhten Übertragbarkeit der Varianten und potenziell schwererer Krankheitsverläufe trägt dies zu einer schnellen Zunahme der Fallzahlen und der Verschlechterung der Lage bei. Ob und in welchem Maße die neuen Varianten die Wirksamkeit der verfügbaren Impfstoffe beeinträchtigen, ist derzeit noch nicht sicher abzuschätzen." → *„es liegen (inzwischen) zunehmende Daten vor, die darauf hinweisen, dass…*" und *„ist noch nicht für jede der zirkulierenden Varianten sicher abzuschätzen*" ○ „Als ein weiteres Element können ergänzende Selbsttests die Sicherheit durch frühe Erkennung …" → „ergänzende" *gestrichen*, statt „Selbsttests" allgemeiner *„AG-Tests*" • Allgemeine Zustimmung zu Änderungen • Disclaimer (Hinweis auf Änderungen) ist anzupassen (zusätzlich *„Antigentest und die zentrale Rolle der Impfung*") *ToDo: Aktualisierung der Risikobewertung wird heute durch* [redacted] *an Webmaster zur Veröffentlichung gegeben* **Erlass: Hochwertige Datensätze pandemierelevanter Daten** (Dokument hier, weiterer Anhang/Richtlinie 2019/1024 hier) • Auftrag ging an FG36, FG32, L1 und MF4 ebenfalls eingebunden, Deadline Dienstschluss 15.03. • „Bitte geben Sie eine Einschätzung über Sinnhaftigkeit, Aufwand und Nutzen der kostenlosen, maschinenlesbaren und dynamischen Bereitstellung dieser Daten sowie der Realisierbarkeit unter den aktuellen Bedingungen." → Auftrag so schwer interpretierbar, [redacted] hält im Anschluss an die Sitzung telefonische Rücksprache mit Referat 611 [redacted]	FG36 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** DEA: • [redacted] • Alle Gesundheitsämter an DEA angeschlossen • Weiterentwicklung: vermutlich vor Ostern mit Uploadfunktion für Testergebnis zu rechnen, ggf. nützliches Element auch für andere Produkte • Vertragsverhandlung laufen noch • Zahlenerfassung in Clearingstelle verbessert (Postleitzahlen bspw. inkorrekt)	FG21 [redacted]

	• Anfragen seitens BuLä hinsichtlich möglicher Schnittstelle von DEA zu SORMAS • Austausch mit [redacted], ob DEA-Anschluss hier gewünscht CWA: • Befragung läuft auf Hochtouren, zufriedenstellende Beteiligung • Geringe Fälle mit roter Karte oder Anzeige • Registrierungsfunktion bspw. hinsichtlich Teilnahme an Veranstaltungen ggf. in CWA zu integrieren • BFDI-Evaluationsbericht zum 31.03. sehr eng, knappe Personaldecke *ToDo: Bitte an [redacted] um Vorbereitung von Folien zu DEA hinsichtl. erweiterter (Upload) Funktionen / Befundeinbindung für Kurzpräsentation am kommenden Montag* SORMAS: • Finalisierung der Schnittstelle zu SurvNet, somit keine kurzfristige Schnittstelle zu SORMAS, langfristig vermutlich eher zu DEMIS erforderlich • DEMIS läuft stabil und wird weiterentwickelt • Im Rahmen der Weiterentwicklung Feedback durch Gesundheitsämter, wurde von [redacted] in Präsentation zusammengestellt • [redacted]	FG32 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Keine Neuigkeiten **Presse** • Hinweis: bei Veröffentlichung von Prognosen zum Wochenende ist Berichterstattung teils schwer zu bewältigen • PMs zu Bundesgesundheitstag werden verschickt **P1** • In internem, fachlichem Unterbau „Mehr Testen für weniger Corona“ integriert • Verhaltensregeln für Ostern ggf. erneut lancieren (siehe Verhaltensregeln für den Frühling, positive Resonanz)	BZgA [redacted] Presse [redacted] P1 [redacted]

	VPräs *ToDo1:* [redacted] *bittet um Dokumentensammlung und Vorbesprechung zwecks Bundespressekonferenz am Freitag* • Voraussichtlich wird u.a. psychische Gesundheit thematisiert werden (ggf. [redacted] einzubeziehen) *ToDo2: In vorangegangener BPK genanntes „letzte Drittel" des Marathons Bitte an* [redacted] *um Klärung des Ursprungs und der Bedeutung des Terminus*	VPräs [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** • **Allgemein** ○ Nicht besprochen • **RKI-intern** ○ Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** Rückfragen zu „COVID-19-Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte" Wie könnten Antigentests hier berücksichtigt werden? • Vermehrt Rückfragen zu Dokument hinsichtlich „Verdacht auf SARS-Cov2-Infektion", im Lagezentrum thematisiert • Praxis-Standard ist in jedem Falle der PCR-Test • AG-Test unter bestimmten Bedingungen möglich, Auflagen sind jedoch einzuhalten • Positiver AG-Nachweis ist weiterhin als Verdacht einzuschätzen, Bestätigung erfolgt via PCR • Nicht-Erfüllung der Testkriterien ggf. missverständlich, *in praxi* sollte diese Falldefinition seltenst erfüllt sein *ToDo: Bitte an FG36 um Verbesserungsvorschläge hinsichtlich des Kastens unten rechts in Grafik, ggf. Verschiebung um eine Gabelung nach oben, in kommender Woche erneut zu diskutieren*	FG37 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** ○ AGI Sentinel: in letzten 2 Wochen 491 Proben, 74 (ca. 15 %) positiv – Rhinoviren von 15 % auf 24 % angestiegen, jeweils 3 Parainfluenza-Nachweise, 6 % positiv für saisonale Coronaviren → insgesamt aktiveres Atemwegserregergeschehen, jedoch kein Influenzanachweis ○ [redacted] ▪ [redacted]	FG17 [redacted]

	▪ [redacted] ○ VOC B.1.1.7 in allen Ländern dominierend, zu 85 % in Dänemark • **ZBS1** ○ 416 positive Proben (ca. 34,5 %); B.1.1.7 seit 01.03. auf 73 % bis 82 % – je nach Bezugsgröße – angestiegen	ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	Alle
12	**Surveillance** *Ad hoc* Erfassung im Labornetzwerk – inwieweit besteht hier weiterhin Bedarf? • Bereits innerhalb der AG Testen / des BMG thematisiert • Bei Sättigung mit Variante B.1.1.7 umgehende Information für den ÖGD ggf. nicht mehr erforderlich, da in diesem Falle grundsätzlich wie bei Vorliegen von B.1.1.7 vorgegangen werden muss → spezifische Verfahren bei Auftreten von immune escape-Varianten träten an diese Stelle • Mutationsspezifischer Test von Roche: [redacted] eruiert derzeit diesen Test und wird morgen dazu Feedback geben • Additional value der Mutations-PCR / schnelleren Kenntnis *versus* Zeitverzug hinsichtlich Sequenzierung nach Corona-Meldeverordnung zu klären • Sondererhebung ggf. nur im begründeten Bedarfsfall aufgrund des nicht unerheblichen Aufwandes • Ende der Woche klareres Bild	Abt. 1 [redacted] FG 32 bzw. Abt. 3 [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • Austausch bezüglich Strategien und Indikatoren zur Erkennung von Varianten (TN [redacted] (FG36), [redacted] (INIG), [redacted] (INIG)) • Austausch zum Thema Testen (organisiert vom BMG) • 16.03.2021 Wartungsfenster ab 16.30, zu beachten bei Upload/Veröffentlichung	Alle Presse [redacted]
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.03.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

422 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-03-17.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*17.03.2021, 11:00 Uhr (Ende: 13:05 Uhr)*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
  - [redacted]
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
- FG 25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
- FG 34
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF 4
  - [redacted]
- P 1
  - [redacted]
- P 4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Protokoll
  - [redacted] ZfKD/FG 38

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.594.764 (+13.435), davon 73.905 (+249) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 86/100.000 EW ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 6.712.195 (8,2 %), mit 2 Impfungen 3.018.750 (3,6 %) ○ DIVI-Intensivregister: 2.851 Fälle in Behandlung (+18) ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum (Folie 3) ▪ gesamt: seit 09./10.03. starker Anstieg ▪ bes. ausgeprägter Anstieg: u. a. TH, BE, SN, ST ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK, Trend (Folien 4-5) ▪ in vielen Kreisen bundesweit Inzidenz deutlich zunehmend; mind. Verdopplung der Fallzahlen ggü. Vorwoche in 14 Kreisen; 7TI > 500: LK Greiz (TH) ▪ [redacted] ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und MW (Folie 6) ▪ gesamt: deutlich zunehmend, in den Altersgruppen 75+ abnehmend; höchste 7TI in den mittleren Altersgruppen (15-45J) ○ Anteil der Verstorbenen und Hospitalisierten (Folie 7) ▪ Anteil Verstorbener und Anteil Hospitalisierter rückläufig, allerdings für die letzten Wochen schwer zu beurteilen ▪ Untererfassung bei Hospitalisierungen ▪ Diskussion: Interpretation der grundsätzlich nach hinten abfallenden Kurven schwierig ○ Hospitalisierte Fälle nach Altersgruppen (Folie 8) ▪ Trend: weiter rückläufig in der Altersgruppe 80+ ▪ mehr 60-79jährige als 80+jährige Fälle hospitalisiert ○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche (Folie 9) ▪ Trend: weiter rückläufig ▪ Diskussion: Versterben noch immer v. a. die hohen Altersgruppen oder gibt es Veränderungen? – noch immer vorwiegend Altersgruppe 80+ betroffen	FG32 [redacted]

	FG 32 bereitet Darstellung der Todesfälle nach Altersgruppen im zeitlichen Verlauf vor, Vorstellung im Krisenstab diesen Freitag	
	○ **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote (Folie 1) ▪ Anzahl PCR-Tests leicht gestiegen (KW10: 1,25 Mio) ▪ Positivenanteil leicht gestiegen (KW10: 6,8 %) ○ Auslastung der Kapazitäten (Folie 2) ▪ weiterhin PCR-Kapazitäten vorhanden ○ Probenrückstau (Folie 3) ▪ kein sig. Probenrückstau ▪ Lieferschwierigkeiten bei Pipettenspitzen am RKI ○ Testzahlerfassung-VOC (Folie 4) ▪ KW10: > 53.000 PCR-Tests auf VOC durchgeführt, entspricht knapp 2/3 aller positiven PCR-Tests; davon mit Hinweis auf VOC: 64,4 % (B.1.1.7: 63,5 %, B.1.352: 1 %) ▪ Nachmeldungen für KW9-10 erwartet ○ AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ (Folie 5-6) ▪ seit KW49, 2020 insgesamt 377.489 Testungen erfasst, davon positiv: 862 (0,2 %), von diesen PCR-bestätigt: 377 (44 %) – Daten vorläufig ▪ Tests werden v. a. im Rahmen der stationären Pflege genutzt, zunehmend auch in der ambulanten Pflege	Abt. 3 [redacted]
	○ **Angaben zu Testanlässen und Testmethoden im Meldesystem** (Folien hier) ○ Fälle nach Referenzdefinition und MW ▪ knapp 100 % übermittelter Fälle erfüllt Referenzdefinition, Anteil gleichbleibend ○ AG-Nachweise ▪ Anteil Fälle mit AG-Nachweis über die letzten Wochen gleichbleibend bei 3-4 % ▪ ca. 4.000 AG-Nachweise wöchentlich übermittelt ▪ ca. 60 % der AG-Nachweise werden PCR-bestätigt ○ Variable „Fall bekannt durch“ nach MW und Fallzahl ▪ Variable eingeführt u. a. zur Evaluation der CWA ▪ Einfachauswahl ▪ Auswahl „Reihentestung“ seit MW6 gleichbleibend (ca. 14.000 Fälle wöchentlich), Auswahl „CWA“ sehr gering ○ Diskussion: AG-Tests weisen v. a. akute Fälle nach – Abschätzung der Untererfassung wünschenswert, um Zusatzwert des Screenings zu ermitteln; zeitnahe Publikation der Auswertungen zu AG-Testungen für Kommunikation wichtig (z. B. Lagebericht, Internetseite)	FG 32 [redacted]
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) ○ Anzahl PCR-Testungen und Positivenanteile (Folien 1-2) ▪ gesamt: Positivenanteil gleichbleibend (um 7 %) ▪ Anzahl Testungen pro 100.000 EW bei Altersgruppe 80+ rückläufig, in Altersgruppe 0-15 stark	FG 37 [redacted]

	zunehmend, in dazwischenliegenden Altersgruppen konstant ▪ Positivenanteil bei Altersgruppe 80+ weiter rückläufig ▪ Anzahl positive Testungen pro 100.000 EW in Altersgruppen 0-14 leicht zunehmend ○ VOC (Folien 3-4) ▪ Anteil PCR mit delH69/V70-Nachweis: Zunahme auf 40 % ▪ in Altersgruppe 5-14 Jahre deutlicher Anstieg ▪ Anteil B.1.1.7: > 50 % in Arztpraxen, > 40 % in Krankenhäusern ○ Ausbrüche Altenheime: in vergangenen 3 Wochen ähnliches Niveau, Nachmeldungen zu erwarten (Folie 5) ○ Ausbrüche Krankenhäuser (Folie 6): Rückgang, vermutlich Effekt der Impfung, evtl. auch Hygiene ○ **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) ○ GrippeWeb (Folie 2) ▪ gesamt: ARE-Raten steigen ▪ Anstieg der ARE-Raten in der Altersgruppe 0-4 hat sich in KW10 nicht fortgesetzt ○ ARE-Konsultationen bis KW10 (Folie 3) ▪ Konsultationsinzidenz steigt auf niedrigem Niveau ▪ in KW10 ca. 500.000 ARE-Arztbesuche ▪ regionale Unterschiede: in Altersgruppe 0-4 starker Anstieg in TH, in NI/HB weitgehend auf Lockdown-Niveau, hier nur schwacher Anstieg ▪ jüngere Altersgruppen nach Lockdown und damit verbundener Aussetzung der „Durchseuchung“ suszeptibel; Testfrequenz bei Kindern erhöht ○ ICOSARI-KH-Surveillance (Folien 4-9) ▪ SARI-Fallzahlen rückläufig in Altersgruppen 60+, in Altersgruppe 80+ unter Niveau der Grippewellen, stabil in jüngeren Altersgruppen ▪ COVID-SARI-Fallzahlen: in Altersgruppe 60-79 Trend nicht ganz klar, möglw. Abflachung des Rückgangs; in Altersgruppe 35-59 stabil ▪ Anteil der COVID-SARI-Fälle an SARI-Fällen schwankt in den letzten Wochen um 50 % ○ **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (mittwochs)** (Folien hier) ○ Probeneingang und SARS-CoV-2-Nachweise (Folie 1): in KW10 bisher höchster Probeneingang in 2021 (n=235); Anteil SARS-CoV-2-positiver Proben leicht unter dem in ARS (5,5 %) ○ Viruszirkulation (Folie 2): Anteil Rhinoviren deutlich zunehmend, SARS-CoV-2 weitgehend stabil, in KW10 erstmals Nachweis von RSV; saisonale Coronaviren: NL63 auf Vorjahresniveau	FG 36 [redacted] FG 17 [redacted]

	○ Probeneingang nach Altersgruppen (Folie 3): leichte Verschiebung zur Altersgruppe 0-4 (Zeitraum: KW8-10), dort in KW10 > 40 % Rhinoviren ○ saisonale Coronaviren, NL63 im Vergleich zu SARS-CoV-2 (Folie 4): jüngere Altersgruppen bei NL63 stärker vertreten, bei SARS-CoV-2 eher höhere Altersgruppen ○ Anteil B.1.1.7 in Schmelzkurvenanalyse: 60 % ○ **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ○ 2.858 COVID-19-ITS-Patienten (Stand: 17.03.2021) ○ +126 ggü. Vorwoche ○ in den meisten BL stagniert der Rückgang der COVID-19-ITS-Belegung seit fast 3 Wochen, teilweise steigen die ITS-Zahlen an, insgesamt hohe Dynamik bei Zu- und Abgängen ○ Anteil COVID-19-Pat. an Gesamtzahl der ITS-Betten: ▪ weitgehend wie Vorwoche; BE, HB, HH > 15 %, TH > 20 %, SH 6 % ▪ zeitlicher Verlauf: Anteil deutlich zunehmend in HB, HH; abnehmend in SH; unverändert in TH und Mitte insgesamt ○ Anzahl ECMO-Pat. mit COVID-19 zuletzt steigend ○ Verfügbarkeit High-Care bzw. ECMO: abnehmend ○ SPoCK: Prognosen für COVID-19-ITS-Pat. zeigen einen möglichen Aufwärtstrend Richtung Stagnation an, Geschehen weiterhin dynamisch und regional ○ [redacted]	MF 4 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ○ Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **Presse** ○ kein Beitrag **Wissenschaftskommunikation** ○ Arbeit an EpiBull-Artikel zum Thema Testen	[redacted] P4 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen**	

	a) Allgemein ○ Testfrequenz in Einrichtungen: BL haben Reduktion der Testfrequenz in Einrichtungen angekündigt (Information zur Kenntnis) ○ [redacted] **P** ○ Modellierungsstudie (mittwochs) Nicht besprochen *TODO: FG 36 diskutiert mögliche Anpassung der KP-Management-Empfehlungen, Besprechung in nächster Krisenstabssitzung* **b) RKI-intern** ○ Nicht besprochen	FG 38 [redacted] alle
7	**Dokumente** ○ in Kürze erwartet: aktualisierte Nationale Teststrategie des BMG	Abt. 1 [redacted]
8	**Update Impfen** ○ [redacted]	FG 37 [redacted] Leitung [redacted] Abt. 3 [redacted]
9	**Labordiagnostik** ○ FG 17: kein Beitrag ○ ZBS1: nicht anwesend	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Entlassungsmanagement ▪ B.1.1.7 vorherrschend – Sollte vor diesem Hintergrund von der Differenzierung zwischen Wildtyp/VOC in den	Leitung [redacted] alle

	Empfehlungen Abstand genommen werden (d. h. grundsätzlich verlängerte Isolierung)? ▪ Diskussion: es wird mehrheitlich von Varianten ausgegangen, „Varianten“ sind Standard geworden; vermutlich längere Virusausscheidung, insgesamt aber noch unzureichende Datenlage bez. Erregereigenschaften, viele offene Fragen; Vereinheitlichung der Empfehlungen wird befürwortet (auch seitens der BL), im Zweifel für Sicherheit (Vorsorgeprinzip); wichtig: Kongruenz und praktische Umsetzbarkeit *TODO (bis 26.03.): alle Beteiligten bewerten ihre Dokumente hinsichtlich Anpassungsbedarf an Varianten; FG 25 bietet Unterstützung bei Literaturrecherche an; weitere Unterstützung durch Bibliothek wird angefragt* o klinisches Management: Diskussion zur (ECMO-)Sterblichkeit: siehe „Zahlen zum DIVI-Intensivregister“ (TOP 1)	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** o Das Bewusstsein in der Bevölkerung für eine anhaltende Ansteckungsfähigkeit nach Genesung sollte dringend gestärkt werden, wenn bei VOC eine längere Ausscheidung als ein Unterschied in der Transmission diskutiert wird. o ~~im sozialen Umfeld wird mangelndes Bewusstsein für „Noch-ansteckend-Sein“ im Vergleich zu „Schon-ansteckend-Sein“ wahrgenommen~~ o [redacted]	FG 14 [redacted]
12	**Surveillance** o keine spezifischen Themen	FG 38 [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** o Nicht besprochen	FG 38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** o Nicht besprochen	FG 38
15	**Wichtige Termine** o Nicht besprochen	Alle
16	**Andere Themen** o Nächste Sitzung: Freitag, 19.03.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

424 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-03-19.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*19.03.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- AL2
  - Thomas Ziese
- AL3/Abt. 3
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International (nur freitags)
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): weltweit fast 121 Mio. Fälle (6% Anstieg seit Vorwoche), fast 2,7 Mio. Todesfälle (2,2% insgesamt)
	  ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage
	  ▪ Veränderungen zur Vorwoche: starker Anstieg in Indien (47%), Frankreich insbesondere um Hauptstadt (21%),
		ZIG1

Polen (36%), Türkei (25%), Deutschland (30%), Ukraine besorgniserregend mit 55%, Tschechien weiterhin hohe 7-T-I jedoch erstmals rückläufiger Trend (-10%)
        - Anteil Impfungen der Gesamtbevölkerung, USA weit fortgeschritten 22% 1. mit Dosis, 12% vollständig geimpft, gefolgt von Türkei, Italien, Deutschland, Tschechien, Frankreich (alle 7-9% mit 1. Dosis)
    - 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit
        - Insgesamt 86 Länder mit 7-T-I >50/100.000, 150 Länder >100, 37 Länder >200/100.000
- Verteilung Virusvarianten
    - B.1.1.7
        - Nachweis in immer mehr Ländern, aktuell 118
        - Teilweise zu sehr hohen Anteilen
        - Virusvarianten-Risikogebiete: bestimmte Länder wurden von der Liste entfernt (Irland, UK, Portugal), bei Slowakei und Tschechien wird noch abgewartet
    - B.1.351
        - In 64 Ländern nachgewiesen (+6 zur Vorwoche)
        - Virusvarianten-Risikogebiete: diverse afrikanische Länder unter Beobachtung, Österreich wird ggf. nächste Woche von der Liste gestrichen
    - P1
        - Nachweis in 38 Ländern (+6)
        - Südamerika und Italien (Umbrien, Lazio, Toskana hoher Anteil) unter Beobachtung bzgl. Virusvarianten-Risikogebiete
    - US CDC weist aufgrund erhöhter Übertragbarkeit (20%) auch B.1.429 und B.1.427als besorgniserregende Varianten aus
- Lancet Studie aus Dänemark zum Thema Reinfektionen (Folie 6)
    - DK hatte 2020 eine kostenlose Teststrategie und hat 4 Mio. Personen (69% der Bevölkerung) getestet
    - Testdaten wurden genutzt, um Reinfektionen anhand von 2 Beobachtungsräumen (Frühjahr, Herbst) zu untersuchen
    - >500.000 PCR-negativ in Phase I, 3,3% von diesen in Phase II positiv
    - 11.000 PCR-positiv in Phase I, 72 positiv (0,6%) in Phase II
    - Durch Infektion besteht Schutz vor erneuter Infektion, dieser liegt bei < 65-jährigen bei ~80%
    - Insbesondere bei ≥65-jährigen weniger Schutz (47%)
    - Bereits infizierte Personen können sich nicht auf Schutz verlassen
    - [redacted]
    - [redacted]
    - Bei gealtertem Immunsystem ist eine subadäquate Reaktion zu erwarten, deswegen ist dieses Ergebnis nicht überraschend; bei der Impfwirksamkeit ist ähnliches zu erwarten (geringere Immunreaktion auf Impfung als bei jüngeren Menschen)

	• [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.629.750 (+17.482), davon 74.358 (2,8%) Todesfälle (+226), 7-Tage-Inzidenz 96 Fälle/100.000 Einw. ○ Zahlen gehen deutlich nach oben, 2 Tage hintereinander starker Anstieg, 7-T-I ist beinah bei 100, Anzahl der Kreise mit hohen Inzidenzen ist zunehmend ○ In den Verstorbenenzahlen ist dies noch nicht reflektiert, hier gibt es aber oft einen Verzug ○ Fälle IST: 2.895 (+36), es sind aktuell regelmäßig kleinere Anstiege zu verzeichnen ○ 7-T-Inzidenzen BL: TH doppelt so hoch wie bundesweiter Durchschnitt, Anstieg auch in SN, ST, HE, BY, lediglich weiterhin niedrig in MV, SH, SL ○ Geografische Verteilung: Karte wird dunkler, Schwerpunkte TH, BY an tschechischer Grenze, LK Greiz >500/100.000, viele Kreise >200, nur 5 Kreise <25 Fälle/100.000 ○ Verstorbene nach Altersgruppen und MW ▪ Meiste Todesfälle in hohen Altersgruppen >70, weniger bei jüngeren ▪ Ein Rückgang ist sichtbar, aber möglicher Verzug ▪ In der relativen Verteilung ist der Anteil bei >70-jährigen leicht rückläufig, jedoch noch stets 80% ▪ Anteil Todesfälle bei 50 und 60-jährigen zunehmend, kann jedoch auch an der AG-Verschiebung liegen ○ Altersmedian COVID-19 Fälle/Hospitalisierte/Verstorbene ▪ Fälle (gelb): Median von fast 50 bei höchstem Peak Ende 2020, außerhalb der Peaks ist Median niedriger ▪ Hospitalisierte (grau): vor Beginn 2. Welle bei <70 ▪ Bei IST-betreuten (orange) nicht so große Unterschiede mit Median immer um die 70 ▪ Bei verstorbenen median um die 82 ▪ Altersstruktur hängt auch vom Setting ab, in dem Infektionen auftreten, teils viel in Alten-/Pflegeheimen • Sterbefallzahlen ○ Leicht unter dem Durchschnitt der Vorjahre, ggf. durch ausbleiben der Influenzawelle, es ist keine Übersterblichkeit sichtbar ○ Möglicher Nachholeffekt der Sterbefallzahlen, schwache Influenzasaison ist gut nachvollziehbar, es sind aber weitere Argumentationsansätze notwendig um sprachfähig zu sein	FG32

	○ Noch ist nicht zu sehen, dass aufgrund des Impfeffekts weniger alte sterben? Ist es zu früh? Sterben geimpfte? ▪ Die Kurven müssen nah beobachtet werden ▪ Es ist eher beruhigend, wenn der Altersmedian der Sterbefälle sich nicht verschiebt ▪ Das Hauptrisiko, an COVID-19 zu sterben, ist das Alter ▪ Es sterben wahrscheinlich weniger alte, dies sollte sich jedoch nicht im Altersmedian widerspiegeln ▪ Wenn die Altersverteilung sich verschiebt, ist eher die höhere Virulenz von B.1.1.7 zu befürchten ○ Das Argument, dass ältere, gebrechlichere Menschen, die auch ohne COVID-19 zeitnah versterben würden, sollte entschärft werden ○ COVID-19 sollte nicht mit Influenza verglichen werden, bei normaler Influenzawelle versterben mehr Leute, jedoch ist COVID-19 aus anderen Gründen bedenklich(er) ○ Euro-MOMO: Untersterblichkeit aktuell lediglich bei jungen AG ausgeprägt auch in anderen Ländern, bei anderen AG zunehmend: https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps	
2	**Internationales (nur freitags)** • Montenegro-Einsatz: Vorbereitung verschiebt sich, zunächst ist eine Labormission geplant, die Partner vor Ort sind überlastet, gute Planung muss noch erfolgen • Usbekistan-Einsatz: diese Woche Launch des Telemedizin-Projektes mit ZIG1, IBBS und Charité • Irak- Einsatz SEEG: endet heute, [redacted] war dabei • Sudan: Anfrage zur Unterstützung der COVID-19-Response	ZIGL
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	BZgA

	[redacted] **Presse** • Info von EpiBull Redaktion: nächste Woche online vorab Artikel zur Phaseneinteilung der Pandemie, inklusive epidemiologischer Parameter	Presse
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Vorschlag aus den Bundesländern zur Verschärfung des Kontaktpersonen-Management-Papiers** • [redacted] • KoNa-Papier soll jetzt nicht geändert werden, noch fehlt Evidenz, dies jedoch zur Kenntnis für den Krisenstab • Wird in die Überlegungen mit aufgenommen, es besteht generell der Auftrag, alle Dokumente hinsichtlich der neuen Variante zu überarbeiten **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	FG38
7	**Dokumente**	

	• Bitte alle Dokumente hinsichtlich B.1.1.7 überprüfen, VOC sollte als Standard gesehen werden, nächste Woche **ControlCOVID** • Dokument soll heute modifiziert und anschließend die verbesserte Fassung getweetet werden um die RKI-Haltung zu möglichen Lockerungen vor der GMK am Montag zu vermitteln *ToDo: Abt. 3 [redacted] und Presse to follow-up*	Alle [redacted]
8	**Update Impfung (nur freitags)** [redacted]	FG33

- [redacted]

Impfstoffverfügbarkeit

- [redacted]
- [redacted]
- Impfstoffverfügbarkeit: eigentlich ist ausreichend Impfstoff geplant, bis Ende des Jahres 300 Mio. Dosen, wenn diese wie abgemacht geliefert werden
- Bei ausreichend Impfstoff stehen Überlegungen zu Booster-Impfungen an
- Probleme mit der Verfügbarkeit werden für die nächsten 6-8 Wochen gesehen, danach voraussichtlich eher das Problem, die großen Impfmengen umzusetzen
- [redacted]

[redacted]

- [redacted]
- Quarantäne von vollständig Geimpften im Gesundheitsbereich kam auf und wurde intensiv von den Ländern besprochen, Pros:
  1. Arbeitskapazität aufrechterhalten in Kliniken
  2. Reduktion des Risikos Transmission, indem andere Kontrollmaßnahmen das Restrisiko auf akzeptables minimieren
  3. Impfakzeptanz steigern in der Gruppe HCW, die teilweise nur bedingt willig ist, sich impfen zu lassen
- Konstellation im Optionspapier: wenn Personalmangel von KP I Quarantäne abweichen, jedoch nicht bei VOC, wenn VOC-Anteil bei 70-80% liegt, muss dies umgangen werden

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • In wie weit ist dies logistisch in der Pflege und in Altenheimen möglich? Verkomplizierung/Umsetzbarkeit der Empfehlungen? • Außerdem Klagen, Nullrisiko, was wenn HCW Ausbrüche verursachen? • In Heimen ist Impfquote hoch und Übertragung ggf. blockiert, es geht fast keine Gefahr mehr vom Personal aus, MNS und Selbst-isolierung bei Symptomen bleiben zwingend, aber eben vielleicht keine Quarantäne mehr • Kontextempfehlung wird diskutiert, dann geht Vorschlag an BMG • Heute fertigzustellendes Dokument richtet sich nicht an Bewohner*innen von Heimen und Patient*innen in KKH, FG33 schickt es an [redacted], dann LZ und an Facherlassberichtspostfach des BMG • Nächste Woche weitere Überlegung zu Quarantäne von Geimpften bzgl. Alten-/Pflegeheime	

9	**Labordiagnostik**
	• Laufende KW 11: stabiler Probeneingang mit steigendem Trend
	• Analyse von Proben mit Entnahme in KW10 und KW11
	• Ergebnisse Proben KW 11 Entnahme:
	  ○ 134 Proben: Rhinoviren 30%, SARS-CoV-2 6%, NL63 saisonales Coronavirus 69%
	  ○ Genotypisierung PCR-positiver SARS-CoV-2 Proben aus KW10 und KW11:
	  ▪ 17 typisiert, 13 in KW10, 4 in KW11
	  ▪ Beide zsm., Nachweisquote von 88% variante
	  ▪ KW11 bei diesen 4 Proben 100%
	• Varianten: primär B.1.1.7, 3 Proben aus Sentinelsurveillance mit B.1.351, alle aus einer Praxis, wahrscheinlich eine Infektkette bestehend aus einer Familie
	
	• Zahlen für KW11: 711 Proben, 326 pos. (45,8%), viele zur Freitestung zu Isolations-/Quarantäneende (wird scheinbar teilweise auch verwechselt)
	• Sequenzuntersuchung auf B.1.1.7 läuft
	• Bericht aus ÖGD
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
		FG17
		
		ZBS1

	○ GA wünschen bei Entisolierung keine Differenzierung nach Virusvariante oder nicht, einfach 14d Grundsatz-Isolierung ○ Dies wird nächste Woche bei der Dokumentenüberarbeitung erneut intensiv angeschaut • IBBS Bericht aus Klinikbereich: nun fast schon ausschließlich britische Variante	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Kapazitätenmonitoring: nach Rückgang ist nun erneut ein Anstieg sichtbar, z.B. durch Schulausbrüche in SN wo KoNa nun nicht mehr schnell durchführbar ist • [redacted]	FG38
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** **Gruppe IGV-benannter Flughäfen GA** • Gestern Austausch, berichte von zunehmend angespannter Lage • [redacted] • Gruppe funktioniert sehr gut und plant eine Aufarbeitung der Reaktion, eine gemeinsame Publikation wurde im BGB veröffentlicht, gruppe	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG38
15	**Wichtige Termine** • GMK am Montag	alle
16	**Andere Themen**	

	• [redacted]: großes Lob von [redacted] ans RKI! • Nächste Sitzung: Montag, 22.03.2021, 13:00 Uhr, [redacted]	

426 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-03-22.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*22.03.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.667.225 (+7.709), davon 74.714 (+50) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 107/100.000 Einw. ▪ Fallzahlen steigen weiter o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 7.523.137 (9,0%), mit 2 Impfungen 3.345.235 (4,0%) o DIVI-Intensivregister: 3.056 Fälle in Behandlung (+100), aus intensivmed. Behandlung entlassen: 49 o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Leichte Anstiege in vielen BL ▪ Thüringen sticht heraus mit einer Inzidenz, die mehr als doppelt so hoch wie der Bundesdurchschnitt ist. ▪ Auch Sachsen liegt deutlich über der Gesamtinzidenz. o Vergleich 7-Tage-Inzidenz Bundesländer ▪ In Thüringen je nach LK sehr unterschiedlich ▪ Deutlicher Anstieg in Sachsen ▪ Rückgang in keinem der BL o [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] o Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Anstieg in allen Altersgruppen, am höchsten bei 15-34 sowie bei 35-59 Jährigen. ▪ Besorgniserregend ist ein leichter Anstieg auch bei 60-79 Jährigen. o Infektionsumfeld bei Ausbrüchen und Einzelfällen ▪ Bei Ausbrüchen: privater Haushalt und Arbeitsplatz ▪ Bei Einzelfällen (nur 16% mit Angaben): Privater Haushalt und Arbeitsplatz dominieren als wahrscheinliches Infektionsumfeld. Ein Grund ist vermutlich, dass Infektionsketten hier leichter nachvollzogen werden können. o DIVI-Intensivregister ▪ Anstieg der COVID-19 Fälle auf Intensivstation, in BL nimmt Anteil freier Intensivbetten ab. • Haushalt ist relevanter Übertragungsort. Wäre statt einer häuslichen Isolierung eine institutionalisierte Isolierung wie in asiatischen Ländern sinnvoll? o Mit neuen Varianten sind deutlich höhere Übertragungs-raten innerhalb von Haushalten verbunden. o Allerdings erfolgen die Infektionen häufig sehr früh, deshalb wäre durch eine Isolierung außer Haus wenig zu gewinnen. o Wenn es die Möglichkeit einer Isolation in Hotelzimmern gäbe, würden das vermutlich viele in Anspruch nehmen.	FG32 [redacted]

	○ Schwierig, wenn Kinder betroffen sind. ○ Eine Verpflichtung würde auf wenig Akzeptanz treffen, Fälle melden sich dann evtl. nicht. ○ Deshalb sollte eine Isolierung außer Haus kein Zwang sondern ein Angebot sein. ○ Eine Analyse, wann die Ansteckung im Haushalt stattfindet, wäre sinnvoll. Zum Zeitpunkt der Identifizierung des 1.Falls haben die meisten Ansteckung im Haushalt bereits stattgefunden. ○ Warum jetzt? Neue Varianten sind ansteckender und gefährlicher. ○ Wird jetzt schon für Menschen in prekären Wohnsituationen empfohlen, jedoch von Gemeinden aus Kostengründen zumeist nicht umgesetzt. ○ Wurde den Ländern schon häufig nahegelegt. Angebote von Hotelvereinen, die Konzepte entwickelt haben, wurden weitergeleitet. ○ Auch für Personen in einem Haushalt mit vulnerablen Personen sinnvoll und als Angebot für alleinstehende Personen, um Versorgung sicherzustellen. ○ Wäre es auch sinnvoll, wenn 1 Person eines Haushalts KP1 ist, dieser eine Quarantäne außer Haus anzubieten? Angebot für Quarantäne außer Haus wurde geprüft, gibt keine gesetzliche Grundlage dafür. ○ Sollen Kinder, bei Symptomatik von Familienangehörigen, noch in die Schule gehen? ○ Kostenfrage, müssten die Kommunen und Gemeinden übernehmen. ○ Sollte als Möglichkeit nahegelegt werden, jedoch keine explizite Empfehlung: Quarantäne und Isolierung außerhäuslich, wenn Verhältnisse das zulassen; Gründe neue Varianten und verschärftes Infektionsgeschehen. *ToDo: Im Kontaktpersonenmanagementpapier werden Situationen definiert, in denen eine außerhäusliche Isolierung angeboten werden sollte mit Hinweis auf erhöhte Ansteckungsgefahr durch neue Varianten. FF [redacted], wird nochmal zirkuliert.* • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) ○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ Anstieg bei 0-5 Jährigen bei ARE-Raten, auch Anstieg bei 6-10 Jährigen ○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Bei Inzidenzen Anstieg in allen Altersgruppen ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ Skala wurde angepasst, deutlicher Anstieg in letzten Wochen bei Kitas. *ToDo: In Situationsbericht Hinweis aufnehmen, dass sich Skalierung geändert hat.* ○ Anteil betreuter Kinder (DJI) ▪ Nutzung der Kitas ist in Woche 7-8 sprunghaft auf 75% angestiegen.	FG36 [redacted]

	▪ Neue Varianten haben mit höherer Attack-Rate Oberhand gewonnen, gleichzeitig viel höhere Dichte der Kinder in Kitas. ○ Ausbrüche in Schulen ▪ Nachmeldungen in nächsten 2 Wochen müssen abgewartet werden, um beantworten zu können, ob sich der Anstieg der Ausbrüche fortsetzt oder ob die Maßnahmen die Ausbrüche eindämmen können. ○ Sollen Ausbrüche in Schulen schon mit in Situationsbericht aufgenommen oder noch abgewartet werden? Ja, da vermutlich Nachfragen hierzu kommen werden. ○ In Österreich sind Lehrer relational stärker betroffen als Schüler, gibt es ähnliche Hinweise hier? Etwa zur Hälfte sind Erwachsene betroffen. Es gibt kaum Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen, schwierig zu identifizieren, durch wen der 1. Eintrag stattgefunden hat.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted]	Alle
5	**Kommunikation**	

	BZgA • Nichts berichtet **Presse** • [redacted] **P1** • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Warum wird angenommen, dass Untererfassung ansteigt und nicht dank Testoffensive kleiner wird? ○ Untererfassung ist je nach Altersgruppe sehr unterschiedlich, bei Älteren geringere, bei Jüngeren größer. ○ Wie hoch ist der Anteil asymptomatischer Fälle? Symptomatisch und schwer erkrankten Fälle werden zu einem wesentlich höheren Anteil erfasst. Asymptomatische Fälle machen den größten Teil der Untererfassung aus. ○ Ansatz einer Schätzung über syndromische Surveillance ○ Bisherige Schätzung mit Faktor 3 sehr konservativ, Verstärkung der Testfrequenz, aber massive Entwicklung der neuen Varianten.	BZgA [redacted] Presse [redacted] P1 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Vorschlag aus den Bundesländern zur Verschärfung des Kontaktpersonen-Management-Papiers ○ Hohe Attak-Rate auch unter Kontaktpersonen der Kategorie 2; Rückmeldung von BL, dass RKI Empfehlungen nicht massiv genug sind. ○ Frage, was wird konkret an Verschärfung benötigt? Großzügige Benennung von KP 1, Verkürzung der Dauer der Aerosolexposition? ○ GA können veranlassen, dass Kontaktpersonen direkt nach Kontakt getestet werden, Kontaktpersonen sollen Kontakte selbstständig informieren. ○ Für eine Aufheben der Differenzierung zwischen KP 1 und 2 gibt es keine Evidenz. ○ Wenn unter KP 2 Fälle gefunden werden, sollen GA ermuntert werden, Fallberichte zu schreiben. Auch bei Ausbruchsuntersuchungen werden unter Kontaktpersonen der Kategorie 2 Fälle gefunden. ○ Welche Veränderungen bei Public Health Maßnahmen sind möglich? In welche Richtung wollen wir etwas verstärken?	FG38 [redacted] Alle

	Kontakte und Erkrankte in Hotels unterbringen? Umgang mit Kontaktpersonen? Wieviel Übertragung gibt es tatsächlich? ○ Man könnte das Prinzip umdrehen und alle, die sich in einem Raum aufgehalten haben, als KP definieren, außer alle haben MNS getragen. Dann steigt die Anzahl der Kontakte stark an und kann von den GA nicht nachverfolgt werden. ○ Grundsatzentscheidung: Verschärfung der Papiere in Anbetracht der VOC oder nicht? Kann damit etwas erreicht werden? Verschärfung der Maßnahmen im Public Health Bereich, die die Gesamtbevölkerung nicht so stark betreffen, wie Lockdown Maßnahmen. ○ Sorge, dass bei Verschärfung von Maßnahmen die Akzeptanz in der Bevölkerung und die Compliance abnimmt. ○ Botschaft, dass man krank zuhause bleiben soll und dass private Kontakte mit vielen Menschen aus verschiedenen Haushalten zur Erhöhung der Fallzahlen führen, wird in Öffentlichkeit nicht ausreichend kommuniziert. ○ [redacted] möchte unterstützen und wird sich mit [redacted] in Verbindung setzen, um die Botschaften zu Ostern nochmal breiter zu fassen. ○ [redacted] ○ Ein Gesamtpaket des Verhaltens sollte nicht nur in sozialen Medien kommuniziert werden. ○ Alle Maßnahmen und Papiere, die von VOC betroffen sind, sollen als Block am Freitag diskutiert werden. Ziel: soweit wie möglich verschärfen ohne Praktikabilität zu gefährden ○ Soll direkt nach internationaler und nationaler Lage besprochen werden. Die anderen Tagesordnungspunkte werden nur besprochen, wenn noch Zeit ist. *ToDo: Jeder schaut sich seine Papiere an und macht Vorschläge.* **b) RKI-intern**	
7	**Dokumente** • Dokument zu Hygienemaßnahmen im Gesundheitswesen wurde überarbeitet. ○ Können die Änderungen so verabschiedet werden? Keine weiteren Anmerkungen, wurde bereits zirkuliert. • Vorschlag an dieser Stelle immer auch Publikationen zu erwähnen, an denen gearbeitet wird. ○ Ungern, da die Tagesordnung immer sehr voll ist, stattdessen über Verteiler zirkulieren.	FG14 [redacted] [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33

9	**Labordiagnostik**
	• ZBS1
	  ○ In der KW 11 gingen 996 Proben ein, davon waren 458 (45,9%) positiv auf SARS-CoV-2. Tendenz für VOC weiterhin steigend.
	• Virologische Surveillance
	  ○ Ergebnisse Proben KW 11:
	  510 Proben: Rhinoviren 27%, SARS-CoV-2 5%, saisonales Coronavirus (vor allem NL63) 8%
	  ○ Teststrategie ist finalisiert und liegt beim Minister: Integration der Testung in Schulen und betrieblichem Kontext, in Schulen je nach Vorgaben des jeweiligen Kultusministeriums; Finanzierung ist gesichert.
	ToDo: Soll nach Freigabe auf Internetseite gestellt werden.
	  ○ Pilotprojekt Perspektive Kultur: Praktikabilität einer ergänzenden Testung in Zusammenhang mit Kulturveranstaltungen.
	  ○ Diagnostik intern: eine Ergänzung zum Epid Bull Beitrag wird erarbeitet.
		ZBS1
		[redacted]
		FG17
		[redacted]
		[redacted]

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Start mit Beratungsnetzwerk in 2. Runde, Themen: Diagnostik, Therapie und intensivmedizinische Versorgung ○ Wird breit beworben • Monoklonale Antikörper bei immunsupprimierten Patienten wird diskutiert, soll diese Woche abgeschlossen werden. • Strategische Patientenverlegung wurde von Tschechien zurückgenommen.	IBBS [redacted]

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
		Alle

12	**Surveillance** • [redacted] • Sinusvenenthrombose: Warum werden Autoantikörper gebildet, liegt es am Spike-Protein oder am Vektor? Tritt das auch bei natürlichen Infektionen auf? Und auch bei anderen Vakzinen und wurde das bisher nicht beobachtet, da in erster Linie Ältere geimpft wurden? Gibt es Daten dazu?	FG33 [redacted]

	○ Abschließende Aussagen können noch nicht getroffen werden. Ein gewisses zusätzliches Risiko gibt es wohl, ursächliche Zusammenhänge sind noch nicht geklärt. ○ [redacted] ○ STIKO beschäftigt sich in Untergruppe mit diesem Thema, steht am Donnerstag bei STIKO-Beratung wieder auf Agenda. ○ Hintergrundinzidenz aus den Niederlanden: Tritt am häufigsten bei Frauen zwischen 30-50 Jahre auf, Kofaktoren Pille, Schwangerschaft. ○ Für Deutschland wird Hintergrundinzidenz zurzeit berechnet. ○ Häufigkeit der Thrombosen ist im letzten Jahr eher zurückgegangen, da Thrombosen durch Infektionen getriggert werden. ○ Wie ist die Inzidenz bei COVID-Erkrankungen? *ToDo: Analyse der Thromboseinzidenz mit LEOSS Daten, FF* [redacted] ○ Kein direkter Zugang zu LEOSS-Daten, zum Teil schwierig Auskunft zu bekommen.	
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, 24.03.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

428 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-03-24.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*24.03.2021, 11:00-12:52 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
- FG 27
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - ?
- FG 34
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF 4
  - [redacted]
- P 1
  - [redacted]
- P 4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.690.523 (+15.813), davon 75.212 (+248) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 108/100.000 EW, deutlicher Anstieg zur Vorwoche ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 7.937.540 (9,5%), mit 2 Impfungen 3.516.986 (4,2%) ○ DIVI-Intensivregister: 3.171 Fälle in Behandlung (+26) ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Anstieg sichtbar, 7-Tage-Inzidenz in TH und SN weiterhin oberhalb des Bundesdurchschnitts, ansteigender Trend hält wahrscheinlich an trotz „Knick“ (Nachmeldungen werden erwartet) ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK / Trends: ▪ 1 Fall mit 7-Tage-Inzidenz > 500: LK Greiz; in Nachbarskreisen ebenfalls hohe Inzidenz ▪ Zunehmender Trend in vielen Kreisen in fast allen BL, z.T. mit Vervierfachung (aber bei niedrigen Fallzahlen), wenige LK mit Rückgang, insgesamt heterogenes Bild ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und MW ▪ Heatmap zeigt Anstieg in allen Altersgruppen, auch bei den Hochaltrigen ○ Anteil der Verstorbenen und Hospitalisierten ▪ Anteil der Verstorbenen und der Hospitalisierten sinkt weiter ▪ Im grauen Balken noch Nachmeldungen zu erwarten ○ Hospitalisierte Fälle nach Altersgruppen ▪ Trend: weiter rückläufig in vielen Altersgruppen (+80 Jahre, 60-79 Jahre, 35-59 Jahre), ansonsten gleichbleibend niedrig ○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Trend abnehmend *ToDo*: Die am Montag berichteten Zahlen zu Ausbrüchen in Kitas und Schulen sind noch nicht in den Lagebericht aufgenommen worden; Presseanfragen mehren sich; eine Darstellung soll in den heutigen Lagebericht aufgenommen werden. *ToDo*: FG32 erstellt neue Grafik der hospitalisierten COVD-19 Fälle nach Altersgruppen (auf 100%). ○ **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Anzahl PCR-Tests leicht gestiegen (KW11: 1,35 Mio), Zunahme um ca. 6% zur Vorwoche ▪ Positivenanteil ist auch gestiegen (KW11: 7,9 %)	FG32 [redacted] Abt. 3 [redacted]

	▪ Anzahl der übermittelten Labore hat um 6% abgenommen im Vergleich zur Vorwoche o Auslastung der Kapazitäten ▪ Unverändert, weiterhin PCR-Kapazitäten vorhanden o Probenrückstau ▪ kein signifikanter Probenrückstau ▪ massive Lieferschwierigkeiten bei Pipettenspitzen am RKI o Testzahlerfassung-VOC ▪ Steigende Anzahl an beteiligten Laboren ▪ KW11: > 60.000 PCR-Tests auf VOC durchgeführt, davon mit Hinweis auf VOC: 72,3% (B.1.1.7: 71,3 %, B.1.352: 1 %, P1 nur sporadisch nachweisbar) o AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ ▪ 354 Einrichtungen beteiligt ▪ seit KW49, 2020 insgesamt 428.063 Testungen erfasst, davon positiv: 854 (0,2 %), davon 717 (84%) in PCR gegangen, davon PCR-bestätigt: 377 (52,6%), insg. 0,1% Positivenrate, viele POCT nicht auswertbar (mehr als Positive!) o Viele verschiedene Tests in Nutzung erschweren die Auswertbarkeit, nicht alle sind auf der BfArM-Liste, einige wurden als unzureichend bewertet.	
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) o Insgesamt nimmt die Anzahl der Testungen pro Woche zu. o Der Positivenanteil nimmt in den BL leicht zu, auch in TH (dort bei einer relativ geringen Anzahl an Tests). o Anzahl der Testungen pro 100.000 nach Altersgruppe und KW: Kinder 0-4 und 5-14 werden deutlich mehr getestet, bei den Hochaltrigen wird weniger getestet, die Anzahl der Testungen pro 100.000 in den mittleren Altersgruppen zeigt kleine Veränderungen zur Vorwoche (z.B. leichter Anstieg bei der Gruppe der 15-34-Jährigen). o Positivenanteil nach Altersgruppe und KW: Der Positivenanteil bei den 0-4-Jährigen sinkt auf ca. 5%, bei den älteren Kindern ist ebenfalls ein Rückgang zu beobachten. Bei den 15-34-, 35-59- und 60-79-Jährigen steigt der Positivenanteil. o Die Anzahl der positiven Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und KW steigt in allen Altersgruppen mit Ausnahme der >80-Jährigen. o Die Anzahl der Testungen sowie der Positivenanteil steigen in Arztpraxen an, während die Testzahl im Krankenhaus stabil bleibt und der dortige Positivenanteil sinkt. Bei der Auswertung dieser Daten nach Altersgruppe zeigt sich, dass zunehmend Kinder in den Praxen getestet werden. o Der Anteil an B.1.1.7 Nachweisen liegt bei ca. 50%, der in allen Altersgruppen sichtbare Knick liegt ggf. an den geringeren Einsendungen in der letzten KW. o Ausbrüche in Altenheimen finden weiterhin statt, aber auf geringerem Niveau, Nachmeldungen spielen eine Rolle. o Ausbrüche in KH nehmen noch weiter ab.	FG 37 [redacted]

	○ [redacted] ○ **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ ARE-Raten im Vergleich zur Vorwoche gleich geblieben, aber bei 0-4- und bei 5-14-Jährigen gehen die ARE-Raten hoch, während die ab 60-jährigen weniger ARE gemeldet haben. ▪ Werte liegen nach wie vor deutlich unter denen der Vorsaisons (seit 36. KW). ○ ARE-Konsultationen bis KW11 ▪ Konsultationsinzidenz steigt an. In KW11 ca. 615.000 ARE-Arztbesuche in DEU (Vorwoche: 516.000), unterhalb des Vorjahresniveaus, TH stark betroffen, aber in fast allen Regionen Anstiege zu sehen, BE/BB/SL/RP/HH/SH eher Ausnahme mit gleichbleibendem Niveau, in keiner Region wird ein Rückgang beobachtet. ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ SARI-Fallzahlen sind insgesamt wieder gestiegen. Weiterer Rückgang in Altersgruppe 80 +, aber Altersgruppen 0-4, 15-34, 35-59, 60-79 steigen z.T. stark an. Dabei sind Altersgruppen 15-34 und 35-59 wieder auf erhöhtem Niveau, alle anderen Altersgruppen noch unter dem Niveau der Vorjahre. ▪ COVID-SARI-Fallzahlen: in den Altersgruppen 60-79 und 35-59 wird möglicherweise ein ansteigender Trend beobachtet. ▪ Anteil der COVID-SARI-Fälle an SARI-Fällen pendelt weiterhin um 50% ○ Diskussion: Die Zunahme der ARE insgesamt kann ggf. interpretiert werden als Ausdruck von non-Compliance bzw. der Zunahme der übertragungsfähigen Kontakte für alle Atemwegserreger. ○ **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (mittwochs)** (Folien hier) ○ Probeneingang und SARS-CoV-2-Nachweise: in KW11 bisher höchster Probeneingang 2021 (n=257); Anteil SARS-CoV-2-positiver Proben 6,2 %, Anstieg ist erkennbar. ○ Viruszirkulation: Anteil Rhinoviren deutlich zunehmend, Lockerungszeitraum: Rhinoviren scheinen Treiber des Infektionsgeschehen zu sein, aber auch SARS-CoV-2 Nachweise sind leicht angestiegen, in KW10 erstmals	FG 36 [redacted] FG 17 [redacted]

	Nachweis von RSV, auch ein Anstieg von NL63 ist zu beobachten. ○ Probeneingang nach Altersgruppen in den letzten 4 Wochen: weiterhin viele Proben aus der Altersgruppe der 0-4-Jährigen (Zeitraum: KW8-11), dort in KW11 > 40 % Rhinoviren, v.a. 0-1-jährige betroffen, bei 5-15-jährigen auch Anstieg der Rhinoviren-Aktivität (in KW 11 >35% Anteil). ○ Saisonale Coronaviren, insb. NL63, verzeichnen starken Anstieg. Im Vergleich zu SARS-CoV-2 sind jüngere Altersgruppen bei NL63 stärker vertreten, bei SARS-CoV-2 eher höhere Altersgruppen. Im Vergleich zur Vorwoche kaum Unterschiede bei 0-4-Jährigen bei NL63 und SARS-CoV-2, bei 5-15-Jährigen Rückgang bei beiden Erregern zur Vorwoche, Anstieg bei den 16-60-Jährigen bei beiden Erregern. ○ UK Variante ist die stärkste Variante im Sentinel (>80%). ○ <u>Diskussion:</u> Die Daten zeigen eine Übereinstimmung zwischen ARE-Surveillance und Gesamtpositivraten; die Zunahme von ARE wird von den jüngeren zu höheren Altersgruppen weitergetragen. Doppelinfektionen zwischen SARS-CoV-2 und Rhinoviren sind möglich, die Doppelinfektion Rhinoviren und saisonale Coronaviren ist häufiger. Unklar ist, inwiefern solche Doppelinfektionen zu einer stärkeren Übertragung beitragen und ggf. die Ausscheidung über entzündete Schleimhaut verstärken. ○ **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ○ 3.192 COVID-19-ITS-Patienten (Stand: 24.03.2021), steiler Anstieg in den meisten BL, auch 12 Kinder auf IST, +334 Personen ggü. Vorwoche ○ Anteil nicht-invasiv beatmeter Personen nimmt zu (jüngere Patientengruppe?). ○ Anteil der COVID-19 Patienten liegt in 6 BL über 15%, TH über 20%, nur HH hat sich verbessert (Rückgang) ○ Anteil der COVID-19 Patienten an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: HB verzeichnet einen starken Anstieg, HH und SH abfallend; BE und BB hält sich auf Plateau; Anstiege auch in TH und SN. ○ ITS Verfügbarkeit und Belastung: Die Verfügbarkeit für High-Care und ECMO nimmt ab, es wird wieder vermehrt ein Personalmangel berichtet. ○ Hinsichtlich der im Rahmen von SPoCK entwickelten Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen zeigt sich ein ansteigender Trend, besonders im Osten und Südwesten, insgesamt bei Darstellung nach BL aber heterogenes Bild. ○ <u>Diskussion:</u> Es wird gefragt, warum man nicht zuerst einen Anstieg bei Hospitalisierungsraten vor Intensivbelegung erwarten würde. Es wird angemerkt, dass Hospitalisierungsberichte der aktuellen Lage hinterherhinken, aber auch das unterschiedliche Referenzdatum muss hier berücksichtigt werden. FG 32	[redacted] MF4

wird eine Darstellung nach Hospitalisierungsdatum aufbereiten.

COALA-Studie (Folien hier) FG 27 [redacted]

- Im Rahmen der COALA-Studie werden bei Kita-Ausbrüchen Fälle und Kontaktpersonen in Kitas und den zugehörigen Familien an Tag 5 nach Bekanntwerden des Indexfalls untersucht und eine Selbstbeprobung in den Familien über 14 Tage ermöglicht.
- In einigen untersuchten Ausbrüchen wurde eine B.1.1.7 Mutation nachgewiesen.
- Es wird eine hohe Teilnahmebereitschaft der Familien konstatiert; dadurch entsteht eine große Stichprobe, auch wenn im Verlauf ggf. Mitglieder der Familie nicht als KP1 klassifiziert werden können.
- Mund-Nase-Abstriche, Speichelproben als auch Kapillarblutentnahmen haben sich bewährt und werden gut akzeptiert. Speichelproben funktionieren bei <1-jährigen Kindern nicht.
- Die Selbst-Testung läuft gut (Abstrichmaterial wird den Familien überlassen, dabei soll alle 4 Tage eine Selbstprobung erfolgen, die Probe soll innerhalb von 24 Stunden versandt werden), Rücklauf über 90%, bei den Speichelproben ist der Rücklauf etwas niedriger.
- Die Selbstbeprobungen machen die Viruslast sichtbar; die Viruslast ist bei Kindern nicht so lange nachweisbar wie bei Erwachsenen. ¼ der positiven Fälle wird erst im Rahmen der Selbstbeprobung identifiziert.
- Bisherige Ergebnisse legen geringere sekundäre Attackrates, wenn der Indexfall ein Kind ist, nahe als wenn der Indexfall zum Personal gehört. Die Variabilität zwischen verschiedenen Kitas ist hoch.
- [redacted]

[redacted]

- [redacted]
- Es handelt sich um ein agentenbasiertes Modell für Berlin, bei dem Individuen („Teilchen“) in synthetischer Population auf Basis eines Verkehrsmodells modelliert werden. Modell ähnelt von der Struktur her dem Modell von [redacted] und Kollegen.
- Transmissionswahrscheinlichkeiten werden unterschieden; das Modell ist detailreich und modular strukturiert; es erlaubt regelmäßige Prognosen, z.B. zur Wirkung von Testangeboten. Weiterer Ausbau des Modells ist möglich.
- Modell erlaubt Aussagen über Nutzen von Schnelltests in verschiedenen Kontexten und bestätigt Ergebnisse anderer

	Studien und Modelle. Zentrale (konservative) Annahme ist, dass die Schnelltests 70% der tatsächlich ansteckenden Personen als positiv identifizieren und dass diejenigen, die der Schnelltests als positiv ausweist, sofort PCR-nachgetestet werden und in Absonderung gehen. • Aus den Daten kann man u.a. die Zusammensetzung des R-Werts ablesen, v.a. ungeschützte Kontakte im eigenen Haushalt und gegenseitige private Besuche sind relevant.	
2	**Internationales (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (diese Woche mittwochs)** ○ Uploadfunktion für Testergebnisse bei der Digitalen Einreiseanmeldung (DEA) (Folien hier) ○ DEA stellt ein gutes Beispiel für abteilungsübergreifende Zusammenarbeit dar. Die Webseite ist seit 08.11.2020 online und das RKI ist seit 01.01.2020 Herausgeber. ○ Einreise aus Risikogebieten erfordert neben der DEA auch Nachweis eines negativen Testergebnisses. Bisher mussten Gesundheitsämter dieses Testergebnis von den Reisenden separat (z.B. per Email) einfordern. Uploadmöglichkeit innerhalb der DEA ermöglicht Verknüpfung mit Einreiseanmeldung, dabei können über einen PIN-Code im Nachgang oder zeitgleich max. 2 Testergebnisse (als Bilddatei) hochgeladen werden. Die Gesundheitsämter können sehen, wer Upload vorgenommen hat. ○ Vorteile: ○ Arbeitserleichterung für GÄ ○ Weniger Aufwand für Reisende (kein zusätzlicher Kontakt notwendig) ○ Voraussichtlicher Start der Uploadfunktion im April. ○ Häufig wechselnde rechtliche Anforderungen können nur mit Zeitverzug in der DEA abgebildet werden. Aktuelle Regelungen zu Testnachweisen und Absonderung nach Einreise hängen von vorherigen Aufenthaltsorten (Risikogebiet, Virusvarianten-Gebiete, Hochinzidenzgebiete) auf Grundlage der Musterquarantäne-Verordnung, der Corona-Einreise-Verordnung bzw. der Länderbestimmungen ab. ○ Bei der Pressestelle sind Beschwerden eingegangen, dass die im DEA Impressum genannte Telefonnummer der Zentrale nicht auskunftsfähig sei. Es wird gebeten, ggf. eine andere Telefonnummer zu hinterlegen.	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **Presse** ○ Angesichts vieler in dieser Woche geplanten Online-Veröffentlichungen und der regulären Ausgabe ist die Arbeitsbelastung der EpiBull Redaktion sehr hoch. Es wird gebeten, bei kurzfristig gewünschten Veröffentlichungen eine	Pressestelle

	anderweitige Veröffentlichung, z.B. auf der Webseite oder im Lagebericht, in Betracht zu ziehen.	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** Nicht besprochen	
7	**Dokumente** ○ Definition Reinfektion (hier) ist finalisiert. Diese kann sowohl als Infobrief an die Gesundheitsämter als auch auf der Webseite unter „Falldefinition“ veröffentlicht werden; letzteres ist angesichts des öffentlichen Interesses an der Thematik sinnvoll. Grundsätzlich sollte ein Hinweis zur Zielgruppe / zum Zweck des Dokuments (Erfassung im Meldewesen, nicht für klinische Betrachtungen gedacht) vorweg gestellt werden. ○ Im Infobrief bzgl. Genomsequenzierung wird das Kriterium für die Gesundheitsämter, dass es sich um einen Verdacht auf B.1.1.7 handelt, nach erfolgter Diskussion in FG32 und FG 36 herausgenommen; ein Verweis auf die integrierte molekulare Surveillance wird beibehalten. Der überarbeitete Entwurf soll, sobald finalisiert, der AG Diagnostik z.K. gesandt werden.	FG 32
8	**Update Impfen** ○ Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** ○ Im Rahmen der Probenaufbereitung für die IMS-Sequenzierung gehen über 100 Proben jede Woche ein, auch hier ist eine Zunahme von B.1.1.7 erkennbar.	FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Entlassungsmanagement: Es wird zeitnah ein überarbeiteter Entwurf zirkuliert, der die vorherrschende Variante B.1.1.7 berücksichtigt (u.a. Verlängerung des Zeitraums auf 14 Tage).	IBBS
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)** ○ Lagebericht ○ [redacted] ○ Dank vieler Bemühungen kann am WE voraussichtlich erstmalig der Lagebericht weitgehend automatisiert erstellt werden. Durch die frühere Fertigstellung soll auf die Zahlen aus dem DIVI-Register nur per Link verwiesen werden.	FG 34 / alle

	○ Grundsätzlich wurde nochmals angeregt, ob nicht die Zusatzberichte alle gebündelt, d.h. ggf. einmal pro Woche, dargestellt werden könnten und nur automatisierte Kurzberichte täglich erscheinen sollten. Dieser Wunsch wurde bereits mehrfach an das RKI herangetragen. ○ Während der Osterfeiertage wird im Lagezentrum das WE-Dienstformat genutzt. Auch die Webmaster-Rufbereitschaft wird entsprechend angepasst. Gründonnerstag ist ein normaler Arbeitstag.	FG 38 / alle
15	**Wichtige Termine** ○ 26.03.2021 12:30: [redacted] stellt Modell zur Dynamik der Virusausbreitung vor	Alle
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Freitag, 26.03.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

430 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-03-26.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*26.03.2021, 11-12:30 Uhr*
Sitzungsort:	RKI - [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- ZIG4
  - [redacted]
- BZGA

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International (Folien hier) -**Top 10 Länder nach Anzahl der COVID Fälle** (Brasilien, USA, Indien, Frankreich, Polen, Türkei, Italien, Deutschland, Ukraine, Russische Föderation) o In allen Ländern Anstieg der 7-Tage Inzidenz, außer Russische Föderation, wo Abnahme o Insgesamt +15,9% Fälle im Vergleich zur Vorwoche o Todesfälle unverändert bei 2,2% -7-Tages Inzidenz weltweit am höchsten in Amerika und Europa, teils >500/100.000 Einwohner -**Britische Variante B.1.1.7**: Fälle werden aus allen Kontinenten berichtet, deshalb werden zu B.1.1.7 keine Virusvariantengebiete mehr ausgewiesen. -**Afrikanische Variante B1.351**: Fälle werden gemeldet aus Afrika, Asien, Nordamerika, Europa; unter Beobachtung: Afrika -**Brasilianische Variante P1**: Virusvariantengebiete: Brasilien, Unter Beobachtung: ganz Südamerika, Italien -Kontinentenüberblick: in allen Kontinenten Anstieg der Todesfälle, außer Ozeanien Frage1: Wie ist die Synchronisierung der Virusvarianten über die Kontinente zu erklären? Antwort A: Aufgrund der erhöhten Übertragbarkeit breiten sich die Varianten rasch dominant aus. Frage 2: Was ist über neue Indische Variante (Doppelmutante) bekannt, bestätigt? Antwort: Noch keine genauen Informationen vorhanden (Weitergabe der Aussage von [redacted]) • National (Folien hier) o **Fallzahlen** 119/100.000/**Todesfälle**: kein Anstieg o **Impfung**: ca. 10% bekamen erste Impfung, 4% 2. Impfung o **7-Tage Inzidenz** stieg überall an, überdurchschnittlich in Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, nur noch 24 Landkreise (LK) <50/100.000, 19 LK>250/100.000 o **Verteilung B1.1.7**: Überall Anstieg, in einigen LK fast 80% Anteil, vor allem im Süden	[redacted] [redacted]

	○ **Importierte Fälle:** Polen, Rumänien und Türkei, jedoch sehr geringer Anteil am Geschehen ○ **Altersmedian COVID-19 Fälle** vor 2. Welle ca. 35 Jahre, Höhepunkt 2. Welle ca. 50 Jahre und aktuell 38 Jahre, Altersmedian der Intensivpatienten leicht rückläufig bei aktuell <70 Jahren, Altersmedian der Sterbefälle unverändert bei >80 Jahren ○ Sterbefälle unter dem Durchschnitt der letzten Jahre ○ Syndromische Surveillance (mittwochs) ○ Testkapazität und Testungen (mittwochs)	
2	**Internationales (nur freitags)** • Rückkehr aus Usbekistan • Mission nach Montenegro in Planung • [redacted] • [redacted] • Proben aus Namibia zur Sequenzierung eingetroffen • Anmerkung: Es gibt eine Veranstaltung am 4. April zum Austausch über Schnelltests zur Schulöffnung mit Schottland. Bei Interesse bitte bei ZIG melden [redacted]	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht berichtet	Alle
5	**Kommunikation** • Keine Beiträge	

6	**Neues aus dem BMG** • Nicht berichtet	BMG
7	**Strategie Fragen nicht berichtet** **a) Allgemein** • Keine Beiträge **b) RKI-intern** • Keine Beiträge	Alle
8	**Dokumente** • **Überarbeitung Dokument Kontaktpersonenmanagement** Es wurde die Überarbeitung der folgenden vier Hauptpunkte diskutiert (Dokument hier) 1) Kontaktpersonen Kategorie 1 (KP2 streichen bzw. Definition stark einschränken) 2) Frage: Bezeichnung KP, statt KP1/KP2 Antwort: Nein, da Bezeichnungen nun geläufig 3) VOC: Keine gesonderte Regelung für B1.1.7, sondern nur für Impf-Escape Varianten? 4) [redacted] 5) Angebot einer Quarantäne außerhalb des eignen Haushalts? Papier wird gemäß Diskussion überarbeitet, zirkuliert und freigegeben • **Überarbeitung Entlasskriterien für Ärzte** (Dokument hier) 1) Änderung: 14 Tage Isolierung unabhängig von VOC& Schwere der Krankheit 2) Schlusstestung: PCR Nachweis nur in schweren Fällen 3) Bei nicht Verfügbarkeit der PCR kann Antigennachweis durchgeführt werde • **Pandemieetiquette**: Osterregeln (Dokument hier) Papier [redacted] wird nächste Woche Mittwoch besprochen	[redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht berichtet	FG33
10	**Labordiagnostik** • Nicht besprochen	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nur im Rahmen des Dokuments zum Entlassmanagement besprochen (siehe Abschnitt 8)	IBBS

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • nicht besprochen	Alle
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine** Veranstaltung am 4. April zum Austausch über Schnelltests zur Schulöffnung mit Schottland. Bei Interesse bitte bei ZIG melden	Alle

432 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-03-29.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*29.03.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32/38
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]

- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG/ INIG
  - [redacted]
- BZgA : [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International (nicht besprochen)
	  ○ Fälle, Ausbreitung
	• National (Folien hier)
	  ○ Fallzahlen: 134/100.000 EW (+2000 Fälle im Vgl. zur Vorwoche)
	  ○ 11% mit 1. Impfung, 5% mit 2. Impfung
	  ○ Anstieg intensivmedizinischer Fälle
	  ○ 7d-Inzidenz der Bundesländer stieg überall an, insbesondere Sachsen und Thüringen, 16 LK<50/100.000 EW: in SH, Niedersachsen, RLP und im Saarland)
	  ○ 7d-Inzidenz nach Altersgruppen: am höchsten bei 10-60-Jährigen, insbesondere 15-30-Jährigen, in Ostdeutschland auch bei >80 (trotz Impfung leichter Anstieg)
	  ○ Fallfindung: Überwiegend keine Information, Kein Anstieg der Fallfindung durch Testung, d.h. vermehrte Testung nicht ursächlich für erhöhte Fallzahlen. In einzelnen Landkreisen könnte es eine Korrelation zwischen erhöhter Testrate und Fallzahlen geben, aber nicht für den gesamtdeutschen Durchschnitt.
	Frage1: Welche Art der Testung verbirgt sich hinter dem Parameter Testung/ Reihenuntersuchung (Folie Art der Fallfindung)?
	Antwort: Keine Unterscheidung zwischen initialer Testart, aber alle Fälle PCR-bestätigt
	Kommentar1: Bitte um separate Ausweisung von Antigentests
	Kommentar2: Es ist eine leichte Zunahme der Fallfindung durch KPN ersichtlich.
	Antwort: Variable KPN erst seit Woche 40, daher aufgrund des kleinen Datensatzes größere Schwankungen möglich.
	
	Corona-KiTa-Studie (Folien hier)
	• Inzidenz ARE bei den 0-5-Jährigen konstant, bei den 6-10-Jährigen gibt es einen Anstieg
	• Meldezahlen Covid-19 Fälle: deutlicher Anstieg in allen Altersgruppen
	• [redacted]
		[redacted]
		
		[redacted]

	• Insgesamt ist ein Anstieg der Ausbrüche nach Schulöffnung zu beobachten Frage 1: Wann werden diese Daten veröffentlicht? Antwort: am Dienstag (30.03.21) Frage 2: Gibt es Hinweise, ob Kinder mit VOC schwerer erkranken? Antwort: Noch keine Hinweise	
2	**Internationales (nur freitags) nicht besprochen** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • **DEA:** Übermittlung der Testergebnisse soll ermöglicht werden, Release KW 16 mit Upload Funktion, um Pendler Regel zu erfüllen, Störung am Freitag (26.03.21) für 30-60 min, am 25.03.21 63.000 Anmeldungen über DEA (Durchschnitt 55.000), was ein Indiz für erhöhte Reisetätigkeit sein könnte Kommentar zu erhöhten Anmeldezahlen in der DEA: Zuvor war Anmeldung für Mitreisende möglich, jetzt eine Anmeldung pro Reisenden. Das könnte auch eine Erklärung für erhöhte Zahlen sein. Antwort (aus Publikum): Änderung schon seit einigen Wochen in Kraft und daher erhöhte Zahlen eher Indiz für erhöhte Reisetätigkeit • **CWA:** -Bis 31.03.21 muss Evaluation abgegeben werden, was sehr schwierig ist, da dafür nur Kennzahlen zur Verfügung stehen. - [redacted] - [redacted] Frage1: Werden die fachlichen Grundlagen, z.B. Dauer der Validität von Schnelltests, falsch-positiv/falsch-negativ Raten fachlich diskutiert?	[redacted]

	Antwort: Nein, Fachinformationen werden eingebracht, aber rechtliche Aspekte (z.B. Schnelltests für Berufspendler bei Grenzübergängen haben 7d Gültigkeit) müssen auch berücksichtigt werden Kommentar: Dezentralen Ansatz von CWA als positiven Aspekt herausstellen!	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • **Bitte bis Mittwoch (31.03.21) lesen und dann in der Sitzung diskutieren!**	Alle
5	**Kommunikation** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] [redacted] Es wird eine Formulierung benötigt, warum eine Verkürzung der Kontaktzeit von 15 min. auf 10 min erfolgt ist. Antwort: Grund ist die höhere Übertragbarkeit und vermutlich auch höhere Viruslast von VOC. **Eine Formulierung wird der Pressestelle zur Verfügung gestellt werden.** **Pandemieetiquette** (Dokument hier) wird ab 30.03.21 in den Veröffentlichungsprozess gehen -Kein ‚Branding" mehr auf Ostern -Hinweis eingefügt, dass es auch für neue Varianten gilt -wichtig: in der Symptomliste eingefügt, dass nicht immer typische Symptome vorhanden sein müssen, bei manchen z.B. nur ‚allgemeine Schwäche'. Kommentar1: Formulierung „Heute Virusfrei/ Morgen auch?" nicht eindeutig. Bitte umformulieren! Kommentar2: Das Wort „Etiquette" impliziert ein „nice-to-have". Bitte verbindlicheren Ausdruck wählen! [redacted]	BZgA [redacted] Presse P1

6	**Neues aus dem BMG** nicht separat besprochen •	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **Außerhäusliche Quarantäne / Isolierung** Ziel: Erstellung eines Papiers für die Bundesländer zum Aufzeigen der Anwendbarkeit von außerhäuslicher Quarantäne/ Isolierung in geeigneten **Einzelfällen** (z.B. bei prekären Wohnverhältnissen, positiver Testung am Flughafen, wo noch kein Kontakt mit anderen Familienmitgliedern erfolgt ist usw.). Auch Grenzen aufzeigen, z.B. keine unbeaufsichtigte Isolierung von vulnerablen Personen/ Gruppen. **Arbeitsauftrag an [redacted]: Federführende Erstellung des Papiers bis 1. Woche nach Ostern (mit Zuarbeit von FG36 und P1), danach Vorstellung in AGI (wahrscheinlich 1. Dienstag nach Ostern)** **b) RKI-intern** • [redacted] **Hinweis: Für Lagezentrum wurde im Nachgang an die Sitzung die Einhaltung des normalen Schichtbetriebs beschlossen, da keine Reduktion der Arbeitslast erwartet wird.** Frage1: Gilt diese Anweisung nur für Büroarbeitsplätze? Antwort1: Muss geprüft werden. Frage2: Wie wird Berliner Testverordnung umgesetzt? Antwort2: Tests wurden bereits eingekauft und sind im Zulauf. Lagezentrum könnte von Testpflicht betroffen sein. Bitte bei Fragen an MA-Support, Zentrale Verwaltung und S wenden.	Alle
8	**Dokumente** • Dokument KPN: Dokument wird am selben Tag fertig gestellt • Testkriterienpapier: auch asymptomatische KP wurden aufgenommen Quarantänepapier: Quarantäne für geimpfte bei Kontakt mit VOC? Antwort1 [redacted] Gemäß Studien ist Impfschutz bei VOC gegeben. Antwort2 [redacted] In KPN-Papier Quarantäne trotz Impfung empfohlen, nicht wegen schweren Krankheitsverlauf, sondern wegen Wahrscheinlichkeit der Ausbreitung trotz Impfung. Kommentar1 [redacted] Zur Sequenzierung B.1.1.7 abgrenzen und auf andere Varianten fokussieren. Kommentar 2: Covid Erkrankte müssen aktuell die ersten 3 Monate nach Erkrankungsbeginn nicht in Quarantäne, aber	

	dürfen erst 6 Monate nach Erkrankungsbeginn geimpft werden: Es gibt eine Lücke von Monaten, die es zu schließen gilt. Hinweis zu Kommentar 2 [redacted] Es gibt zu diesem Thema eine dänische Veröffentlichung im The Lancet.	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
10	**Labordiagnostik** • **Update AGI Sentinel**: 160 Proben analysiert: 31% humane Renoviren, 12% Saisonale Coronaviren, 5% Sars-CoV-2 • [redacted] • [redacted] • [redacted]	FG17 [redacted] ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Umgesetzt: Antigentest bei asymptomatischen Fällen: Vorstellung in AGF morgen	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted]	Alle

	[redacted] Frage: Soll grenzüberschreitende Kontaktnachverfolgung angesichts knapper personeller Ressourcen aufrechterhalten werden? Antwort nach Diskussion: ja, aber Frage in Gremien (EWAS) bis zu welchen Punkt sinnvoll (z.B. ab Überschreitung einer bestimmten Inzidenz im jeweiligen Land nicht mehr).	
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags) bereits unter Punkt 1**	FG32 FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Bereits unter Punkt 12	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine/ Arbeitsaufträge** • Bitte bis Mittwoch (31.03.21) Risikobewertung lesen und dann in der Sitzung diskutieren! • Eine Formulierung zur Begründung der verkürzten Kontaktzeit der Pressestelle zur Verfügung stellen. • Erstellung (IBBS, [redacted]) des Papiers zur außerhäuslichen Quarantäne/ Isolierung bis 1. Woche nach Ostern (mit Zuarbeit von FG36 und P1)	Alle

434 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-03-31.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*31.03.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - ?
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (diese Woche mittwochs)** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): weltweit fast 127 Mio. Fälle (13% Anstieg seit Vorwoche), fast 2,8 Mio. Todesfälle (2,2% insgesamt) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle ▪ Weiterer globaler Anstieg die 5. Woche in Folge ▪ In allen Ländern mit Ausnahme von Italien ansteigender Trend ▪ In Indien und Türkei stark ansteigender Trend ▪ Viele Länder in Europa mit hohen Inzidenzen ▪ Anteil der Bevölkerung mit mind. 1 Impfdosis in USA weit fortgeschritten, in EU-Länder auf sehr ähnlichem Niveau o 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit ▪ Viele Länder mit sehr hohen 7-Tages-Inzidenzen ▪ In Europa Länder mit Inzidenz >500: Ungarn, Polen und Estland o WHO Global consultation on Decision Framework for Assessing Impact of SARS-CoV-2 variants of Concern on Public Health Interventions am 29.03.2021 ▪ Sammlung von Evidenz in Bezug auf Wirksamkeit verschiedener Impfstoffe ▪ B.1.1.7 Variante (in 130 Ländern identifiziert): Hinweise auf keine oder nur leicht verminderte Wirksamkeit ▪ [redacted] ▪ Für P.1 bisher so gut wie keine Daten verfügbar. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.808.873 (+17.051), davon 76.342 (+249) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 132/100.000 Einw. ▪ Etwas weniger als gestern, Sprachregelung für Presse notwendig o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 9.428.662 (11,3%), mit 2 Impfungen 4.059.489 (4,9%) o DIVI-Intensivregister: 3.595 Fälle in Behandlung (+22) o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Gestern keine Übermittlungsprobleme ▪ Steigt bei einigen Ländern nicht mehr ganz so stark, weiter auf sehr hohem Niveau ▪ In keinem BL deutlich rückgehender Trend o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Nur noch 15 LK mit Inzidenz bis 50	ZIG [redacted] FG32 [redacted]

- Zunehmender bzw. abnehmender Trend im Vergleich zur Vorwoche
  - In vielen LK ansteigender Trend
- 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe
  - Von Woche 11 zu 12 in allen Altersgruppen Anstiege, die höchsten bei 5-45 Jährigen.
  - Bei den älteren Altersgruppen sind die Inzidenzen am niedrigsten, aber kein Rückgang.
- Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach Altersgruppen
  - In den Wochen 9-11 Anstieg bei 35-59 Jährigen
  - Leichter Rückgang bei 80+ Jährigen
- COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche
  - Rückgang hat sich etwas verlangsamt, Einpendeln auf hohem Niveau.
  - Altersmedian der Verstorbenen weiterhin bei 82 Jahren
- Anzahl übermittelter COVID-19-Fälle mit Antigennachweis
  - Von Woche 11 zu 12 leichter Anstieg der Fälle mit Antigennachweis und PCR vs. PCR allein.
  - Anteile steigen nicht stark, von 4 auf 6%.
  - Mit Antigentests kann der hohe Anstieg der Fallzahlen nicht begründet werden.
  - Allerdings werden nicht in allen Ländern Antigentests zuverlässig übermittelt.

- Sprachregelung für Lagebericht für Feiertage ist sinnvoll. Es wird weniger untersucht, Fallmeldungen können sich verzögern, weniger Arztbesuche.

ToDo: Sprachregelung über die Feiertage analog zu Weihnachten

[redacted]

ToDo: Aktualisieren der FAQ zum Anteil der Antigenteste

FG36 [redacted]

- **Syndromische Surveillance (nur mittwochs)** (Folien hier)
  - GrippeWeb
    - Von KW 11 auf 12 sind ARE-Raten etwas zurückgegangen.
    - Dies gilt für alle Altersgruppen außer den 0-4 Jährigen.
  - ARE-Konsultationen
    - Starker Trend des Anstiegs bei 0-4 Jährigen und Schulkindern hat sich nicht fortgesetzt. Nachholeffekt bei Kindern nimmt wieder ab.
    - Bei allen anderen Altersgruppen steigen die Konsultationen weiter an.
    - Diese Woche rund 676.000 Arztbesuche, in Vorwoche 622.000.
    - Unterschiede je nach BL
  - ICOSARI-KH-Surveillance
    - Deutlicher Anstieg der SARI-Fallzahlen in allen Altersgruppen zu verzeichnen.

	▪ Fallzahlen bei 15-34 Jährigen sehr viel geringer als bei anderen Altersgruppen. o ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle ▪ Fällen mit max. Verweildauer von 7 Tagen: Anstieg bei 35-59 und 60-79 Jährigen. ▪ Bei allen Fällen (inkl. noch liegenden Patienten): Anstieg der Fallzahlen bei 60-79 Jährigen. o ICOSARI: SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 und Intensivbehandlung ▪ Zahl intensiv behandelter SARI-Fälle mit COVID-19 steigt bei 15-34 Jährigen an. Fallzahl ist aber auf niedrigem Niveau. ▪ Mittleres Alter der intensiv behandelten SARI-Fälle mit COVID-19 schwankt um 70 Jahre. ▪ Durchschnittsalter der SARI-Fälle ohne COVID-19 Diagnose ist höher. • **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (nur mittwochs)** (Folien hier) o Eingang von 277 Proben in KW 12 o Probenanstieg durch Aktivitäten um Sentinel zu erweitern und erhöhte ARE-Aktivität. o Lücken in regionaler Abdeckung o Starker Anstieg der Rhinoviren setzt sich fort. o Einige Parainfluenzaviren o Nachweise von SARS-CoV-2 knapp über 4%. o Keine Influenza Nachweise o Starker Anstieg von saisonalen Coronaviren o Höchstes Probenaufkommen aus pädiatrischen Praxen o Starke Zirkulation von Rhinoviren bei 0-4 Jährigen setzt sich in anderen Altersgruppen fort. o Höchste Nachweisrate von NL63 bei 5-15 Jährigen o Bei SARS-Cov-2 andere Altersverteilung, am stärksten betroffen sind 16-34 Jährige, bei Kindern eher geringe Nachweisraten, evtl. aufgrund von schwacher Symptomatik. o Genau das gleiche ist bei ARS zu sehen. In der Gruppe der 0-15 Jährigen wurden viel weniger Tests durchgeführt. Möglicherweise waren diese weniger häufig beim Arzt. • **Testkapazität und Testungen (nur mittwochs) Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ Testzahlen haben geringfügig zugenommen. ▪ Zahl und Anteil der pos. Tests haben deutlich zugenommen, von 7,9% in KW 11 auf 9,3% in KW 12. o Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazität bleibt gleich. o Probenrückstau ▪ Nach wie vor gering o Testzahlerfassung-VOC ▪ In KW 12 Anteil von B.1.1.7 auf 78% gestiegen. o POCT in Einrichtungen	FG17 [redacted] Abt.3 [redacted]

- Keine große Veränderung zur Vorwoche, ein paar Einrichtungen sind dazu gekommen.
- 0,2% (956) der Tests waren positiv, davon wurden 84% (804) mit PCR getestet, wovon 56% (453) positiv bestätigt wurden.
- 26 verschiedene Tests wurden verwendet, nicht alle sind empfohlen.

FG36 [redacted]

VOC-Erhebung

- Erhebung wurde aktualisiert, > 60.000 positive Nachweise, davon knapp 90% Variante B.1.1.7
- [redacted]

MF4 [redacted]

- **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)** (Folien hier)
  - COVID-19-Intensivpflichtige
    - 3.677 Patienten auf Intensivstation, im Vergleich zur Vorwoche +424 (30% Anstieg), seit 13.März exponentielles Wachstum.
    - Verstärkter Anstieg der nicht-invasiven Behandlung
    - Anzahl Verstorbener auf Plateau
    - Anteil steigt in meisten BL an. In 9 BL liegt der Anteil von COVID-19-Patienten bei 15-20%, in 3 BL (BE, TH, HB) bei >20%.
    - Ca. 13,6% der Intensivbetten sind aktuell noch frei.
  - Belastung der Intensivmedizin
    - Personalmangel wird wieder zunehmend gemeldet.
    - Wieder mehr Raummangel
    - Verfügbarkeit High-Care und ECMO sinken.
  - Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen
    - Deutschlandweit wird Anstieg prognostiziert.
    - War bezogen auf BL letzte Woche sehr heterogen, nun wieder homogener, in meisten BL Anstieg bei Prognosen.
  - Werden die Prognosen den Versorgungsclustern aktiv mitgeteilt?
    - Bei allen BL, die Versorgungscluster mitgeteilt haben, werden die Prognosen an alle Akteure versendet.
  - Kommt es zu einer Verjüngung der Patienten, die hospitalisiert werden? Können Altersgruppen angegeben werden? Wird die längerer Liegedauer von jüngeren Altersgruppen berücksichtigt?
    - Das Alter wird im Intensivregister nicht erfasst. Prognosen lernen aus Daten. Andere Datenquellen werden bereits genutzt und weitere Datenquellen sollen noch berücksichtigt werden.

P4 [redacted]

- **Modellierungen (nur mittwochs)**
  - Mobilität im Tagesverlauf, 70 Mio. Bewegungen pro Tag

	○ 7,4% aller Bewegungen finden nachts im Zeitraum von 22 - 5 Uhr statt. ○ 12,3% der Bewegungen finden nachts im Zeitraum von 20 – 5 Uhr statt. ○ Keine wesentlichen Unterschiede zwischen BL ○ Wie sieht die Mobilität in LK aus, in denen Ausgangsperren gelten? Sinnhaftigkeit von Ausgangsperren? ▪ Wird zurzeit analysiert. Einschätzung: relativ geringer Effekt ○ Gibt es Veränderungen in der Mobilität seit die Vorgaben zur Umsetzung von Home Office gelten? ▪ Bisher wurde nur Mobilität in ersten 3 Märzwochen analysiert. ○ Sind Daten auch vom 1. Lockdown im März 2020 vorhanden? ▪ Daten wurden rückwirkend zur Verfügung gestellt und können analysiert werden. ○ Ist eine Veröffentlichung der Daten, z.B. in Form eines EpidBull-Artikels geplant? (wäre sinnvoll) ▪ im Moment noch nicht ○ Ab wann werden Bewegungen gezählt? ▪ Interne Methodik ist nicht ganz transparent. ▪ Alle Wege unter 2 km sind aufgrund von mobiler Infrastruktur schwer abzuschätzen.	[redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Finale Diskussion Text Risikobewertung (hier) ○ Änderungen: ○ Die COVID-19-Fallzahlen auf Intensivstationen steigen seit Mitte März 2021 deutlich an. ○ Insgesamt ist die Variante B.1.1.7 inzwischen in Deutschland der vorherrschende COVID-19-Erreger. *ToDo: aktualisierte Version an Webmaster weitergeben*	FG38 [redacted] Alle
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted]	[redacted]

	○ [redacted] ○ [redacted] **Presse** • Beim EpidBull sind zurzeit viele Artikel in der Warteschleife. Kürzere Berichte können auch auf die Webseite gestellt, verlinkt und getwittert werden. • [redacted] ○ [redacted]	Presse [redacted] FG32 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** • Anpassung Empfehlungen nach Impfung (betrifft 3 Dokumente) ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen (hier) ▪ Neu: Geimpfte müssen nicht mehr in Quarantäne. ○ Anpassung der Empfehlungen zum Infektionsschutz nach Covid-19-Impfung in Altenheimen (hier) ▪ Keine Durchimpfung von 100% ▪ Kein hundertprozentiger Schutz vor Weitergabe des Erregers. Es kann noch zu Übertragungen kommen. ▪ Unsicherheit bei VOC ▪ Deshalb müssen ein paar Vorsichtsmaßnahmen beibehalten werden. ▪ Bei Rückverlegung aus KH müssen Bewohner nicht mehr automatisch in Quarantäne, außer sie sind KP1, dann ist Quarantäne erforderlich. ▪ Testen: Es soll weiter getestet werden, Testfrequenz kann reduziert werden, keine Vorgaben, nur Beispiel.	FG37 [redacted]

	▪ Besucher sind in der Regel im Moment noch nicht geimpft. Besuchszeiten können ausgedehnt werden. ▪ Größere Veranstaltungen können stattfinden, wenn >90% der Bewohner geimpft wurden. ▪ Von Seiten des RKI engmaschige Kontrolle von Ausbrüchen, Anzahl in letzter Woche nicht mehr gesunken, aber auf sehr niedrigem Niveau. ○ 2 Papiere fallen weg. (Folie hier) ▪ Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme von Kontaktpersonen unter med. Personal bei relevantem Personalmangel ▪ Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal in Alteneinrichtungen bei Personalmangel ○ Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen (hier) ▪ Nur minimale Änderungen ○ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] [redacted]	
	• Anpassung Dokument Kontaktpersonen-Nachverfolgung (hier) ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Fachliche Empfehlung werden nicht mit einem bestimmten Stichtag versehen. Und es gibt keinen fachlichen Grund für die Verschiebung der Geltung. ○ Dokument wurde schon mit den wesentlichen Änderungen angekündigt. ○ Änderungen: ▪ MNB wird generell herausgenommen, da kein standardisierter Schutz, MNS und FFP2-Masken bleiben. ▪ Testung von KP: Selbsttest wird nicht explizit genannt, sondern nur Antigentest. Umsetzung wird den Ländern überlassen. ○ 2 Punkte sind noch offen bzgl. Quarantäne von Genesenen und Geimpften:	FG36 [redacted]

	▪ Bisherige Regelung bei Genesenen: nur dann keine Quarantäne, wenn Kontakt innerhalb von 3 Monate nach Nachweis der SARS-Cov-2 Infektion stattfand. In dieser Zeit besteht ein guter Schutz gegenüber der Erkrankung. ▪ Keine Daten zur Virusausscheidung bei erneuter Infektion, nur Daten zum Schutz vor erneuter Erkrankung in den 6 Monaten nach Infektion. Deshalb besteht der Wunsch die Passage erst einmal so zu belassen. ▪ Vorschlag Genesene nach einer einmaligen Impfung wie vollständig Geimpfte zu betrachten. Eine Impfung von Genesenen wird erst nach 6 Monaten empfohlen. ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ Geimpften müssen nach der 1. Impfung zunächst weiter in Quarantäne bleiben. ○ Entscheidung: Regelung bleibt zunächst bei 3 Monaten: aufgrund unbekannter Virusausscheidung bei Reinfektion + unbekannter Rolle der neuen Varianten. ○ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] *ToDo: Dokument soll bis spätestens 15 Uhr bei Webmaster sein.* • Entisolierungspapier ○ Infografik ist fertig, Begleittext ist fast fertig. *ToDo: Fertigstellung und Publikation heute*	IBBS [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** Variante A.27 verdrängt in Elfenbeinküste weitere Varianten. In Deutschland wurde sie hauptsächlich in BW nachgewiesen, jedoch mit sehr niedrigen Nachweisraten. (Bericht hier) *ToDo: Sonderbericht an Länder über Lagezentrum versenden*	FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Einsatz monoklonaler Antikörper wurde veröffentlicht.	IBBS

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
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, 07.04.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

436 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-04-07.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*07.04.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt.2
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - [redacted]
- FG 12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZBS 1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.910.445 (+9.677), davon 77.401 (+298) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 110/100.000 Einw. ▪ Rückgang von 150/100.000 in der Vorwoche ▪ Eingang zahlreicher Nachfragen über Ostern: Inwiefern ist dies auf den „Ostereffekt“ zurückzuführen o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 10.800.637 (13,0%), mit 2 Impfungen 4.633.859 (5,6%) o DIVI-Intensivregister: 4.355 Fälle in Behandlung (+211) o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Rückgang in allen BL im Vergleich zur Vorwoche ▪ Nachmeldungen sind zu erwarten o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen (AG) ▪ Niveau entspricht weitgehend der Vorwoche ▪ Von KW 12 zu 13 in allen Altersgruppen gleichbleibend oder geringe Abnahme (am deutlichsten AG 5-14) o COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ In den KW 7-9 etwa 1500 Sterbefälle/Woche, jetzt weiterhin leichter Rückgang o Anzahl übermittelter COVID-19-Fälle mit Antigennachweis ▪ Von KW 12 zu KW 13 leichter Rückgang ▪ Anteile an allen übermittelten Fällen weiterhin bei 6% ▪ Die zunehmenden Antigennachweise wirken sich in den Meldedaten (bisher) nicht auf den Anstieg der Fallzahlen aus o Berichtete Fälle (Differenz Vortag) und Fälle nach Meldedatum (neu) ▪ Über Ostern keine Zunahme der zeitlichen Verschiebung zwischen Fällen nach Meldedatum und Fällen nach Berichtsdatum o DEMIS-Meldungen und COVID-19-Fälle nach Meldedatum (neu) ▪ Seit 2/2021 laufen die Kurven parallel (seit 01.01.21 ist der DEMIS-Anschluss für Labore verpflichtend, mittlerweile nutzen 400 Labore DEMIS für die Meldung an die GÄ, um Weihnachten nur 200)	FG32 [redacted]

	▪ Es gehen mehr Meldungen ein, als dann an das RKI übermittelte Fälle (es können z.B. mehrere Meldungen zum gleichen Fall erfolgt sein) ▪ Die Kurven zeigen, dass die GÄ zeitnah übermitteln, auch über Ostern hat jedes GA mindestens 1x geliefert ▪ Rückgang der Fallzahlen liegt am Rückgang der Testhäufigkeit, nicht am Meldeverzug durch die GÄ, inwiefern ein tatsächlicher Rückgang des Infektionsgeschehens zugrunde liegt, ist nicht aus den Zahlen zu entnehmen ▪ Frage: Wann ist wieder mit belastbaren Zahlen zu rechnen? ▪ Meldedaten wahrscheinlich ab Dienstag, 13.04.2021, da diese (Ferien)woche noch wenig getestet wird, Praxen sind geschlossen etc. ▪ Hinweis: Änderung des IfSG: Antigennachweise im Selbsttest sind nicht meldepflichtig, unter Aufsicht bzw. von Fachpersonal durchgeführte Antigennachweise sind meldepflichtig	[redacted]
	• **Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ Anzahl der Testungen in KW 13 erwartungsgemäß gesunken: 1,15 Mio (Vorwoche 1,4 Mio) ▪ Positivenanteil deutlich gestiegen (11,1%) ▪ Weniger Labore haben übermittelt o Auslastung der Kapazitäten ▪ Auslastung deutlich gesunken im Vergleich zur Vorwoche o Probenrückstau ▪ Kein Rückstau, keine Lieferengpässe o Testzahlerfassung-VOC ▪ Durch Feiertage verzögerte Datenlieferung erst am 07.04 abends o POCT in Einrichtungen ▪ Auch hier weniger Testungen ▪ Anscheinend wurden durch stat. Pflegeeinrichtungen weniger Tests entweder durchgeführt oder übermittelt ▪ Auch Testzentren sind jetzt registriert, möglicher Shift von Meldungen vermehrt aus Testzentren und weniger aus Pflegeeinrichtungen ▪ Insgesamt 428.063 POCT aus 354 Einrichtungen, 0,2% positiv, 84% (gleichbleibend) PCR-überprüft und 52,6% pos. bestätigt o **SARS-CoV-2 in ARS** ▪ Anstieg des Positivenanteils entspricht den Vorwochen, keine Zunahme des Anstiegs ▪ Steile Abnahme der Anzahl der Tests /100.000 EW in jeder AG, besonders stark in AG 5-14 ▪ Zunahme des Positivenanteil in allen AG, wie in den Vorwochen ein unverändert kontinuierlicher Anstieg ▪ Positivenanteil/100.000EW: leichter Rückgang	AL3 [redacted] FG 37 [redacted]

	▪ Interpretation ist schwierig ▪ Testort: Größter Rückgang in Arztpraxen mit Sprung des Positivenanteils auf über 10%, in Krankenhäusern leichter Anstieg des Positivenanteils ▪ Zuverlässige Zahlen sind für nächste Woche zu erwarten o **B.1.1.7 aus 12 Laboren (delH69/V70)** ▪ Insgesamt Zunahme von VOC ▪ [redacted] ▪ [redacted] o Ausbrüche in Altenheimen und Krankenhäusern ▪ Altenheime: insgesamt sehr niedrige Zahlen, geringer Anstieg ▪ Krankenhäuser: wesentliche Abnahme i. Vgl. zur Vorwoche • **Diskussion** o Zahl der Testzentren nimmt rapide zu, sollten sie adressiert und Interesse an ihren Angaben signalisiert werden? o Testzentren wurden über die zentrale Webseite auf der sie sie sich präsentieren, kontaktiert, Kontaktaufnahme ist aufwendig und schwierig, kann durch ein kleines Team nicht geleistet werden o Spricht eine gleichmäßige Zunahme des Positivenanteils trotz geringerer Testzahlen eventuell für einen geringeren Anstieg der Infektionszahlen? o Durch die Impfung finden weniger Arztbesuche durch schwere Fälle statt, auch dies könnte beitragen o Nach welcher Zielgröße bzw. Maßzahl sollten sich Lockerungsempfehlungen richten? Soll eine bestimmte Positivenrate angestrebt werden? o Ein Positivenanteil von 10% ist jedenfalls zu hoch, der Anteil bei den 5-59Jährigen von 11,25% ist sehr hoch (auch nach WHO Maßgabe), Schwerpunkt des Infektionsgeschehens liegt im familiären und beruflichen Umfeld o Positivenanteil ist ein der Öffentlichkeit schwer zu vermittelnder Wert o Bisheriger Indikator ist die Zahl der Patienten in ICU, alle anderen Maßzahlen können von Artefakten beeinflusst sein, der Anstieg der Patientenzahlen auf ICU ist beunruhigend o Da viele Labore und Praxen diese Woche noch geschlossen sind, liegen wahrscheinlich erst übernächste Woche wirklich interpretierbare und belastbare Zahlen vor • **Syndromische Surveillance (nur mittwochs)** (Folien ??) o GrippeWeb ▪ Insgesamt liegt die ARE Inzidenz unter der der Vorjahre ▪ Kontaktbeschränkungsmaßnahmen werden eingehalten	Alle FG36 [redacted]

- Leichter Anstieg in den AG 0-5 und 6-10
- Steile Abnahme in den Meldedaten, über die Feiertage wurde weniger erhoben und weniger übermittelt
- Anstieg der Ausbrüche in Schulen seit Öffnung Anfang März bis zum Ferienbeginn, jedoch weiterhin unter Vorweihnachtsniveau
- In KW 10/11 exponentieller Anstieg der Ausbrüche in Kindergärten, 3-4x so viel wie vor Weihnachten
- Inzidenz nach Altersgruppen weitgehend unverändert

  - ARE-Konsultationen
    - Abnahme durch Osterferien
  - ICOSARI-KH-Surveillance
    - Deutlicher Anstieg der SARI-Fallzahlen in der AG 35-59
    - Konstant hohes Niveau in den älteren AG
    - ICOSARI-Zahlen bilden das COVID-Geschehen ab
  - ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle
    - Sowohl bei Fällen mit max. Verweildauer von 7 Tagen als auch bei allen Fällen deutlicher (Covid-bestimmter) Anstieg in den AG 35-59 und 60-79
    - Kein Anstieg in den AG > 80 (Wirkung der Impfung)
  - ICOSARI: SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 und Intensivbehandlung
    - Deutlicher Anstieg in der AG 60-79
    - Gleichbleibendes Niveau in den AG 35-59 und AG >80
    - Medianes Alter ist gesunken (60-70)
    - Insgesamt wenig Veränderung i. Vgl. zur Vorwoche

- **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (nur mittwochs)** (Folien hier) FG 17 [redacted]
  - Eingang von 123 Proben in KW 13
  - Anzahl wegen der Feiertage halbiert
  - Rhinoviren auf dem Niveau wie vor dem Lockdown, nach den Lockerungen sofortiger Anstieg zunächst bei den Jüngsten, dann in den anderen AG
  - Nachweise von SARS-CoV-2 knapp über 5% (Vorwoche 3-4%)
  - Insgesamt Verschiebung der Probenanteile hin zu pädiatrischen Proben
  - Im Hintergrund wenig Nachweise von Parainfluenzaviren
  - Keine Influenza Nachweise
  - Günstige Bedingungen für saisonale Viren: Starker Anstieg von NL63 und Anstieg von OC43
  - VOC Anteil bei SARS-CoV-2 positiven Proben: 100%

- **Diskussion**
  - Stationäre Fälle SARI mit COVID: Steiler Anstieg ist stärkeres Signal als Inzidenzen
  - Wie belastbar sind die Zahlen der syndromischen Surveillance?
  - Kleine aber seit Jahren konstante Stichprobe (i. Vgl. zu DIVI-Intensiv-Register), solide Datenbasis für Vergleiche, expansionsfähig, sollte expandieren, viele

	Zusatzinformationen (Altersmedian, Beatmungsdauer, Liegezeit) ○ Alleinstellungsmerkmal: Information sowohl zu Diagnosen liegender Patienten als auch Entlassdiagnosen ○ DIVI: sehr breite Abdeckung, ICOSARI tiefergehende Informationen ○ Hinweis: Anstieg bei Hospitalisierung bildet das Infektionsgeschehen von vor 2 Wochen ab ○ Obwohl im Steckbrief kürzere Fristen bis zu Symptomatik und stationärer Aufnahme angegeben sind, muss die Zeit bis zur Übermittlung eingerechnet werden ○ Anregung DIVI- und ICOSARI-Daten abzugleichen, wird von [redacted] und [redacted] begrüßt, erste Kontakte wurden ohnehin bereits geknüpft *ToDo: Abgleich von ICOSARI-Daten und DIVI-Daten, sollen als Grundlage für die BPK am Freitag 09.04. zusammengestellt werden* ○ **Disclaimer im Lagebericht** ○ Vorschlag: Erläuterung im Lagebericht, wann die Zahlen zur Testhäufigkeit wieder auf einem normalen Niveau liegen, da sich Meldedaten schon kommende Woche normalisieren, zuverlässige 7-Tage-Inzidenz ev. erst übernächste Woche vorliegen *ToDo: Disclaimer bleibt bis Mittwoch, 14.04., wird modifiziert: Der Hinweis auf die reduzierte Übermittlung durch die GÄ wird gestrichen Vorschlag einer Erläuterung im Lagebericht wird v. [redacted] vorbereitet* ○ Einordnung einer Agenturanfrage zur Äußerung [redacted] dass niedrige Zahlen vor allem mit den Ferien-Schulschließungen zusammenhingen: ▪ Sinkende Zahlen betreffen alle AG, nicht nur Schüler und Lehrer ▪ Eine Auswirkung auf die Fallzahlen wäre, falls es eine gäbe, zudem erst in 14 Tagen zu erwarten	FG 17, MF4 Presse [redacted] FG 32
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA**	BZgA

	• [redacted] **P1** • Thema der BPK nächste Woche ist „Long Covid“. Frage: Wer ist Ansprechpartner zu diesem Thema? Antwort: IBBS, [redacted]	[redacted] P1 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** • **Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen** (Dokument hier) o Änderungen betreffen das Tragen von FFP2-Masken und die Anordnung der Quarantäne bei Geimpften und Genesenen o Nach Rückfragen wurde für die Situation „Gespräch“ wieder ein Abstand definiert o Aus dem Zusatz „Außerhalb des Arbeitsschutzes“ wurde die eindeutige Formulierung, dass der Gesundheitsbereich von der Regelung* ausgenommen ist, da vom korrekten FIT ausgegangen werden kann * Gleichzeitiger Aufenthalt von Kontaktperson und Fall im selben Raum mit wahrscheinlich hoher Konzentration infektiöser Aerosole unabhängig vom Abstand für > 10 Minuten, **auch wenn durchgehend und korrekt** MNS (Mund-Nasen-Schutz) oder FFP2-Maske getragen wurde. o Kurze Diskussion: Andere Bereiche, z.B. Lehrpersonal, auch nach FIT-Test und Einweisung, sind <u>nicht</u> ausgenommen o Definition „Vollständig geimpft“: Ab dem 15. Tag nach der 2. Impfung o Definition „Genesen“: Analog ab dem 15. Tag nach 1 Impfung *ToDo: geeigneten Link zu den Definitionen in den STIKO-Dokumenten auswählen* o [redacted] o [redacted] o Anfragen zu dem Dokument ähneln sich, Textbausteine wurden dazu fertiggestellt und sollen an das LZ kommuniziert werden o Unklare Textstelle, hier den Nebensatz verdeutlichen: „ist - *aufgrund der aktuellen Datenlage zu Reinfektionen und Kontagiosität bei erneuter Infektion*- nur dann keine	FG36 [redacted] FG33 [redacted]

	Quarantäne erforderlich, wenn der Kontakt innerhalb von 6 Monaten nach dem Nachweis der vorherigen SARS-CoV-2-Infektion erfolgte“ ○ Gibt es Evidenzen zur zeitlichen Begrenzung des Kontakts auf 10 min? ○ Nein, rein pragmatische Entscheidung wegen höherer Kontagiosität, und nach Hinweisen von GÄ ○ Diskussion: Sollten Genesene nach symptomatischer und nach asymptomatischer Erkrankung unterschieden werden? Gibt es Aussagen zur Boosterwirkung der Impfung nach asymptomatischem Verlauf (der evtl. keine B-Zell Wirkung induziert hat)? ○ Es sollte auf die Gruppe der symptomatisch Erkrankten eingegrenzt werden ○ Hinweis: Sehr schwierig, dies genau zu definieren, wird möglicherweise in der Rechtsverordnung nicht differenziert werden ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Die Testung wurden als Reaktion auf die häufigen Nachfragen der GÄ, zur Quarantänedauer (zu kurz, insbes. bei VOC), aufgenommen ○ Es entspricht der 2x/wöchentlichen Testempfehlung in Schulen und Betrieben ToDo: *Fertigstellung des Dokuments mit Erläuterungen bzw. Begründung der Änderung in der Einleitung noch heute 07.04.* ○ Dokument „Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen“ wird angepasst ○ Begründung, warum keine Quarantäneausnahmen für Mitarbeiter und Bewohner gelten, werden aufgenommen ○ Hinweis, dass die Testhäufigkeit nach Impfaktion angepasst werden kann, wurde bereits aufgenommen. *ToDo: Koordination der Anpassungen mit [redacted] (Altenheime) und [redacted] (Presse)* ○ Dokument zu den Testkriterien und Flussschemata werden an die aktuellen Änderungen angepasst werden ○ Flussschema wird zu diesem Zweck vorübergehend von der Homepage genommen	FG36 [redacted] [redacted] [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)**	

	• Nicht besprochen • [redacted] ○ [redacted]	FG33 [redacted]
9	**Labordiagnostik** • 1062 Einsendungen, davon 491 positiv • Positivrate 45% • B.1.1.7: 90% • [redacted] • [redacted]	ZBS 1

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	• Dokument **Hinweise zur Durchführung der Quarantäne** (Dokument ??)
	  ○ Soll ausschließlich an die BL kommuniziert werden
	  ○ Anregung, die Isolation bei Infektion außerhalb der Familie durchzuführen
	  ○ Ethische und soziale Herausforderungen, insbesondere für Bevölkerungsgruppen, die die Trennung von erkrankten Haushaltsmitgliedern als besondere Härte empfinden
	  ○ Juristische Stellungnahme [redacted]) wird noch erwartet
	  ○ Formulierung „sollte erwogen werden“ soll geändert werden zu „kann erwogen werden“, das entspricht der Formulierung im Dokument zur KoNa
	  ○ Frage: Welche Settings kommen für die Isolierung in Frage? Kann es ein „geeigneter Haushalt“ sein oder ist es ein außerhalb familiärer Kontexte überwachter Bereich mit standardisierten Hygienebedingungen?
	  ○ Im Vordergrund sollte der Schutz der Familienmitglieder stehen, nicht die Überwachung
	  ○ Kinder und Pflegebedürftige werden in dem Dokument bisher nur indirekt (Betreuungsbedarf) adressiert, Kinder sollten erwähnt werden
	[redacted]
		IBBS [redacted]
		Alle
		[redacted]

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	

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: Freitag, 09.04.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

438 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-04-09.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*09.04.2021, 11-13 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - [redacted]
- Abt. 2 Leitung
  - Thomas Ziese
- Abt. 3 Leitung-Bereich
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG/ INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Abt.1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International (nicht besprochen) o Fälle, Ausbreitung • National (Folien hier) o Fallzahlen: 110/100.000 EW (+25.000 Fälle und +300 Todesfälle seit Vortag) o Anstieg intensivmedizinischer Fälle o 7d-Inzidenz der Bundesländer wird vermutlich wieder ansteigen: Top 3: Thüringen Sachsen, Sachsen-Anhalt, Anstieg in Bayern, Bremen und Saarland. o [redacted] o [redacted] o [redacted] o Sterbefälle im Bereich der Vorjahre, wobei zu berück sichten wäre, dass im letzten Jahr zu dieser Zeit sowohl noch Influenza-Saison war, wie auch bereits die erste Welle zum tragen kam. DIVI-Intensivregister (Folien hier) o 4510 Fälle auf ITS o Exponentielle Anstieg der ITS Fälle bei erwachsenen COVID-19 Patienten und deutlicher Anstieg bei Kindern o Bei >8 Bundesländer sind >20% der ITS Betten belegt, wobei zu beachten wäre, dass nur ca. 50% der Betten für eine Behandlung von COVID-10 Patienten geeignet sind o Anteil der COVID-19 Fälle an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: Anstieg vor allem in Bremen, Thüringen und Sachsen, Abfall in SH o 85% der ITS-COVID-19-Fälle benötigen Beatmung; überproportionaler Anstieg der ECMO-COVID-19-Fälle im Verhältnis zum Anstieg der gesamten ECMO Fälle.	[redacted] [redacted] [redacted]

	○ SPoCK: Prognose der COVID-19 Intensivfälle: Im Osten, Süden und Westen starker Anstieg, nur im Norden wird ein flacherer Anstieg erwartet. Frage: Wird die Prognose im Lagebericht kommuniziert? Antwort: Ja, 1 Mal die Woche für Gesamtdeutschland, aber nicht für einzelne Regionen [redacted] Frage: Ist es möglich DIVI Bericht generell auf die Mittwochssitzung zu legen, damit er für die BPK zur Verfügung steht? *To do: Zukünftig nach Möglichkeit strategische Punkte und Dokumente Mo+Fr und Mi hauptsächlich Berichte besprechen.* ○ Modellierung: nicht besprochen	
2	**Internationales (nur freitags)** ○ Vorbereitung Montenegro Mission läuft	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Auf Mittwoch/Freitag nächster Woche vertagt!	Alle
5	**Kommunikation** Darstellung der 7-Tagesinzidenz im Lagebericht Diskussion: Es wurden zwei Standpunkte vertreten: Standpunkt 1: Es ist sehr wichtig zu kommunizieren, dass die aktuelle 7d-Inzidenz ein konservativer Wert ist, der tatsächliche Wert liegt immer höher! Daher sollte man (kontinuierlich) den Wert + x% durch Nachmeldungen kommunizieren. Beispielsweise war die ursprüngliche 7d- Inzidenz für den 1.4.21 134/100.000 EW, später erhöhte er sich durch Nachmeldungen auf 150/100.000 EW. [redacted] *To do: Es sollen Beispiele für 7d- Inzidenzen und R-Wert (aktuell + letzte drei Tage inklusive prozentualer Anstieg im Vgl. zur jeweils ursprünglich ermittelten Zahl) berechnet und im Tabellenformat in der Sitzung am kommenden Montag präsentiert werden. Diese Tabelle soll als Entscheidungsgrundlage dienen, in welcher Form die*	FG32/38/ FG34 [redacted]

	Kommunikation erfolgen sollte. Aktuell angedacht ist die Integration dieser Zahlen im Lagebericht, (unterhalb der Kurven zur 7d- Inzidenz und nicht direkt auf Seite 1). • Keine Neuigkeiten • Information zu Long-COVID in der nächsten BPK. Kontaktaufnahme zu [redacted] ist diesbezüglich erfolgt. Frage: Wäre es möglich, die aktuelle Lage, insbesondere Anteil der ITS-Patienten, über den Twitter Kanal 1 Mal wöchentlich zu verbreiten? Antwort: In Rücksprache mit der Social Media Beauftragten könne das erfolgen. Anliegen: [redacted] berichtete über vermehrte Anfragen zum Umgang mit Kontaktsituationen im Außenbereich hinsichtlich erhöhter Ansteckungsgefahr durch VOC. Er plädierte für Maskenpflicht im Außenbereich, dem sich einige in der Diskussion anschlossen, da sich dadurch beispielsweise auch Treffen in größeren Gruppen in Parks reduzieren würden. Hinweis von [redacted], dass dieser Punkt bereits im Dokument zur Risikobewertung aufgeführt ist, nämlich dass auch im Außenbereich MNS zu tragen wäre, wenn Abstände nicht eingehalten werden können. Diskussion, ob dieser Punkt gesondert kommuniziert werden soll. Als Argumente dagegen wurde genannt, dass Ansteckungen im Außenbereich nur einen kleinen Anteil der Fälle ausmachen und dass MNS zu einem falschen Sicherheitsgefühl führen könnten [redacted] *To do:* [redacted] Frage: Was wurde aus dem Dokument zur Pandemietiquette? Antwort: Dokument wurde an BzgA geschickt und ist veröffentlicht und erhielt positives Feedback!	BzgA P1 Diskussion Alle

	Vorschlag: Dokument könnte hinsichtlich der vorausgegangenen Diskussion zum Tragen von MNS im Innen- und Außenbereich aktualisiert werden.	
6	**Neues aus dem BMG** nicht besprochen •	BMG
7	**Strategie Fragen** • [redacted]	Alle
8	**Dokumente** Dokumente • RKI-Lagebericht: Formulierung Ausbrüche im privaten Haushalt Diskussionsbedarf zur Frage, wie viele Fälle man Haushaltsausbrüchen zuordnen kann bzw. wie diese berechnet werden sollen, denn Ansteckung Quellfall erfolgt wahrscheinlich außerhalb des Haushalts. Diskussion wurde auf Montag vertagt, da [redacted], der diesen Punkt eingebracht hat, nicht anwesend ist. • Testkriterien für die SARS-CoV-2 Diagnostik bei symptomatischen Patienten mit Verdacht auf COVID-19 (Dokument hier) Wording anpassen an KPN Dokument und weitere Änderungen (insbesondere Testempfehlung auch bei asymptomatischen Personen und Ausweitung der Testung auf verschiedene Testformate berücksichtigt). Anmerkung: Da zukünftig die CWA auch bei positiven Schnelltests eine Warnung ausgeben wird, sollte sich hier dazu konform die Definition des Quellfalls nicht auf PCR-bestätigte Fälle beschränken. • Entscheidung: Definition des Quellfalls wurde erweitert auf alle bestätigten Fälle. • Wording geändert für Maßnahmen bei Symptomen: 5d-Isolierung bei <u>jeglicher neu aufgetretener respiratorischer Symptomatik</u>, die auf einer <u>Atemwegsinfektion</u> basiert, unabhängig vom Ergebnis einer Schnelltestung. Mit den unterstrichenen Zusätzen sollen die chronischen Fälle ausgeklammert werden. • Kontaktpersonenmanagement (Fragen bez. Schutzdauer von asymptomatisch Infizierten und Definition "immungesund")	FG34 [redacted]

	1. Schutzdauer von asymptomatisch Infizierten: Dänemark Paper zum Schutz vor Reinfektion untersucht alle PCR-bestätigten Fälle, unabhängig von der Symptomatik. Auch STIKO unterscheidet nicht nach Symptomatik, sondern allein nach Infektion (PCR-Bestätigung), daher an STIKO Definition/Empfehlung anpassen. 2. Definition "immungesund": STIKO gibt keine Definition. Kategorisierung erfolgt aufgrund ärztlicher Beurteilung. • Vorschlag eines Disclaimers für das Dokument Präventionsmaßnahmen in Schulen (12/10/20): *To do: Der Disclaimer soll darauf hinweisen, dass aufgrund der veränderten Situation nun die S3-Leitlinie des BMBF gilt. Die Grundgedanken des Dokuments bleiben dennoch bestehen. Auch sollte verdeutlicht werden, dass Schnelltests vom RKI als Zusatzmaßnahmen angesehen werden, die andere Maßnahmen nicht ersetzten können.*	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Es gibt eine aktualisierte STIKO Empfehlung: - [redacted] - [redacted] - [redacted] • [redacted] • Aufklärungsmaterialen, FAQs und Faktenblätter wurden gemäß STIKO Empfehlung aktualisiert. • [redacted] • Durch Aufnahme der Impfungen ins Regelsystem (Impfen in Arztpraxen) gibt es einen starken Anstieg der Impf-Rate: 650.000 vorgestern und 700.000 gestern, davon ca. die Hälfte in Arztpraxen verimpft. Nachteil für die aktuelle Berichterstattung: sehr wenige Daten zeitnah verfügbar (älter/jünger als 60, welcher Impfstoff, Ort der Impfung).	FG33

	[redacted]	
10	**Labordiagnostik** • Virologisches Sentinel: ○ 823 Proben: ○ 15 COVID-19 Fälle (80% davon B1.1.7) ○ 261 Rinovirus positiv ○ 112 positiv für saisonale Coronaviren ○ 8 positiv für Parainfluenzaviren ○ 2 positiv für humane Metapneumusviren • 855 Proben ○ 393 (46%) positiv für SARS-CoV2, davon 90% B1.1.7 Frage: Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit einer Doppelinfektion mit Wildtyp und Variante? Gibt es dazu Daten? Antwort: Es gibt dazu einen Preprint, der dem Verteiler zugeschickt wird.	FG17 ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Es gibt eine Studie aus Köln (https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/8031/20210401_COVRIIN_Praxisbericht%20NIV_Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y), die zeigt, dass unter bestimmten Umständen eine verlängerte nicht-invasive Beatmung eine 75% höhere Sterblichkeit bedingt im Gegensatz zu einer rechtzeitigen invasiven Beatmung. Diese Studie verdeutlicht, dass die Verzögerung der invasiven Beatmung nicht immer die lebensrettende Maßnahme darstellt und sorgfältig abgewägt werden muss. • [redacted] • [redacted]	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**	Alle
13	**Surveillance: nicht besprochen** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36

14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • **Geimpfte werden aus der Testverordnung herausgenommen**	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • [redacted]	FG38
16	**Wichtige Termine** /	Alle

440 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-04-12.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*12.04.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International (nicht besprochen)
	  ○ Fälle, Ausbreitung
	• National (Folien hier)
	  ○ Anstieg der Fallzahlen zum Vortag um ca. 13.000
	  ○ Knapp 16% mit 1. Impfung, 6% mit 2. Impfung
	  ○ 7-Tage-Inzidenz: 136/100.000 EW; es zeigt sich ein Absinken der Inzidenz über die Feiertage, welches auf geringeres Testen zurückzuführen und in fast allen BL zu sehen ist.
	  ○ Nachmeldungen können 7-Tage-Inzidenzen um ca. 10% erhöhen, die stärkste Korrektur nach oben scheint am Folgetag zu erfolgen, weniger in den danach folgenden Tagen.
	  ○ 107 LK liegen unter 7-Tage-Inzidenz von 100, davon nur 8 unterhalb 50/100.000 EW. Insgesamt zeigt sich deutschlandweit ein Anstieg, nur im Norden finden sich wenige LK mit geringeren Inzidenzen, höchste Inzidenzen weiterhin in TH, BY, SN.
	  ○ Anstieg intensivmedizinischer Fälle (+53, insgesamt 4.585 Fälle), immer mehr Krankenhäuser melden eingeschränkte Betriebssituation (Personal- und Raummangel als führende Ursachen).
	
	Corona-KiTa-Studie (Folien hier)
	• GrippeWeb: Situation stabilisiert sich. Die Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen liegt im niedrigen Bereich, unterhalb der Inzidenz der Vergleichssaison.
	• Knick in Hinblick auf COVID-19 Inzidenz mit Beginn der Osterferien hat sich fortgesetzt mit Ausnahme der Altersgruppen der 15-20-Jährigen und 11-14-Jährigen.
	• Covid-19 Fälle: Anteil der übermittelten COVID-19 Fälle steigt bei den 15-20-Jährigen und fällt bzw. stagniert bei den jüngeren Altersgruppen.
	• Ausbrüche in Kindergärten/Horte: 151 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen), weiterer Anstieg bis KW 11, deutlich über Situation in Dezember, Daten ab KW12 noch nicht sicher zu beurteilen. Erwachsene sind häufig betroffen.
	• 43 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen), insgesamt ca. 80-90 Ausbrüche pro Woche, Peak in der KW 12 mit 120 Ausbrüchen, Anstieg ist vor dem Hintergrund der z.T. geöffneten Schulen zu verstehen. Zunehmend auch Nachweise von B.1.1.7 zu finden.
	
	Modellierung
	• Zahl der Bewegungen am Osterwochenende lag auf Niveau zwischen 2019 und 2020
		[redacted]
		
		[redacted]
		
		[redacted]/ P4

	• Niveau von Karfreitag, Ostersonntag und Ostermontag ähnlich zu vorhergehenden Sonntagen	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • DEA: 80.000 Anmeldungen am Tag teils über Ostern, mit Bundesdruckerei gibt es aktuell kleine Abstimmungen, Upload der Testergebnisse wird voraussichtlich am 21.04.2021 anlaufen. [redacted] • CWA: Befragung aus CWA-Server läuft weiter (350 Personen machen pro Tag mit, insg. ca. 12.500 Beteiligte, Folgebefragung wird mit 7.000 Befragten immer größer). Zunehmend sind Befragte überrascht über Risikomitteilung.	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Für Mittwoch Diskussion geplant.	Alle
5	**Kommunikation** Kommunikation der nachträglichen Korrektur der 7-Tagesinzidenz und für den R-Wert • Es wird diskutiert, ob und wenn ja, wie Nachmeldungen bzw. ein Korrekturfaktor der 7-Tage-Inzidenzen und des R-Werts zum Vortag kommuniziert werden könnten. Eine tabellarische Darstellung ist nicht intuitiv nachvollziehbar, sinnvoller wäre ein Hinweis unter der Grafik des zeitlichen Verlaufs der 7-Tage-Inzidenzen mit Bezug auf den grauen Datenbereich (z.B. Erfahrungsgemäß kann es noch zu Nachmeldungen kommen, beispielsweise …“). • [redacted] • Grundlegend könnte man die Problematik der Untererfassung / Nachmeldungen perspektivisch als Argument für einen wöchentlichen, statt täglichen Lagebericht nutzen. Eine separate Darstellung der Untererfassung oder offensivere Kommunikation diesbezüglich wird unterschiedlich bewertet. Im Dashboard sollen nur tagesaktuelle Daten gezeigt werden, historische Daten können aus dem Archiv entnommen werden. *ToDo:* Unter die Grafik als auch im Fließtext soll ein Hinweis auf die Unterschätzung und den durchschnittlichen Korrekturfaktor eingefügt werden. [redacted] soll die Thematik in den Artikel zum Meldesystem mit aufnehmen, zur Wiedervorlage im Krisenstab.	Alle

	Kommunikation der Ausbruchsfälle in Haushalten – Anteil mit anderem Infektionssetting • Es wird diskutiert, wie viele Fälle man Haushaltsausbrüchen zuordnen kann bzw. wie diese berechnet werden sollen, angesichts der Annahme, dass die Ansteckung des Quellfalls wahrscheinlich außerhalb des Haushalts erfolgt. Diese Konstellation betrifft v.a. die privaten Haushaltsausbrüche (im Vgl. zu anderen Ausbrüchen eher kleine Ausbrüche, aber höherer Anteil der Quellfälle aus anderen Settings), jedoch ändert dies nichts im Ranking der Ausbrüche. Es wäre denkbar, den Aspekt als Schatten in die Darstellung einzubauen oder zumindest zu erläutern. Die Information wäre z.B. bei Modellierungen relevant. • [redacted] Weiteres • Die letzte Bundespressekonferenz, in der sich die Leitung klar gegen Öffnungen bei hohen Inzidenzen ausgesprochen hatte, wurde in den sozialen Medien und der Presse positive aufgenommen; es gab viel gutes Feedback. • Der offene Brief der Aerosol-Forscher soll im Krisenstab zirkuliert und dann diskutiert werden. • Aus dem ÖGD wurde zuletzt mehrfach die Bitte an das RKI herangetragen, Änderungen in den Empfehlungen besser kenntlich zu machen. Dabei stellt sich die Frage der farblichen oder anderweitigen Markierung (ähnlich wie in den STIKO-Empfehlungen, die allerdings als PDF veröffentlicht werden). Voraussetzung wäre das Eingehen aller Dokumente im Änderungsmodus. Jedoch wird aus mehreren Gründen eine Markierung für schwierig erachtet: Soll jedes Update markiert werden, inklusive minimaler Änderungen wie Rechtschreibfehler? Ab wann wird die Markierung entfernt? Bei kurzen Überarbeitungsintervallen könnte die farbliche Markierung von Änderungen bereits wieder entfernt sein, bevor die Rezipienten sie wahrgenommen haben. In anderen Kontexten scheint sich eine Markierung nicht durchzusetzen. Im HTML-Format (barrierefrei) ist eine Änderungsmarkierung daher schwierig. • Für einen besseren Überblick könnten Änderungen im Disclaimer ausführlicher beschrieben werden. Bei kleineren Änderungen könnte man auch den Stichtag belassen oder konsequent jede Änderung im Disclaimer vermerken.	FG34 / [redacted] /alle P1 alle VPräs/alle

	• [redacted] [redacted]	
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** Außerhäusliche Quarantäne / Isolierung • [redacted] [redacted] • [redacted] • Aus der Erfahrung in Schulsettings zeigt sich, dass Selbsttestungen logistisch gut zu organisieren sind, anscheinend sind die Bestelllogistik und Finanzierung für die Gesundheitsämter z.T. schwierig zu stemmen. Der Punkt wird ggf. im Verlauf erneut diskutiert. **b) RKI-intern** Nicht besprochen.	IBBS Alle
7	**Dokumente** [redacted] • Auf EU-Ebene wird über einen grünen Pass nachgedacht, der auf Grundlage eines als vollständig anzunehmenden Impfschutzes, eines Genesenenzertifikats oder eines negativen Testnachweises mit begrenzter Gültigkeit ausgestellt werden und an Grenzübergängen kontrolliert werden könnte. • Die Definition der Genesenen ist in Anlehnung an die Frage der Reinfektion komplex (Berücksichtigung langer Verläufe, wiederholte Positiv-Negativ-Nachweise in der PCR etc.); dabei wird auf eine Kombination aus klinischer Besserung und negativem Test vor Abschluss der Behandlung abgehoben. Ein alternativer Entwurf lehnt sich an die Entisolierungskriterien an. Grundsätzlich sollte das Genesenenzertifikat an bestehende Kriterien anknüpfen. Der grüne Pass sollte in jedem Fall das Datum der Testung enthalten.	

	• Eine serologische Testung wäre kein ausreichender Beleg (kein Hinweis auf Infektionszeitpunkt). Außerdem ist eine begrenzte Zeitdauer eines Zertifikats anzuraten, da kein absoluter Schutz vor Reinfektionen bestehe. Das Beibehalten von Maßnahmen (AHA+L) ist ebenso wichtig. Der Erlassbericht sollte die Limitationen des Genesenenzertifikats klar benennen. Auch sollte auf die derzeit in Deutschland vorherrschende Variante in den Empfehlungen Bezug genommen werden. • Das BMG hatte u.a. angefragt, wer die Zertifikate ausstellen kann. Am ehesten sollte auf eine „ärztliche Bescheinigung, z.B. hausärztliche Versorgung, Betriebsärzte, GÄ“ hingewirkt werden. *ToDo:* FG36 stimmt Entwurf mit IBBS ab ([redacted] und ZIG in CC). • [redacted]	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • [redacted] • Letzte Woche gab es 1.078 Einsendungen, davon 494 positiv (46% Positivenrate), 87% Hinweise auf B.1.1.7. Proben sollen zur Sequenzierung eingesandt werden.	FG17 [redacted] ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] • [redacted]	FG14

	[redacted]	
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** – siehe oben	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine/ Arbeitsaufträge** •	Alle
	Nächste Sitzung: Mittwoch, 14.04.2021, 11:00	

442 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-04-14.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*14.04.2021, 11:00 Uhr (Ende: 12:48 Uhr)*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
  - [redacted]
- Abt. 2
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.044.016 (+21.693), davon 79.088 (+342) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 153/100.000 Einw. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 14.058.329 (16,9 %), mit 2 Impfungen 5.186.135 (6,2 %) ▪ deutliche Zunahme ○ DIVI-Intensivregister: 4.688 Fälle in Behandlung (+26) ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Anstieg in allen BL sichtbar, bes. ausgeprägt in BY, SN, TH ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen ▪ Rückgang nur in Altersgruppen 0-9 ▪ Zunahme in Altersgruppen 10-79 ▪ am stärksten betroffen: Altersgruppen 15-49 ○ Anzahl COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche ▪ konstant in Altersgruppe 80+ seit ca. MW08/09 ▪ leichte Zunahme in Altersgruppe 60-79 ▪ rückläufig bei Kindern ○ Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach Altersgruppe ▪ Zahlen deutlich unter denen der 2. Welle ▪ Unsicherheit: Rückgang nach MW12 wahrscheinlich Artefakt, Nachübermittlungen zu erwarten ○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Plateau um 1.000 Sterbefälle wöchentlich seit Sterbewoche 10/11 ○ Anzahl übermittelter COVID-19-Fälle mit Antigennachweis ▪ Anteil an allen übermittelten Fällen weiterhin gering, um 6-7 % ▪ Unsicherheit: Informationen wahrscheinlich nicht vollständig ***-- Diskussion --*** neu eingefügte Formulierung im Lagebericht vom 13.04.21 *„Momentan ist eine leichte Abnahme der Anzahl hospitalisierter Fälle zu beobachten.“* irreführend, bezieht sich nur auf Zeitraum der letzten 14 Tage; [redacted]	FG3 [redacted]

[redacted]

Hinweis auf Button im Dashboard mit Verlinkung zu aktuellem Lagebericht

- **Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)**
  Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier) — Abt. 3 [redacted]
  - Testzahlen und Positivquote (Folie 1)
    - Anzahl Testungen in KW14 (1,15 Mio) noch geringer als in KW13 (1,17 Mio)
    - Positivenanteil weiter zunehmend (12 %)
    - weniger Labore haben übermittelt
  - Auslastung der Kapazitäten (Folie 2)
    - Kapazität konstant um 2,2 Mio/Woche
  - Probenrückstau (Folie 3)
    - kein nennenswerter Probenrückstau
  - Testzahlerfassung-VOC (Folie 4)
    - viele Übermittlungen: > 50 % positiver PCRs
    - B.1.1.7 scheint sich um 85 % einzupendeln
  - POCT in Einrichtungen (Folie 5)
    - insgesamt aus 354 Einrichtungen 585.360 POCT erfasst, davon 1027 positiv (0,2%), davon 865 (84%) in PCR gegangen, davon 482 (56 %) als positiv bestätigt übermittelt

SARS-CoV-2 in ARS (nur mittwochs) (Folien hier) — FG 37 [redacted]

- KW14: Rückgang der Testungen, Positivenanteil geringfügig gestiegen; durch Feiertag entstandene Lücke wird nicht nachgeholt, deutlicher Schnitt
- Anzahl der Tests pro 100.000 EW in Altersgruppen 0-14 durch „fehlenden“ Ostermontag deutlich zurückgegangen, in übrigen Altersgruppen stabil
- deutliche Zunahme des Positivenanteils in allen Altersgruppen, bes. ausgeprägt in Altersgruppe 5-14
- Positivenanteil pro 100.000 EW: kaum Veränderung gegenüber Vorwoche
- Testort: Anteil pos. Testungen in Praxen zunehmend (> 15 %), in KH kaum verändert (um 5 %)
- B.1.1.7 (Daten aus 16 Laboren): Anteil del69/70 an allen Positiven knapp 100 % (Vorselektion); Anzahl Nachweise B.1.1.7+E484K zunehmend
- Anzahl Ausbrüche in Altenheimen und Krankenhäusern
  - Altenheime: stabil auf niedrigem Niveau (um 50/Woche)
  - KH: auf niedrigem Niveau (<100/Woche)

	• **Syndromische Surveillance (nur mittwochs)** (Folien hier)
	  ○ GrippeWeb (Folie 2): ARE-Rate von KW13 zu KW14 insgesamt stabil, bei Kindern weiter rückläufig, in Altersgruppen 35+ geringfügig zunehmend
	  ○ Konsultationsinzidenz (Folie 3): bei Kindern rückläufig, insgesamt wenig verändert, Verschiebung der Altersverteilung
	  ○ ICOSARI-KH-Surveillance (ab Folie 4)
	  ▪ SARI-Fallzahlen insgesamt stabil geblieben, deutl. Anstieg in Altersgruppe 0-4, Rückgang in Altersgruppen 60-80+, in Altersgruppe 35-59 stabil auf hohem Niveau
	  ▪ COVID-SARI: COVID-19-Anteil an SARI-Fällen 60 %
	  ▪ COVID-SARI-ITS: Zunahme in Altersgruppen 35-59, 60-79; entspricht Niveau der 2. Welle; medianes Alter stabil (68); COVID-19-Anteil an SARI-ITS-Fällen 85 %
	
	• **DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)** (Folien hier)
	  ○ starke Zunahme der COVID-ITS-Fälle in nahezu allen BL (+250 in letzter Woche), SH einziges BL mit Rückgang
	  ○ insgesamt leichte Abflachung im Anstiegsverhalten, noch nicht bewertbar
	  ○ Kinder in Intensivbehandlung: starke Zunahme (+27)
	  ○ Sterbefälle zunehmend
	  ○ in 8 BL > 20 % COVID-19-Anteil an ITS-Betten; Zahl freier, betreibbarer Betten nimmt ab; 60 % der Intensivbereiche melden Einschränkungen im Betrieb
	  ○ freie ECMO-Kapazitäten abnehmend; 80 % der ECMO-Behandlungen entfallen auf COVID-19-Patienten
	  ○ SPoCK-Prognosen nach Regionen: Anstieg der COVID-ITS-Patientenzahlen prognostiziert für Ost, Süd, Süd-West, West; nur für Nord Abnahme prognostiziert
	
	• **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (nur mittwochs)** (Folien hier)
	  ○ Daten spiegeln bereits Berichtetes wider
	  ○ Einsendungen in den letzten zwei Wochen reduziert
	  ○ in KW14 139 Einsendungen, SARS-CoV-2-Anteil 11,5 %
	  ○ Verschiebung bei den Einsendungen von jüngeren (0-4, 5-15) zu älteren (35-60, 60+) Altersgruppen
	  ○ Rhinoviren: insgesamt starker Rückgang, bei 60+ leichte Zunahme
	  ○ humane Metapneumoviren: leichte Aktivität
	  ○ Influenza: keine Nachweise
	  ○ endemische Coronaviren: NL63 rückläufig, Knick durch Ostertage, leichte Aktivität bei 229E und OC43
	  ○ SARS-CoV-2: starke Zunahme der Nachweise in Altersgruppen 35+, Kinder wenig auffällig
	  ○ Doppelinfektion NL63/SARS-CoV-2 in einer Probe
	
	-- Diskussion --
	Positivenanteil in KH (ARS-Daten): Ist die vorgeschädigte KH-Population tatsächlich weniger betroffen? – möglicher Effekt der Impfungen von Personal und Patienten; in einigen
		FG36 [redacted]
		
		MF [redacted]
		
		FG 17 [redacted]

	deutschen Unikliniken Impfung aller stationär aufgenommenen Patienten; [redacted] Risikowahrnehmung: die jetzt vermehrt betroffenen jüngeren Altersgruppen nehmen sich möglw. nicht als Risikogruppe wahr bzw. werden von Ärzteschaft nicht als solche wahrgenommen; Intensivbehandlung: betrifft zunehmend jüngere Patienten, Intensität der Behandlung bei jüngeren Patienten höher als bei älteren; Kommunikation relevanter Zeitspannen an Praxen? – Zeitspanne Erkrankungsbeginn – Hospitalisierung – ITS geht aus Meldedaten hervor (falls erfasst) *TODO: Diskussion der o. g. Zeitspannen in Meldedatengruppe*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] **Pressestelle** • viele Nachfragen zu Feiertagseffekten, wann sind Zahlen wieder aussagekräftig? **P1** • [redacted] • Daten zur Gesundheit ehemaliger Intensivpatienten wären für Kommunikation (v. a. an Bevölkerung, weniger an Politik) hilfreich, langfristige Perspektive nicht aus den Augen verlieren *TODO: Zusammentragen von Daten zu Gesundheit ehem. ITS-Patienten (P1, Zuarbeit IBBS)* **vorgezogene BPK morgen, 15.04.2021** • Fokus auf klinische Aspekte: syndromische Surveillance, stationäre und Intensivbehandlung, insbes. Zahlen zu ECMO-Kapazitäten, Kinder in Intensivbehandlung (s. a. Klinisches Management)	BZgA [redacted] Presse [redacted] P1 [redacted] [redacted]

	TODO: Daten in Sprechzettel aufnehmen (P1)	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** [redacted] **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	FG38 [redacted]
7	**Dokumente** • **Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen** ○ [redacted] ○ ○ *TODO (mittelfristig): Anpassung des Dokuments (FG36/37)* • **Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme für KP1 unter medizinischem Personal bei Personalmangel** ○ [redacted] *TODO: Wiedereinführung der Empfehlungen diskutieren (FG37)*	FG38 [redacted] FG37 [redacted]
8	**Update Impfen** **(nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • Nicht besprochen	ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Vorschlag für zwei Kernbotschaften (s. a. Kommunikation): ○ elektive Eingriffe aussetzen, Regelbetrieb einschränken, bestenfalls in allen (auch privaten) KH, um Kapazitäten zu erhalten ○ [redacted]	IBBS [redacted]

	DIVI-Daten liegen in hoher Auflösung (regionale bzw. Standortebene) vor, könnten genutzt werden	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 16.04.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

444 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-04-16.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*16.04.2021, 11-13 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
-
- Abteilung 1 Leitungsbereich
  - [redacted]
-
- Abt. 2 Leitung
  - Thomas Ziese
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  -
  -
- FG36
  - [redacted]
  -
  -
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  -
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - Johanna Hanefeld
- ZBS 1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- FG11
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung *entfällt wg. Krankheitsfällen in der PHI-Gruppe* • National (Folien hier) o Fallzahlen/Todesfälle -7d-Inzidenz bis gestern ein steiler Anstieg, schätzungsweise 10%-15% Unterschätzung der Tagesaktuellen Zahlen (Graubereich) [redacted] -Deutschland liefert nun Daten an Euromomo (www.euromomo.eu). Vorher nur Daten aus Berlin und Hessen dort verfügbar, diese BL sind auch noch zusätzlich dort gesondert aufgeführt. -Ab November 2021: Gesetzgebung zur Mortalitätssurveillance • Indikatorbericht (hier): -Erstmalige Vorstellung im Krisenstab [redacted]	[redacted]

2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • oxford government tracker wird auch berücksichtigt (https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker) ***To do:*** 1. *Handlungsempfehlungen vorab in der Krisenstabssitzung vorstellen und besprechen, dafür soll Lagezentrum mit ZIG2 eine Vorlage erarbeiten*	ZIG [redacted]
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** ***To do:*** *LZ soll Risikobewertung für nächste Woche Mittwoch zur Besprechung vorbereiten, anschließend in 2-3-wöchigem Rhythmus*	Alle
5	**Kommunikation** • [redacted] • [redacted] • Hinweis: Neuer EpiBull Artikel am Montag über Selbst-Probennahme durch Patienten und Ag-Schnelltests • Hinweis: EpiBull Artikel über pädiatrisches Cluster und Haushaltsausbrüche in Hamburg • Keine Ergänzungen	[redacted] Presse P1
6	**Neues aus dem BMG** •	BMG
7	**Strategie Fragen** • **Allgemein**	Alle

- Kommunikation der Abbildung mit Projektion der Fallzahlentwicklung im Lagebericht? (Folien hier)

Frage: Warum wurde Abweichung der Meldezahlen während der Feiertage nicht vorab berücksichtigt?
Antwort: Solche Effekte schwer Quantifizierbar. Außerdem wichtig, dass Modell so einfach wie möglich zu halten, um Entwicklung ohne Änderung der ist-Situation zu verdeutlichen.
Hinweis: Es muss unterschieden werden zwischen Feiertagseffekten aufgrund von weniger Arztbesuchen und daraus resultierend weniger Testungen (schnelle Auswirkung) und Effekten aufgrund von Kontaktreduzierungen, z.B. durch Schulferien (erst mit einem Verzug von 2 Wochen bemerkbar).

To do:
Diesen Bericht aufgrund der vorangegangenen Diskussion für den Lagebericht aufbereiten. Begriff ‚Trend' ersetzten durch ‚Fallzahlen' und den Begriff ‚Prognose' durch ‚Modellierung'.

- **RKI-intern**
- **Bezüglich Stellungnahme gestern: Impfquote bei den Grenzwerten berücksichtigen?**

To do: AG Control-COVID soll sich dieser Fragestellung annehmen (FG36 und AL3), siehe auch Punkt 1 bei to-do am Ende.

Modellierung zu vierter Welle?

Krisenstab heute.msg

- gezielte Unterdrückung gefährliche VOCS - also Immune escape VOCs – mögliche Maßnahmen

	[redacted] ***To do:*** 1. *AG Control-COVID: Anpassung Stufenplan im Hinblick auf Population at Risk (Ungeimpfte)* 2. *P1 [redacted] Kommunikation (langfristig) über Entwicklung und Maßnahmen, z.B. auch Sommerreisen vermeiden, mögliche 4. Welle. Vorschlag: Public Health Konferenz organisieren.* 3. *FG33: Modellierung der Auswirkung von VOC* 4. *FG38 (Ausbruchskoordination): Ermittlung von notwendigen Maßnahmen zur schnellen Ausbruchsbekämpfung von VOC, um Ausbreitung („Flächenbrand“) zu verhindern*	
8	**Dokumente** • Kontaktpersonenpapier a) Ergänzung von Punkt 3.2.2: Empfehlung der 14 tägigen Kontaktvermeidung von geimpften oder genesenen KP mit Risikogruppen. (Anmerkung: Es gibt keine Rechtsgrundlage für eine Quarantäne oder Berufsverbot, daher nur eine Empfehlung). b) Falls Quellfall mit einer Impf-Escape Variante infiziert ist, dann gilt Quarantäneanordnung auch für Geimpfte c) Definition enger Kontakt explizit auch für Kontakt mit respiratorischem Sekret ***To do****: Papier am Dienstag bitte an AG-I zur Kenntnis*	[redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Update zu Epidemiologischen Bulletin 13/2001 (RKI-STIKO Modell) • -Modellierung mit Annahme einer Kontaktzunahme von 20-30%. Vergleich mit aktuellen Zahlen (ITS Fälle) zeigt, dass tatsächliche Kontaktzunahme nur 10%. • [redacted] • -Eine 4-Wöche Kontaktreduktion wie beim 1. Lockdown kann das Überschreiten der ITS-Kapazitäten verhindern.	FG3 [redacted]
10	**Labordiagnostik** • Virologisches Sentinel: o 695 Proben, 48% COVID-19 Fälle (90% davon B1.1.7) o 200 Rinovirus positiv o Keine Influenzaviren o 10% positiv für Parainfluenzaviren o 2% positiv für humane Metapneumusviren	ZBS1 FG17

	• 1012 Proben o 443 (44%) positiv für SARS-CoV2, davon 90% B1.1.7	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • [redacted]	FG38 [redacted]
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • /	FG38
16	**Wichtige Termine** • Nächste Sitzung: Montag, 19.04.2021, 13:00	Alle

446 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-04-19.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*19.04.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG35
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* ○ Fälle, Ausbreitung ○ *Entfällt wg. Krankheitsfällen in der PHI-Gruppe* **National - Fallzahlen/Todesfälle** (Folien hier) • Überblick Kennzahlen ○ SurvNet übermittelt: 3.153.699 Fälle insgesamt (+11.437), davon 80.006 (+92) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz (7TI) 165/100.000 EW ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 16.428.425 (19,8 %), mit 2 Impfungen 5.517.282 (6,6 %) ○ DIVI-Intensivregister: 4.842 Fälle in Behandlung (+56) • Verlauf 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer ○ Thüringen und Sachsen deutlich über dem Bundesdurchschnitt, Schleswig-Holstein einziges Bundesland weit unter dem Bundesdurchschnitt ○ Bereits Presseanfragen zu kleinem Plateau, Rücksprache mit Presseabteilung erfolgt: im Wochenvergleich KW 14 mit KW 15 ist ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen zu Woche 15 hin erkennbar, ein ausbleibender Anstieg der 7TI über drei Tage ist somit noch kein ausreichendes Anzeichen für eine Entwarnung, daher ist eine weitere Beobachtung angeraten • Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis ○ Gleicht sich bundesweit insgesamt weiter an ○ LK-Anzahl mit 7TI > 100 weiter steigend ○ Lediglich noch 51 LK mit 7TI < 100 ○ Nur 5 LK mit 7TI < 50 (hier nicht ganz korrekt ausgewiesen LK Anhalt-Bitterfeld: SORMAS-Schnittstellen-Fehlfunktion am Wochenende, keine Übermittlung der Daten und damit hier deutlich zu niedrige Inzidenz ausgewiesen) ○ Hotspots u.a. LKs Sonneberg, Greiz, Saale-Orla-Kreis • COVID-19-Inzidenz nach Meldewoche und Altersgruppe ○ Datensatz zur Darstellung für KW 15 noch nicht vollständig ○ Steigt weiter an, am stärksten in der AG der 5-14-Jährigen, aber auch in älteren AG Anstieg zu verzeichnen, auch bei > 80-Jährigen (auch wenn hier Durchimpfung bereits am höchsten) • DIVI-Intensivregister ○ Anzahl der ITS-Fälle weiter steigend (derzeit 8.842) • Diskussion: ○ Entwicklung der Fallzahlen: vorsichtige Äußerung anzuraten	ZIG1 FG32 [redacted]

	○ Zunehmend Anfragen zum Verlauf des Medianalters der Todesfälle bei der Presseabteilung: in der Pandemie recht konstanter Wert bei ca. 84, derzeit ca. 82, wird aber in Tabelle 3 im Lagebericht aufgenommen und wochenweise ausgewiesen zwecks Verweismöglichkeit bei Anfragen *To Do: wöchentliche Ausweisung des Medianalters der Todesfälle im Lagebericht Tabelle 3*	
	Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* (Folien hier) • GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ○ Bei Kindern nach wie vor Einfluss Osterferien ersichtlich: Anstieg vor den Osterferien, nun Rücklauf zu verzeichnen • COVID-19: Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ○ Bei Kindern hier ebenfalls Einfluss der Osterferien ersichtlich: aktuell erneut steiler Anstieg der Inzidenz, vor allem in der AG der 6- bis 20-Jährigen, bei 0-5-Jährigen leicht erhöht • Ausbrüche in Kindergärten/Horte ○ 135 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) ○ Nach Ostern im Median 3-4 Fälle pro Ausbruch, in den Wochen vor Ostern 5-6 ○ Anteil AG 0-5 an allen Kita-Ausbruchsfällen nimmt weiter zu: seit Ende des Lockdowns (KW 8) sind es rund 46 %, während der 2. Welle waren es ca. 35 % ○ Insgesamt 2.505 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (≥ 2 Fälle) übermittelt ○ 2.071 (8 3 %) Ausbrüche mit Kinderbeteiligung (<15J.), 44 % (6.694/15.112) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt ○ 434 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter • Ausbrüche in Schulen ○ 68 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) ○ Seit Ende Lockdown (KW 8) ist die Mehrheit der Ausbruchsfälle 6-10 Jahre alt (45 %), AG 11-14 (13 %), 15-20 (19 %), 21+ (23 %) ○ Während der 2. Welle hatte die AG der Kinder und Jugendlichen jeweils einen Anteil von ca. 24-26 % ○ Insgesamt wurden 1.953 Ausbrüche in Schulen übermittelt (≥ 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen) ○ 1.817 (93 %) Ausbrüche mit Fällen < 21 Jahren, 28 % (6-10J.), 22 % (11-14J.), 28 % (15-20J.), 22 % (21+) ○ 136 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter	FG36 [redacted]
	• **Modellierungen** *(nur montags)* (Modellierung hier https://observablehq.com/d/0281827223f4b268) ○ Analyse zu privaten Mobilitätsanteilen (Fokus: Wochenende, hier jeweils Sonntage dargestellt) ○ Auflösung: Stunden-Fenster und nach Landkreisen bzw. hier dargestellt Hamburg und Berlin	P4 [redacted]

- Referenzzeiträume: 1. – 16. KW 2019 (schwarz) und 2020 (blau) zu 2021 (rot)
- Balkendiagramm:
  - Mobilität bundesweit in 2019 und 2020 bis KW 11 im Wesentlichen konstant
  - Lockdown KW 11 2020: Mobilitätsrückgang -40 bis -60 %
  - 2021: in ersten 16 Wochen niedrigeres Niveau (Lockdown-Phase), KW 13 2021 im Vgl. zu 2020 (erster Lockdown) weiteraus geringere Mobilitätsverringerung
- Wolkendiagramm:
  - Großstädte (Berlin und Hamburg) samstags 22-23 Uhr (zwecks Beurteilung der möglichen Auswirkung einer nächtlichen Ausgangssperre)
  - X-Achse: Außentemperatur (Einfluss auf Mobilität), y-Achse: Anzahl an Bewegungen
  - 2019 (schwarz): Punktwolke um 120.000 Bewegungen in ersten 16 Wochen, 2020 (blau): vor Lockdown ähnlich, nach Lockdown: Absinken der Mobilität auf ca. 30.000 Bewegungen (knapp ¼ der Mobilität) → Effekt auf abendliche Bewegung substanziell stark; 2021 (rot): weiterhin sehr reduziert bei ca. 40.000 Bewegungen, vergleichbar mit Lockdown 2020
  - Ähnlich in HH, ggr. geringere Bewegungsanzahl
  - Ähnlich Bilder auch für Freitagabend und andere Zeiträume ab 20 Uhr
  - Sehr wenig Bewegungen in Berlin und Hamburg auch unabhängig der Außentemperatur ersichtlich, Datengrundlagen von Telekom und Telefonica zeigen übereinstimmendes Bild

- Diskussion:
  - Bevölkerung scheint sich unabhängig der jeweilig aktuellen Empfehlungen eigenverantwortlich einzuschränken
  - Hier gesamte Mobilität dargestellt, nächtliche Ausgangssperre wirkt sich nur auf kleinen Anteil der Mobilität aus (auf ca. 1/10)
  - [redacted]
  - [redacted]

	○ Sichtbarkeit einer örtlichen Agglomeration: in Berlin recht gute Auflösung (feine Kachelung), allerdings aufgrund von Datenschutz bei < 10 Bewegungen pro Kachel ausgegraut, wird aber weiter analysiert ○ Begrenzte Wirksamkeit von Ausgangssperren nicht auszuschließen aber Bevölkerung hat Mobilität um ca. ¾ reduziert, allerdings ist die Qualität noch stattfindender Kontakte derzeit nicht erkenn- oder beurteilbar [redacted]	
2	**Internationales** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* DEA: • [redacted] • Aktuell Priorität auf SORMAS-Anbindung • Verschobene Updates/Instabilität nach hinten priorisiert, da grundsätzliche Stabilität zunächst gewährleistet sein muss • DEA-Grafiken zur Einreise nach D als Indikator ggf. einmal im Monat im Lagebericht abzubilden (derzeit Peaks mit bis zu 90.000 Einreisen, im Vgl. DEA-Beginn mit ca. 30.000) *To Do: Abbildung DEA-Einreise stellt [redacted] gern in einer der nächsten Sitzungen vor.* CWA: • [redacted] • Derzeit Übereinkunft, Eventregistration in CWA anzubringen • Vorige Woche: ca. 80.000 Personen durch CWA gewarnt, davon lassen sich i.d.R. ca. 60 % testen, zeigt ungeachtet der Probleme die Signifikanz der CWA im Pandemiegeschehen • Empfehlungen des RKI zur KPN: muss in CWA ergänzt werden, derzeit erhalten Geimpfte als auch Ungeimpfte dieselben Mitteilungen, externe Informationen zu verlinken ist hierbei sinnvoll, da Entscheidungen zeitlich-politischen Schwankungen unterlegen sind • Rücknahme falscher Schnelltestergebnisse: technische Herausforderung, Ereigniskette muss beachtet werden, derzeit in Arbeit, derzeitige Timeline sieht hierzu Ende Juni/Anfang Juli vor, sollte im Stakeholder-Meeting nach vorn priorisiert werden • [redacted]	FG21 [redacted]

	DEMIS: • Testcenter werden vermehrt anzubinden und Labordaten-Umgebungen zu trennen versucht • Neue Profile werden veröffentlicht, um nicht nur SARS-COv2 sondern auch alle anderen relevanten Erreger melden zu können, Labore werden schrittweise angebunden SORMAS: • Verstärkt Gesundheitsämter angebunden, Datenqualität und -verlässlichkeit müssen noch verbessert werden Diskussion • [redacted] *To Do: Klärung der Pooltestungs-Mitteilung via CWA bilateral zwischen* [redacted] *und* [redacted]	FG32 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Aktuelles Dokument hier *To Do1: Die im Ordner abgelegte Datei wird von* [redacted] *an den Krisenstab zirkuliert* *To Do2: Besprechung hierzu ist für Mittwoch, den 21.04. geplant, dann im zweiwöchigen Turnus*	Alle
5	**Kommunikation** BZgA • Keine Anmerkungen Presse *To Do: Bei Dokumentenänderungen die Bitte an alle, den jeweilig aktuellen Stand aus der Website zu kopieren, damit nicht versehentlich mit veralteten Versionen gearbeitet wird.* *Die Vorgehensweise wurde begrüßt und soll zukünftig umgesetzt werden.* P1 • „Verhaltenstipps“ wurden in diverse Sprachen übersetzt, werden vom BMG verbreitet, P1 arbeitet derzeit an jeweiligem Layout und wird diese dann zirkulieren • [redacted] • Kommunikation von Schnelltesten: Hinweisliste und Erklärgrafik zu falschen Testergebnissen sowie zur Relevanz von regelmäßigem Testen in Vorbereitung durch P1	BZgA [redacted] Presse [redacted] P1 [redacted]

	• Positivenanteil (siehe letzte BPK): ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Hinweis 1: bei der BPK keine grafische Darstellung möglich, diese sollte anderweitig eingebettet und prominent dargestellt werden (bspw. Lagebericht, Twitter) ○ Hinweis 2: Surveillance-Daten sollten berücksichtigt werden, da diese Altersgruppen-spezifisch aufgeschlüsselt sind (ältere AG höhere Positivenrate als Kinder) ○ Hinweis 3: ARS-Daten geben differenzierte Hinweise auf altersstratifizierte Anzahl an durchgeführten Testungen und Positivenanteil ○ ITS Bettenbelegung, Inzidenz und Fallzahlen korrelieren ○ Hinweis 4: erkrankte Personen lassen sich mit höherer Wahrscheinlichkeit testen (mutmaßlich recht stabiles Verhalten), Variationen finden sich vermutlich eher im Grad der Erfassung asymptomatischer Fälle *To Do: Eine erneute Erläuterung zu Tests und deren Bedeutung sowie zur Begrifflichkeit und Bewertung der Inzidenz ist erforderlich* • „Control Covid"-Konzept: ○ Muss erneut klargestellt werden, da aktuell geäußerte Bestrebungen, die Gesamtbevölkerung durchzutesten wenig sinnvoll erscheint ○ Stufenkonzept „Control Covid" wird überabreitet, vermutlich zu kurzfristig für BPK am Freitag • „Control Covid"-Publikationen und -Grafiken sollten stärker in den Vordergrund gestellt werden, damit nicht nur die Inzidenz öffentliche Berücksichtigung findet, auch um auch lokale Gegebenheiten zu berücksichtigen und eine differenzierte Betrachtungsweise zu fördern • [redacted] *To Do1: Erfassungssysteme sollten ebenso im EpidBull berücksichtigt werden (derzeit bereits in Arbeit).* *To Do2: Wiederaufnahme des o.g. Diskussionspunktes zur Inzidenz als Hauptparameter.*	
6	**Strategie Fragen**	Alle

	a) Allgemein • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* • Definition „Genesener“: PCR-Positivität ausreichend, eine klinische Erkrankung ist definitionsgemäß hier nicht entscheidend. Dieser Punkt wurde bereits geklärt.	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* **Update AGI Sentinel** • In der KW 14 und 15 gab es einen ggr. Probenrückgang (Osterfeiertage), von 330 Proben 5 % Rhinoviren, 18 % saisonale Coronaviren (NL63), 1 % Parainfluenza, 9 % SARS-CoV-2 (KW14 11 %, KW 15 7 %). Hierbei ist die Altersstratifizierung zu berücksichtigen (Positivenrate bei Erwachsenen höher; Osterferien: KiTa-/Schulferien). **ZBS1** • Letzte Woche 1.383 Einsendungen, davon 614 positiv (44,4 % Positivenrate) • Publikation zur PCR-Untersuchungen akzeptiert	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* Inhalative Korticosteroide (Budesonid): • Wurde in Öffentlichkeit viel diskutiert und als „Gamechanger“ bezeichnet; die zwei kürzlich veröffentlichten Studien (STOIC und PRINCIPLE) sind aufgrund verschiedener Limitationen jedoch nicht ausreichend zur abschließenden Einschätzung (Details siehe Stellungnahme des STAKOB/FG COVRIIN unter www.rki.de/covid-19-covriin und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. unter https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/COVID-19/20210419_DGP_OEGP_DGAKI__C19_und_ICS__STOIC-Studie.pdf) • Fazit: Budesonid-Inhalation bleibt eine individuelle Therapieentscheidung unter Berücksichtigung der	IBBS [redacted]

	Komorbiditäten; keine generelle Therapieempfehlung für COVID-19 Antikoagulantien: • Im ambulanten Setting schwerpunktmäßig bei Patienten mit Risikofaktoren empfohlen Nachtrag [redacted]: • Therapieübersicht der FG COVRIIN u.a. zur Antikoagulation: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/COVRIIN_Dok/Therapieuebersicht.pdf?__blob=publicationFile • Es folgt in Kürze noch eine separate Stellungnahme der FG COVRIIN nur zur Antikoagulation.	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* • Aktuell Anfragen zu möglicher FFP3-Empfehlung (keine generelle Empfehlung zu FFP3 auszusprechen)	FG14 [redacted]

12	**Surveillance** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*
	• Darstellung zur 7-Tages-Inzidenz auf der Website soll von epidemiologischen Darstellungen getrennt gezeigt werden (separate Seite), im Dashboard wird dann auf diese Seite verlinkt
	• [redacted] bereitet einen Vorschlag für [redacted] vor, der über [redacted] an ihn geschickt wird
	• Archivdatei: Ersatz sieht lediglich etwas anders aus, keine Zusatzarbeit für Presse erforderlich
	
	• Aktueller VOC-Bericht ist, wie bereits kommuniziert, der vorerst letzte, sofern keine neue schwerwiegende VOC auftritt
	
	• VOC-Abstimmungsrunde:
	  ○ Ist bereits heute Vormittag erfolgt, wird ein weiteres Mal stattfinden (kein fortlaufendes JF)
	  ○ Eine Klärung hinsichtlich eines möglichst minimalinvasiven Vorgehens ist wünschenswert
	  ○ BMG-Bedarf hierbei: Übersicht, Sprachfähigkeit auch ggü. Medien, Vorschlag von [redacted] (Virologin) hierzu: umfassende Tabelle zu VOCs, die laufend ergänzt bzw. aktualisiert wird
		FG32 [redacted]
		
		FG36 [redacted]
		
		ZIG1 [redacted]

13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine/ Arbeitsaufträge**	Alle

	• Pandemic Preparedness Partnership Conference (Initiative der brit. Regierung): 20.4., 13-18 Uhr, [redacted] nimmt teil • Konferenzhinweis „Zero Covid“ 24.04. ca. 13-17 Uhr, link wird von [redacted] zirkuliert	
	Nächste Sitzung: Mittwoch, 21.04.2021, 11:00	

Ende 14:25

448 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-04-21.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*21.04.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 3.188.192 (+24.884), davon 80.634 (+331) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 160/100.000 Einw. o Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer ▪ Kein weiterer Anstieg, ähnlicher Trend in den meisten BL o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Inzidenzen deutschlandweit sehr hoch, nur 6 LK mit Inzidenz bis 50 und 55 LK mit Inzidenz 50-100 o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ In allen Altersgruppen Anstieg von KW 14 zu KW 15 ▪ deutlicher Anstieg bei 5-14 und 15-34 Jährigen o Hospitalisierte ▪ Von Woche 12 zu 13 kein weiterer Anstieg, kein Ostereffekt zu vermuten o COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Kein weiterer Rückgang von Todesfällen, eher Plateau o Anzahl laborbestätigte COVID-19-Fälle mit und ohne Antigennachweis ▪ Kleiner Anstieg der Fälle mit Antigennachweis, Anteil jedoch weiter sehr gering, < 10% • **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ Ca. 1,3 Mio. Teste durchgeführt, wieder mehr als in KW 13 und KW 14 ▪ Positivenanteil leicht gestiegen auf 12,4%, Anstieg Positivenquote flacht ab. o Auslastung der Kapazitäten ▪ Unverändert o PCR-Positivenanteil nach Antigentest ▪ Dunkelblaue Balken im Hintergrund beschreiben die in der Voxco-Abfrage übermittelten positiven PCR-Tests, die grauen Balken im Vordergrund die bestätigten Fälle (Meldungen), die hellblauen Balken die bestätigten Fälle nach Antigentests. Bei dem dunkelblauen Anteil könnte es sich um Mehrfach-testungen handeln. ▪ Anstieg des Positivenanteils ist nicht alleine durch Antikörpertests erklärbar. ▪ Grafik sollte vereinfacht werden und folgende Fragen beantworten: Wie haben sich die Testzahlen verändert, wie entwickelt sich der Positivenanteil und wie verändert sich der Anteil der positiven PCR-Tests,	FG32 [redacted] Abt.3 [redacted]

	denen ein Antigentest vorangeht? Nur diese 3 Linien sollen dargestellt werden. *ToDo: Überarbeitung der Grafik, FF* [redacted] ○ Testzahlerfassung-VOC ▪ In KW15 Anteil der VOC über 90%, davon entfällt der mit Abstand größte Anteil auf B.1.1.7 (89,9%) ○ AG-POCT in Einrichtungen ▪ Anteil Antigentests mit positivem Ergebnis bei ca. 0,2% ▪ Ein hoher Anteil davon geht in die PCR (85%), davon wird ca. die Hälfte (55%) in der PCR positiv bestätigt	
	ARS-Daten (Folien hier) ○ Anzahl der Testungen und Positivenanteile ▪ Testzahlen steigen wieder an. ▪ Positivenanteil ist etwas niedriger als in Vorwoche. ▪ 1. Monatsbericht im Mai geplant, aggregierte Daten sollen zum Download zur Verfügung gestellt werden. ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Effekt der Osterzeit bei der Anzahl Testungen deutlich zu sehen, jetzt wieder Zunahme. ▪ Deutlicher Anstieg der Positivenanteile bei 5-14 Jährigen. ○ Anzahl Testungen in verschiedenen Organisationseinheiten ▪ Effekt Osterzeit in Arztpraxen sichtbar, Testungen steigen wieder an. ▪ In KH keine sehr großen Veränderungen. ○ B.1.1.7 (Typisierungs-PCR) ▪ 17 Labore übermitteln Daten hierzu. ▪ Anteil B.1.1.7 von allen Proben, die typisiert wurden, über 90%. ○ Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser ▪ Weiterhin werden pro Woche ca. 50 Ausbrüche aus Alten- und Pflegeheimen und ca. 100 nosokomiale Ausbrüche übermittelt.	FG37 [redacted]
	• **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ ARE-Raten sind im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben, etwa auf gleichem Niveau wie im Vorjahr, aber deutlich niedriger als in den Jahren davor. ▪ Deutliche Zunahme vor allem bei 0-4 Jährigen. ○ ARE-Konsultationen ▪ Osterknick beendet, Zahl der Arztbesuche ist wieder angestiegen. ▪ In KW 15 ca. 557.000 Arztbesuche wegen akuter Atemwegserkrankungen. ○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle ▪ Starker Anstieg bei 35-59 Jährigen, in anderen Altersgruppen schwankend. ▪ Bei 35-59 Jährigen ist das Niveau höher als in 2. Welle und höher als jemals in Grippewellen in dieser Altersgruppe.	FG36 [redacted]

	○ ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle ▪ Deutlicher Anstieg bei 35-59 und 60-79 Jährigen ▪ Vorläufige Ergebnisse für KW15: es sieht so aus, als würde sich dieser steile Anstieg nicht fortsetzen. ▪ Anteil COVID an allen hospitalisierten SARI-Fällen steigt weiter an. ○ ICOSARI: SARI-Fälle in Intensivbehandlung mit COVID-19, vorläufige Daten bis KW 15 ▪ Hauptlast liegt bei 60-79 Jährigen, in dieser Altersgruppe werden die Patienten jünger. • **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ KW15: 137 Einsendungen; ca. 150 Einsendungen pro Woche in letzten 3 Wochen ○ SARS-CoV-2: 6,9%, B.1.1.7 seit 2 Wochen 100%. ○ Rhinovirusaktivität ist über Osterzeit stark eingebrochen. ○ Parainfluenzavirus: ca. 2% ○ SARS-CoV-2 ist zurückgegangen, endemische Coronaviren bei Kleinkindern nehmen zu. ○ Gestern 1. positiver Influenzavirusnachweis, wird noch sequenziert. ○ Altersverteilung bei Probeneingängen hat sich zugunsten der 0-4 Jährigen verschoben. Bei 35-60 Jährigen ging die Probenanzahl zurück. ○ Rhinovirusaktivität steigt in höheren Altersgruppen. ○ Endemische saisonale Coronaviren: nach wie vor starke Aktivität von NL63 und OC43. ○ Altersverteilung bei NL63: Nachweisrate am höchsten bei 0-4 und >60 Jährigen. ○ SARS-CoV-2: Nachweisrate bei Kindern im Sentinel nicht sehr hoch. Vermutlich wegen geringer Symptomatik, die keinen Arztbesuch erforderlich macht. • **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ COVID-19-Intensivpflichtige ▪ 4.987 Patienten auf ITS, 306 Fälle mehr als in Vorwoche. ▪ Steigende Zahlen in nahezu allen BL. ▪ Todeszahlen auf ITS sind ebenfalls steigend. ▪ Starker Anstieg von Kindern auf ITS setzt sich nicht fort. ○ Belastung der Intensivmedizin ▪ [redacted] ○ Behandlungskapazitäten ▪ Geschehen verteilt über ganz Deutschland. ▪ In 9 BL Anteil von COVID-19-Patienten an ITS-Betten über 20%.	FG17 [redacted] MF4 [redacted]

	▪ Freie Kapazitäten nehmen ab, 60% melden Einschränkungen im Betrieb. o Beatmungskapazität ▪ Über 85% der Behandelten benötigen eine Beatmung. ▪ Schwere Fälle mit ECMO Behandlung nehmen zu und freie ECMO Kapazitäten ab. o Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen ▪ Prognose eines milden Anstiegs • Wo bilden sich die in Zusammenhang mit Reisen durchgeführten Tests ab? o Im Spätsommer/Herbst wurde die Anzahl Teste im Rahmen von Reisen gesondert erfasst. Dies war ein erheblicher Aufwand und nicht sehr repräsentativ und wurde deshalb bisher nicht wieder aufgenommen. o [redacted] ist in Kontakt mit Firma, die Daten aus Testzentren ermitteln will. • Wird eine leichte Entspannung gesehen? o Testungen noch nicht wieder auf Niveau der Vorwochen, kann nächste Woche besser beurteilt werden. o Selbsttests gehen nicht in die Betrachtung mit ein, spiegelt sich in Meldezahlen nicht wieder. o Inzidenz nach Rückgang über Ostertage wieder auf Niveau vor Ostertagen angekommen, hat sich aber nicht weiter erhöht. Politische Diskussionen haben sich vermutlich bremsend auf Kontaktverhalten ausgewirkt. o Stagnation, noch keine Entspannung, aber auch kein weiterer Anstieg. Fallzunahme scheint sich abzuschwächen. o [redacted] o Eine Abbildung der wöchentlichen Erstaufnahmen auf ITS wäre sinnvoll. ▪ Anzahl neu intensivpflichtiger Patienten kann im DIVI-Intensivregister nur geschätzt werden, da bei der Anzahl übermittelter Neuaufnahmen nicht zwischen erstmaliger Aufnahme von Patienten und Neuaufnahmen im Rahmen von Verlegungen unterschieden wird. o [redacted] o ICOSARI: Nicht mehr so viele stationäre Aufnahmen, aber Niveau nach wie vor unbefriedigend hoch.	[redacted] Alle [redacted] [redacted]
2	**Internationales** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)*	

	• Nicht besprochen	FG21

4	**Aktuelle Risikobewertung**
	• Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung (hier)
	  ○ Überarbeitungen der Punkte Allgemein, Ziel, Übertragbarkeit, Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems, Infektionsschutzmaßnahmen und Strategie.
	  ○ Unter anderem wird beim Ziel, der Schutz vor schweren Krankheitsverläufen nicht nur bei Risikogruppen ergänzt.
	  ○ Die Beschleunigung des Anstiegs wird rausgenommen.
	  ○ Es wird auf die Problematik der Übertragung durch Aerosole in schlecht belüfteten Räumen und das regelmäßige intensive Lüften hingewiesen.
	  ○ Die Entwicklung antiviraler Medikamente wird bei Maßnahmen und Strategie rausgenommen.
	  ○ Überarbeitung wurde im Krisenstab angenommen.
		Alle

5	**Kommunikation**
	BZgA
	• Nichts Neues zu berichten
	Presse
	• Nichts zu berichten
	Wissenschaftskommunikation
	• Beschäftigung mit Positivenanteil, VOC Bericht wird unterstützt.
	• Sollen die Veränderungen bei den Therapiemöglichkeiten kommuniziert werden?
	  ○ Richtung Fachöffentlichkeit kommuniziert STAKOB. Es gibt hierzu ein Überblicksdokument mit Änderungshistorie auf der Webseite.
	  ○ Aufbereitung für Laien durch RKI nicht sinnvoll.
	  ○ Fragen zur Therapie gehören nicht zum Zuständigkeits-bereich des RKI, ist Aufgabe der Fachgesellschaften.
	  ○ [redacted]
	• Soll mehr auf Spätfolgen der Erkrankung eingegangen werden?
	  ○ Datenlage ist noch nicht optimal. Was da ist, sollte dargestellt werden.
	ToDo: FAQ zu Spätfolgen, FF [redacted]
	• Wäre es sinnvoll, Empfehlungen offensiver zu kommunizieren, bei welchen Symptomen oder Verschlechterung der Symptomatik ein Arzt aufgesucht werden sollte?
	  ○ Altersgruppe der 35-59 Jährigen ist sich häufig nicht bewusst, dass auch sie schwer erkranken kann.
	  ○ Ziel: Vermeidung, dass Patienten zu spät im Gesundheits-versorgungssystem vorstellig werden.
		BZgA
		Presse
		P1 [redacted]

Kommentiert [KK1]: Aufgabe 3440 vergeben (22.04) bis 29.04. DS

	○ [redacted] *ToDo: Flussschema auf Aktualität überprüfen und in einem einfachen Papier oder FAQ zusammenfassen, FF IBBS, P1* ○ Bisher wurde aus den KH nicht rückgemeldet, dass sich diese Altersgruppe nicht frühzeitig genug vorstellen würde. *ToDo: IBBS klärt bei den KH, ob hier ein Problem besteht.*	[redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: Literaturscreening zum Thema, wie lange bei der B.1.1.7 Variante relevante Virusmengen ausgeschieden werden, FF IBBS* **b) RKI-intern**	FG38 [redacted] / Alle
7	**Dokumente** • Diskussion Eckpunktepapier ○ Nur kurze Vorstellung, da am Eckpunktepapier parallel zur Krisenstabsitzung gearbeitet wird (FF [redacted]). ○ Inhalt: Bund kann Ausnahmen von verpflichteten Maßnahmen für Geimpfte, Genesene und Getestete definieren. ○ [redacted]	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	FG33

9	**Labordiagnostik** • Nicht besprochen	ZBS1/ FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • BAuA hat FAQ zu antiviral beschichteten Masken erstellt. ○ Der Nutzen ist nicht bewiesen, die Unbedenklichkeit nicht belegt. ○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: FAQ wird auf unseren Seiten verlinkt* [redacted] *macht Vorschlag für FAQund kontaktiert die Pressestelle.*	FG14 [redacted]
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • TK Mi 21.04. 14 Uhr mit BMG zu Eckpunktepapier	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 23.04.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

450 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-04-23.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Fr., 23.04.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - [redacted]
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG35
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* ○ Folien hier ○ Weltweit: ▪ Datenstand 22.04.2021, WHO: ▪ 143.445.675 Fälle (+14,5% im Vgl. zur Vorwoche) ▪ 3.051.736 Todesfälle (2,1%) ○ Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: ▪ IND, BRA, USA, TUR, FRA, IRN, ARG, DEU, COL, ITA ▪ einige Länder mit rückläufigem Trend, aber mit weiterhin hoher Inzidenz ○ Indien: ▪ 7-Tage-Inzidenz +62% im Vgl. zur Vorwoche ▪ Mehrere Erlasse ▪ Insb. Virusvarianten B.1.617 und B.1.618 ▪ Darstellung von ECDC: B.1.617 bereits stark verbreitet (CAVE: basierend auf GISAID-Daten – evt. nicht repräsentativ) ▪ Weitere Treiber für steigende Fallzahlen: Nichteinhaltung nicht-pharmazeutischer Maßnahmen, falsches Sicherheitsgefühl, Massenbewegungen von Stadt aufs Land, Pandemiemüdigkeit, religiöse Veranstaltungen ▪ ECDC HSC Meeting 21.04.2021: „It is unlikely but not impossible the variant will pose an increased public health threat for the EU/EEA compared to variants B.1.351 and P.1." ○ Virusvarianten ▪ WHO Epidemiological Update 20.04.2021: 3 VOC, 6 VOI, 19 VUI, aber B.1.617 noch nicht erwähnt. Einschätzung: WHO hinkt hinterher. ○ Studie Munitz et al. 2021, Cell Report Medicine (s. hier): ▪ B.1.1.7 innerhalb von 3,5 Wochen zur dominierenden VV geworden ▪ B.1.1.7 Transmissibilität: um 45% erhöht (95% CI: 20-60%) ○ Hinweise auf: ▪ ECDC, 21.04.2021: Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions (s. hier) ▪ PHE, 22.04.2021: Technical briefing documents on novel SARS-CoV-2 variants,9th Update (s. hier) **National** ○ Folien hier • **Fallzahlen, Todesfälle, Trend**	ZIG1 [redacted] FG32 [redacted]

	○ SurvNet übermittelt: 27.543 Fälle (+7500), 81.158 Todesfälle (+265) ○ 7-Tage-Inzidenz: weiterhin um 160/100.000 Einw. ○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: ▪ Schwerpunkte weiterhin Thüringen, Sachsen-Anhalt, z.T. Bayern. ▪ Saarland stark steigend, aber wahrscheinlich kein echter Anstieg: GA Saarbrücken hat auf SORMAS umgestellt, woraufhin es zu falschen Meldungen kam. Wird in Grafik morgen berücksichtigt, kann aber nicht in Tabelle mit Meldezahlen (Fallzahlen_Kum_Tab.xlsx) korrigiert werden. [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Fälle: stabil ○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Für KW12/2021: in etwa gleich zu Vormonaten, leicht ansteigend ▪ Anstieg über vergangene Meldewoche sollte beunruhigen, auch wenn im Vergleich zur 2. Welle deutlich geringere Zahlen, auch mit Hinblick auf steigende Impfquoten. • **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* ○ (nicht berichtet) • **ARS-Daten** ○ (nicht berichtet) • **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* ○ (nicht berichtet) • **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* ○ (nicht berichtet) • **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** (nur mittwochs) ○ (nicht berichtet) • **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* ○ (nicht berichtet) • **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* ○ (nicht berichtet)	
2	**Internationales** *(nur freitags)* • **Montenegro-Mission** ○ Zusammen mit Abt. 3 ○ Team zT. zurück, z.T. auf Rückreise	ZIG [redacted]

	• **Moldawien-Mission** o Mission mit Schnell Einsetzbarer Expertengruppe Gesundheit (SEEG, GIZ) o Evt. auch mit EMT o [redacted] • **Namibia-Mission** o in Vorbereitung o Fokus: Aufbau von Testkapazitäten • **Austausch zu NPI und Kontaktnachverfolgung bei steigender Impfquote** o Dank an Abt. 3 und Abt. 1 o Gesprächsnotiz geht an nCoV-Lage und gibt es auf Anfrage • **Austausch zu Auswirkungen der Pandemie und Pandemie-Maßnahmen auf Ungleichheiten** o mit WHO Department Social Determinants of Health o Dank an Abt. 2 • **Einreisen und 3 Formen der Risikogebiete** o DEU macht es schwieriger als viele europäische Nachbarn o [redacted] ▪ [redacted] *To Do: Auf Wiedervorlage*	
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)* • (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • **Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung** o Aktuell keine Diskussion bzw. Änderung nötig	Abt. 3 [redacted]
5	**Kommunikation** **BZgA** • Aktivitäten: o Aktuell/ neu: „Bundesnotbremse“ – Änderung IfSchG: neuen gesetzlichen Regelungen gehen heute auf Website, evt. nächste Woche Twitter o Weiterhin: Standardaufklärung AHA+L-Regeln, Impfen • Gemeinsamer Steuerungskreis o noch mehr Testimonials, z.B. Günther Jauch o neben Plakaten in Stadt sollen auch Anzeigen in Medien geschaltet werden o Neue Broschüren sollen in Apotheken ausgelegt werden, gemeinsam erstellt von BZgA und BMG, in Zusammenarbeit mit Eckart von Hirschhausen	BZgA [redacted] FG33 [redacted]

	• Frage [redacted]: Kampagne von Schauspielern (Anm.: #allesdichtmachen) – Gibt es Überlegungen, ob man was dagegensetzen will?
	  ○ BZgA: unklar
	  ○ RKI: Steuerungskreis tauscht sich 3x/Woche, wird für heute Nachmittag besprochen
	Presse
	• Landkreise-Liste wird nun auch am Wochenende aktualisiert, nicht mehr nur werktäglich
	• 3 Publikation im EpidBull demnächst:
	  ○ DIM Impfquoten-Monitoring
	  ○ Priorisierung von zu Impfenden in Ambulanzen
	  ○ Ansteckungsfähigkeit nach Impfungen
	P1
	• (nicht berichtet)
		Presse [redacted]
		
		P1

6	**RKI-Strategie Fragen**
	Allgemein
	• **Strategiepapier zu Öffnungen für BMG**
	  ○ Kein Neuaufschlag nötig, insb. da im ControlCOVID-Strategiepapier versch. Indikatoren und Grenzwerte vorgeschlagen
	  ○ Stufenplan enthält Indikatoren und Grenzwerte, die anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse begründet und nach gewissenhafter, eingehender Diskussion festgelegt wurden; nur ändern, wenn sich etwas Relevantes ändert; (starker) Impfeffekt lässt sich aber noch nicht einpreisen, da erst 22% mind. einmal geimpft sind.
	  ○ Vorschlag: ControlCOVID-Stufenplan als Grundlage + Hinweis, dass weiterhin für Deeskalation, also auch Öffnungsbestrebungen, nicht Inzidenz der Leit-Indikator ist, sondern ITS-Belegung + Zusammenfassung der Modellierung von FG33 über gewissen Zeithorizont und mit Limitationen + Hinweis, dass perspektivisch Impf-Effekt mit einberechnet wird
	  ○ Anfrage an FG33 läuft
	  ○ Ausführlichere Diskussion heute Nachmittag
	  ○ Diskussion:
	  ▪ ControlCOVID-Papier: „Das übergeordnete Ziel der ControlCOVID-Strategie ist es, die Zahl der schweren Erkrankungen, Langzeitfolgen, und Todesfälle durch COVID-19 zu minimieren und eine Überlastung des Gesundheitssystems nachhaltig zu vermeiden.“ – also Basisstufe oder Intensitätsstufe 1 erreichen;
	  ▪ Strategie zum Öffnen ist etwas anderes als Strategie zur Pandemiebewältigung
	  ▪ Teils Zustimmung, teils nicht
		[redacted]
		FG36 [redacted]
		/ Alle
		
		[redacted]

	▪ Aktuell 78% ohne Schutz; davon ausgehen, dass ca. 10% der Infizierten Langzeitfolgen bekommen, z.T. sterben ▪ Befürchtung, dass Strategiepapier nicht berücksichtigt wird, wenn Impfquoten nicht enthalten sind ▪ Österreich hat 7-Tage-Inzidenz von ca. 130/100.000 Ew.; dort soll gelockert werden ▪ Hinweis [redacted]: Öffnungskonzepte von Israel und UK anschauen, ob Aspekte für DEU relevant sind o Entscheidung, insb. [redacted]: ▪ Strategiepapier zu Öffnungen soll weiterhin auf ControlCOVID basieren, die ursprünglich zur Kontrolle gedacht war und wo Öffnungen nicht im Fokus standen; ▪ Grenzwerte momentan nicht anpassen, denn weiterhin für richtig erachtet; ▪ Anpassung der Grenzwerte, wenn neue relevante Evidenz. • **Erlass Ausnahmeregelungen Erlass zur Kommunikation der Definitionen Geimpfte, Genesene, Getestete** o Folien hier o Zweck: Definitionen für Amtsgebrauch, als Legaldefinition o Hinweis vorab: Diese Definitionen sind zu unterscheiden von Definitionen fürs Kontaktpersonen-Management. o Detaillierte Diskussion zu Definitionen im Wortlaut, Implikationen einzelner Wörter ▪ Ergebnis siehe Folien o Hinweis [redacted]: Anekdoten von gefälschten Impfzertifikaten; bei Definitionen also auch berücksichtigen, dass – sofern Impfzertifikate in Definition vorkommen – andere sicherstellen müssen, dass diese überprüft werden können. ▪ Hinweis [redacted] elektronischer Impfnachweis (s.u.) o Hinweis zu Impfstoffen, insb. Definition von vollständig Geimpften: Diskussion im HSC-Meeting, ob auch Impfstoffe mit WHO-Notfallempfehlung oder nur mit EMA-Zulassung berücksichtigt werden sollen. o Vorschlag: vor die Definitionen einen Disclaimer setzen, dass die nachfolgenden Definitionen nur für Umsetzung von politischen Maßnahmen gedacht sind und nicht zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung oder andere Zwecke und dass die Definitionen deswegen nicht deckungsgleich mit anderen sind. Vorschlag angenommen. o Bitte [redacted]: Tabelle, wenn möglich. o Bitte [redacted] Wording möglichst an bereits genutzten Formulierungen orientieren, z.B. aus EpidBull. o Frage: Müssen die Definitionen auf RKI-Website publiziert werden – oder alternativ auf BMG-Website und RKI verlinkt dorthin? ▪ [redacted]	Abt. 3 [redacted]

	▪ [redacted] ○ [redacted] *To Do: Presse schlägt geeignete Seite auf RKI-Webpage vor.* **RKI-intern** • (nicht berichtet)	
7	**Dokumente** • (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* • **Elektronischer Impfnachweis** ○ Diskussionen auf EU-Ebene; RKI nicht federführend, aber beratend ○ Prüfzertifikat für Impfungen bzw. Immunschutz nötig ○ [redacted] ○ [redacted] • **COVIMO-Studie: Impfverhalten, Impfbereitschaft und -akzeptanz in Deutschland** ○ Gestern 3. Bericht zu Impfakzeptanz veröffentlicht ▪ weiterhin erfreulich hohe Akzeptanz: 73% auf alle Fälle, 10% eher wahrscheinlich ▪ Wer sich nicht impfen lassen möchte: variiert je nach Impfstoff ▪ Gesundheitspersonal, inkl. Altenpflege, niedergelassene Ärzte, medizinische Fachangestellte: 75% bereits mind. 1 Dosis erhalten, d.h. Umsetzung der Priorisierung funktioniert wohl. • **Impfstoff von Janssen (Johnson & Johnson):** ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • **Umgang mit geimpften PCR-Positiven mit hohem CT Wert** ○ war Thema bei AGI; geht insb. um Dauer der Isolierung ○ Wenn Virus nachweisbar, dann als Fall zählen und behandeln, auch weil unklar, wie lange Shedding ○ Wird am Dienstag in Abt 1 AG Diagnostik und in anderen Runden diskutiert	FG33 [redacted] [redacted]
9	**Labordiagnostik** • **FG17**	FG17 [redacted]

	○ Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 510 Proben, davon: ▪ 37 SARS-CoV-2 ▪ 109 Rhinovirus ▪ 12 Parainfluenzavirus ▪ 85 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63) ▪ 3 Metapneumovirus ▪ 1 Influenzavirus, dessen Hämagglutinintyp anhand der Standardmethoden nicht zugeordnet werden konnten, Charakterisierung läuft. • **ZBS1** ○ In KW 16 bisher 763 Proben, davon 313 positiv auf SARS-CoV-2, 41,02% ○ Großteil davon B.1.1.7 ○ Besonderheiten bei Sequenzen entdeckt: Wildtyp, aber mit N501Y Mutation; B.1.1.7 ohne Deletion 69/70 ○ 1 Reinfektion bestätigt: bei Erstinfektion 11/2020 WT, jetzt 04/2021 B.1.1.7 mit zusätzlicher Mutation K417N	ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • **Budenosid** ○ Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) und der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) (s. hier) ○ Pressekonferenz der DGP für nächste Woche geplant ○ BfArM hat Surveillance eingerichtet: hat sehr schnelle Steigerung im Verbrauch festgestellt • **Impfung von stationären Patienten** ○ Bei verschiedenen Netzwerken, Verteilern nachgefragt: ▪ Etwa eine Hälfte macht nichts; andere Hälfte macht durchaus etwas, aber unterschiedliche Ansätze ▪ zB nur sehr lange KH-Patienten geimpft, die eh Prio-Gruppe sind, aber Termin verpasst haben; Absprache mit Gesundheitsamt, dass stationär geimpft wird; eigentlich immer Patienten mit hohem Risikoprofil	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** • (nicht berichtet)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* • Flughafen-TK: Pakt für den ÖGD wurde diskutiert; BMG wird bald ein Entwurf für eine Verwaltungsvorschrift zirkuliert werden für den Bereich der IGV-benannten Flughäfen und Häfen; • Klagen wegen hoher Belastung bei Kontaktpersonen-Nachverfolgung nach Exposition im Flugzeug, v.a. aus Frankfurt; ´	FG38 [redacted]

	fragen, ob z.B. Kurzstreckenflüge weniger prioritär behandelt werden können, weil da Masken gar nicht abgenommen werden • Personalie: [redacted] wird neuer Leiter des Gesundheitsamts Frankfurt am Main (Nachfolger von [redacted]) und damit auch zuständig für den Flughafen Frankfurt (FRA) ~~neue Leitung für LK Dahme-Spreewald, damit auch zuständig für Flughafen Berlin-Brandenburg~~	
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* • [redacted] • Rufdienst durch Taskforce Ausbruchsgeschehen zunehmend belastet	FG38 [redacted]
15	**Wichtige Termine** • keine	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mo., 26.04.2021, 13:00 Uhr, [redacted]	

Kommentiert [FB1]: Corrigendum, siehe https://frankfurt.de/aktuelle-meldung/meldungen/neuer-leiter-gesundheitsamt-dr-tinnemann

452 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-04-26.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*26.04.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
  - [redacted]
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- P4 Leitung
  - [redacted]
- P1 Leitung
  - [redacted]
- FG11
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32/38
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • National (Folien hier) ○ **Fallzahlen/Todesfälle** • +11.907 Fälle, +60 Todesfälle, 7-d-Inzidenz bei 169/100.000EW und stagniert • 23% sind einmal geimpft, 7% sind vollständig geimpft • ITS/ Intensivregister: 5122 COVID-19 Fälle, steigende Tendenz; fast so hoch wie im Peak der 2. Welle • 7d-Inzidenz in den Bundesländern stagniert bzw. leichter Rückgang in Sachsen und Thüringen; Anstieg in BaWü, Saarland und Hessen • Geografische Verteilung: LK in Thüringen und Erzgebirgskreis stark betroffen, nur 56 LK< 100/100.000 EW • Inzidenz nach Altersgruppe: steiler Anstieg bei 5-14-Jährigen [redacted] ○ **Modellierungen** • [redacted] hat durch agentenbasierte Simulation an synthetischer Population einen Beitrag von betrieblichen Kontakten zum R-Wert von ca. 0,4 modelliert. Dieses Ergebnis wird durch [redacted] mit Hilfe von Daten aus COSMO Studie [redacted] durch netzwerkbasierte Modellierung überprüft. Studie legt nahe, dass 30% der Menschen an Arbeitsplätzen, die grundsätzlich für HO geeignet wären, engen Kontakt zu >15 Personen haben. Einschränkung: Geringe Stichprobenzahl in der Studie). ***To Do***: 1. *Hospitalisierungsrate nach Altersgruppen berichten* 2. [redacted]	[redacted] [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • CWA ○ Eventregistrierung angelaufen und positive Berichterstattung	[redacted]

	○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht berichtet	Alle
5	**Kommunikation** • Infos auf Twitter zur europäischen Impfwoche • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	BzgA Presse [redacted] P1 [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** •	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** • Long-Covid als drohendes PH-Problem: noch offene ToDos zu adressieren? ○ [redacted] ***To Do:*** *Long-COVID:* *Abt2, Federführung [redacted] in Zusamm. mit Abt3, IBBS, P1:* *1.* [redacted]	Alle

	2. [redacted] • [redacted] Frage1: Genomdaten und Falldaten sind nun vernetzt (Desh+DEMIS). Gibt es eine Korrelation zwischen VOC und Krankheitsverlauf? Antwort1: Erste Analysen zeigen keine Korrelation, wobei nur bei ca. 30% der Genomdaten ein Meldefall zugeordnet werden kann. Frage2: Wie wird eine Variante zur VOC ernannt? Antwort2: WHO (virus characterization group) hat Definition/ Kriterien publiziert; ECDC hat auch eine virus characterization group, PHE veröffentlicht technical reports und sequenziert dazu internationale Proben ***To Do:*** [redacted]	
8	**Dokumente** • [redacted]	
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
10	**Labordiagnostik** • 333 Proben in KW 15/16: 7%/ 8% Sars-Cov2 positiv • 14%/22% saisonale Coronaviren • Einzelfälle von Parainfluenza und Metapneumoviren • Virusvarianten: Indische Mutante: Zusammenhang zu hohen Fallzahlen noch unklar, Keine Info zur Krankheitsschwere • Preprints von Indian National Institute of Virology + ein Twitter Bericht legen nahe, dass Mutante gut neutralisierbar ist durch Antikörper (Genesene, Covaxin Geimpfte, Astrazeneca Geimpfte) • Webmeeting mit Niederlanden, Dänemark und Österreich Tirol hat hohen Anteil an B1.1.7 E484K Mutante, bei der Biontech gute Wirksamkeit zeigt. In D 52 Fälle dieser Mutante seit Februar	FG17

	B1.620: Weltweit 82 Sequenzen. Fälle in Zentralafrika, Littauen und retrospektiv 9 Fälle von Anfang März-Mitte April ***To Do:*** *Prüfen, ob Fälle zu einem Ausbruch gehören (Stefan Kröger)* 267 Einsendungen 492 (38,8%) Sars-CoV2 positiv, Großteil B1.1.7	ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • „Tag-13-Proben" Studie von B1.1.7 Fällen im LK Bergstraße (Folien hier) ▪ Ergebnisse: -Bis Tag 14: noch >80% PCR-positiv -Kein Virusanzucht aus Ct<30-Proben möglich ▪ Fazit: Bei keiner von 53 Fallpersonen (95% KI 0-7%) mit B.1.1.7 wurde in Proben ab spätestens dem 14. Erkrankungstag vermehrungsfähiges Virus nachgewiesen **To Do:** *Daten aus dieser [redacted] und anderen Studien im Haus oder von Kooperationspartnern sammeln und als Fallbeispiele im EpiBull veröffentlichen zur Darlegung der B1.1.7-Übertragungskinetik: Labor28-Daten, Daten aus nosokomialer Ausbruchsuntersuchung durch FG37 [redacted] eventuell Daten aus Osnabrück Studie zu Altenheim Ausbrüchen unter geimpften [redacted]* • Verlegung von Patienten aus Belgien nach Deutschland • Rechtsverordnung zur antikörper-Behandlung im Bundesanzeiger veröffentlicht, NEU: Teilstationäre Behandlung kann nun abgerechnet werden • [redacted] • [redacted]	[redacted] IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht berichtet [redacted]	Alle
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) • Anstieg ARE bei 0-5 (6,4%) und 6-10 (30%) Jährigen • Deutlicher Anstieg der 7d-Inzidenz bei Schul- und Kitakindern, ab 6 Jahren überproportional betroffen. • 186 neue Kitaausbrüche, 46% der 0-5-Jährigen in Ausbrüchen involviert (35% waren es in der 2. Welle) • Auch bei Schulausbrüchen sind Kinder stärker involviert als früher	[redacted]

	[redacted] [redacted] **To Do** (Koordinierung durch Lagezentrum): *Erstellung eines Papiers zu einer Nutzen/Risiko Abwägung von Öffnungsmaßnahmen am Beispiel des Themas ‚Sport im Freien für Kinder'. Mögliche Federführung durch Sebastian Haller*	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine** • **TK Indien 26.4. 15:00 Uhr,** TN: BMG, RKI[redacted] • Nächste Sitzung: Mittwoch, 28.04.2021, 11:00	Alle

454 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-04-28(1).pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*28.04.2021, 11-13 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, [redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1
  - [redacted]
- ZIG2
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* ○ Fälle, Ausbreitung **National - Fallzahlen/Todesfälle** (Folien hier) • Überblick Kennzahlen ○ SurvNet übermittelt: 3.332.532 Fälle insgesamt (+22.231), davon 82.280 (+312) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz (7TI) 161/100.000 EW; vergleichbar zur Vorwoche ○ Impfmonitoring: Daten werden derzeit noch aktualisiert ○ DIVI-Intensivregister: 5.063 Fälle in Behandlung (-59) • Verlauf 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer ○ [redacted] ○ ○ • Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis ○ Derzeit 10 LK < 50; 68 LK < 100; ca. 300 LK > 100 Fälle / 100.000 Einw. (über mehrere Tage hinweg) • 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach AGe und MW (Stand 27.04.2021) ○ Niveau etwa ähnlich zur Vorwoche, v.a. in den mittelalten Altersgruppen (AG) ○ In der AG 15-19 Anstieg im Vgl. zur Vorwoche ○ Heatmap gestern im Lagebericht veröffentlicht • Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach AG (Stand 21.04.2021) ○ Plateau auf einem niedrigeren Niveau als in der 2. Welle, AGs mit größtem Hospitalisierten-Anteil derzeit: 60-79 und 35-59 (cave: im Meldesystem vermutlich unterschätzt), in 2. Welle demgegenüber v.a. Personen der AG 80+ hospitalisiert • Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche (Stand 27.04.2021) ○ Tendenz im Vergleich zur Vorwoche eher steigend	ZIG1 FG32 [redacted]

- Anzahl laborbestätigte COVID-19-Fälle mit und ohne Antigennachweis nach Meldewoche
  - In Meldedaten Anteil der Fälle mit AG-Nachweis weiterhin bei ca. 7 %, keine Veränderung zu Vorwoche, auch hier im Meldesystem aufgrund der Kapazitätensituation in den Gesundheitsämtern vermutlich nicht vollständig erfasst
- Diskussion:
  - Heatmap: AG 90+ zeigt zunehmende Inzidenz, Ursprung bzw. Ort (Alters-/Pflegeheim, mögliche Ausbrüche) werden nähergehend betrachtet
  - Hospitalisierung nach AG – Auffälligkeiten, die gut mit Impfung zu korrelieren scheinen: Anzahl Hospitalisierter in AG 80+ (orange) stark abnehmend, in AG 60-79 (blau) relative Abnahme im Vergleich zur 2. Welle, in allen anderen AG Kurven ähnlich der 2. Welle auf niedrigerem Niveau
  - [redacted]
  - [redacted]
  - Tabelle mit um Nachmeldungen aktualisierten Inzidenzen ist in Arbeit, wird Presseabteilung dann zur Verfügung gestellt

[redacted]

To Do3: Um Umsetzung der Ausweisung beider Inzidenz-Darstellungen wird gebeten.

Zahlen zum DIVI-Intensivregister ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) MF4 [redacted]

- DIVI-Intensivregister

	○ Derzeit 5.045 COVID-19-Patienten auf Intensivstationen der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser behandelt ○ Intensivstationen füllen sich in einigen Bundesländern weiter, manche Länder zeigen erstes Plateau in COVID-ITS-Belegung ○ Hohe Dynamik an Zu- (rot) und Abgängen/Verlegungen (grün) ○ Differenz (türkis) zeigt langsam Stabilisierung, derzeit geringfügig im negativen Bereich ○ Dennoch hohes Patientenaufkommen, Todeszahlen der COVID-19-Erkrankten auf ITS sind weiter steigend. • Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: v.a. in Bremen (Nord-West), Sachsen-Anhalt, Berlin (Nord-Ost), NRW (Mitte) und BaWü (Süd) ansteigend; in Bayern Abflachung; in Thüringen Abnahme • Covid-19-Belegung und Belastung: ○ Über 85% der COVID-19 ITS Behandelten benötigen eine Beatmung ○ Die Belegungszahlen in der Beatmungsbehandlung haben die Auslastung der 2. Welle überschritten ○ Besonders schwere Fälle mit ECMO Behandlung nehmen besorgniserregend zu (hier teils 4-fache Belegung im Vergleich zum September 2020) • Einschätzung der Versorgungs-Verfügbarkeit: ○ Pandemie Höchstwerte: Zwischen 60-70 % der Intensivbereiche melden begrenzte Verfügbarkeit oder Auslastung in den Bereichen Low-High-Care und ECMO ○ Die freien betreibbaren Kapazitäten zur Beatmung und ECMO-Behandlung haben weiter abgenommen • SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient*innen für die nächsten 20 Tage: für D weiterhin ansteigend (im Norden Stabilisierung, im Osten und Süden Anstiege, im Westen noch stärkere Anstiege erwartet) **Syndromische Surveillance** ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) • GrippeWeb bis zur 16. KW 2021: ○ ARE-Rate derzeit auf dem Niveau des Vorjahres – dennoch seit 36. KW so niedrig wie noch nie in diesem Zeitraum und deutlich unter der ARE-Rate der anderen Vorsaisons um die 16. KW. ○ In KW 16 ist ARE-Rate bei Kindern gestiegen und in den anderen AG gesunken • ARE-Konsultationen bis zur 16. KW 2021: ○ Konsultationsinzidenz insgesamt leicht gesunken im Vergleich zur Vorwoche, starker Anstieg bei AG 0-4 ○ Auf Bundesland-Ebene unterschiedliche Entwicklung in 16. KW im Vergleich zur Vorwoche: Konsultationsinzidenz in BaWü in allen AGs gesunken, in Sachsen bei Kindern (0-4/5-14) gestiegen • ICOSARI-KH-Surveillance - AG ab 15 Jahre (AG unter 15 unter Niveau der Vorjahre)	FG36 [redacted]

	○ SARI-Fallzahlen insgesamt leicht gesunken ○ Rückgang in den AG 35-59 und 80+ ○ Alle anderen AG: weitestgehend stabil ○ AG 35 -59: weiterhin sehr hohes Niveau, wie in Grippewelle bzw. wie in 2. Welle ○ AG 15-34 und 60-79: weiterhin erhöhtes Niveau, gerade noch „jahreszeitlich üblich“, AG 80+ weniger ○ AG 0-4: Ausbleiben von Influenza und RSV; ähnlich Schulkinder Allzeittief im Vgl. zu Vorjahr • ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle bis zur 15. und 16. KW 2021 ○ 15. KW: AG 35-59 weiterhin sehr hohes Niveau (über 2. Welle), AG 60-79 noch kein Rückgang zu erkennen (Stabilisierung), Niveau liegt aber unter 2. Welle, AG 80+ seit einigen Wochen stabil ○ 16. KW: steiler Anstieg in der AG 35-59 gebrochen, Peak in der AG 60-79 vermutlich überwunden und derzeit abnehmend, AG 80+ auf niedrigem Niveau • Anteil COVID-19 an SARI 66 % in KW 15/2021, stabil im Vergleich zur Vorwoche auf hohem Niveau, Fälle in Intensivbehandlung auf 82 % (KW 14: 84 %) • ICOSARI: SARI-Fälle in Intensivbehandlung mit COVID-19 bis 16/2021 • Zahl der Intensivpatienten in der AG 60-79 scheint wieder rückläufig, in AG 35-59 weiterhin sehr hoch, höher als in 2. Welle • Medianes Alter Intensivpatienten COVID-SARI seit KW 11/2021 unter 70 und abnehmend (KW 14: 67 Jahre, KW 15: 63 Jahre), vermutliche Ursache: andere AGs weniger ITS-behandelt **Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten** ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) • Nach Ostern deutlicher Rückgang der eingesandten Proben • Leichte Tendenz der Steigerung in KW 16 (164 Einsendungen) • UK-Variante überwiegt, anekdotische Berichte aus Arztpraxen zur Übertragbarkeit: bei Vorhandensein der UK-Variante fast immer alle Familienmitglieder ebenfalls infiziert, auch *in praxi* deutlich erhöhte Übertragbarkeit feststellbar • Rhinoviren (blau): zu Ostern kurzzeitig recht geringe Nachweisraten, derzeit wieder steigend • SARS-COV-2 (rot): Nachweisrate unter 10 % (derzeit vornehmlich Proben von Kindern eingeschickt) • Influenza: in letzter Woche ein Nachweis (N1 jedoch nicht positiv, daher nicht in Grafik mitaufgenommen) • Rhinovirusaktivität steigt bei Kindern • RESPVIR-Auszug: endemische Coronaviren im Vergleich: derzeit v.a. NL63 nachgewiesen, v.a. bei Kindern, Basis-Immunität aufgrund der Pandemie-Situation ggf nicht so gut ausgeprägt **Testkapazität und Testungen** ***(nur mittwochs)*** **Testzahlerfassung** (Folien hier)	FG17 [redacted] AL3 [redacted]

- Testzahlen und Positivquote
  - Anzahl der Testungen in dieser KW leicht zugenommen, Niveau wie vor Ostern
  - Positivenanteil stabil wie in Vorwoche bei ca. 12,5 %
- Auslastung der Kapazitäten
  - Anzahl durchgeführter Tests (blau) im Vergleich zu Vorwochen steigend
  - Testkapazitäten weiterhin vorhanden, probenrückstau und Lieferengässe unproblematisch (Folie entfällt)
- Sonderabfrage in den Laboren (KW16): Anteil Bestätigungs-PCRs an Testungen und Positivenanteil
  - Von 260.143 übermittelten Testungen 4.004 (1,5 %) als Bestätigungstests für positive AG-Tests gekennzeichnet; hiervon 2.482 (62 %) positiv
  - Häufig konnte keine Angabe gemacht werden, ob es sich um Bestätigungstests handelt
  - [redacted]
  - [redacted]
- Anmerkung: Grafik zu Positivenanteil, Inzidenz, Fallzahlzunahme, Bestätigungstests wird heute finalisiert
- Testzahlerfassung VOC - VOXCO Abfrage: Angaben zu ca. 96.000 Tests (= ca. 55 % aller übermittelten positiven PCR- Tests in KW16), davon in ca. 91 % der Fälle Vorliegen einer VOC: 90,3 % B.1.1.7, 0,7 % B.1.351 und 0,1 % P.1
- POCT Zahl der durchgeführten AG Tests:
  - 354 Einrichtungen: 642.417 POCT erfasst
  - 1.114 positiv (0,17 %), davon 943 (84,6 %) in PCR gegangen, davon
  - 517 (54,8 %) als positiv bestätigt übermittelt (2.950 POCT (0,5 %) nicht auswertbar/unklares Ergebnis)

ARS-Daten ***(nur mittwochs)*** (Folien hier)

FG37 [redacted]

- Positivenanteil derzeit mit ca. 10 % weiterhin zu hoch
- In keinem Bundesland werden eindeutige Ausreißer verzeichnet, HH und Meckl.-Vorp. stabil, restliche Bundesländer leichter Abwärtstrend
- Anzahl Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: derzeit weiterhin AG 80+ am häufigsten getestet (rosa), AG 5-14 am wenigsten (ocker) aber zunehmend, ebenso die AG der 0-4 (rot)
- Positivenanteil nach AG und KW: AG der 80+ am häufigsten getestet aber niedrigster Positivenanteil (rosa), genau gegenteiliges Verhältnis bei der AG 5-14 (ocker), diese AG sollte verstärkt getestet werden
- Anzahl positiver Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: AG 80+ lange Zeit höchster Anteil, derzeit der niedrigste, AG 60-79 zweitniedrigster Anteil → höchstwahrscheinlich auf Impfung zurückzuführen, zu erwartende Entwicklung; Anteil in AG 5-14 derzeit steigend

	• Anzahl Teste und Positivenanteil in verschiedenen OEs (Arztpraxen, Krankenhaus, andere): Positivenanteil wie in Vorwoche, v.a. in Krankenhaus recht stabil • Anteil Nachweise sonstiger VOCs (außer B.1.17): B.1.351 mit derzeit ca. 20 Nachweisen in KW15 überwiegender Anteil dieser VOCs, B.1.1.7+E484k ca. 10 Nachweise; P1 selten • Leichter Anstieg der Ausbrüche in Altenheimen (ca. 25 neue pro Woche), deutlicher in Krankenhäusern (ca. 35) → niedriges Niveau aber immer wieder neue Ausbrüche; genauere Ausbruchsanalyse soll folgen [redacted] **COVID-19-Impfquote bei Personen ab 80 Jahre nach Daten aus den Impfzentren** (Stand 27.04.2021) (Folien hier) • 10 Bundesländer, Daten aus Impfzentren, mobilen Impfteams und Krankenhäusern • Mindestens 1x geimpfte 80+ Jährige: 78% • Vollständig geimpfte 80+ Jährige: 62% • Geschätzt auf Basis dieser Daten haben von den 5.681.135 in Deutschland lebenden Personen ≥80 Jahre max. 1.239.773 (22 %) noch keine Erstimpfung erhalten • [redacted] **Diskussion:** • Auffällig: AG 5-14 wird wenig per PCR getestet, zeigt aber einen hohen Positivenanteil – sind hierbei möglw. AG-Tests ursächlich? *To Do: Bitte um Überprüfung der Meldedaten hierzu ob AG-Tests vermerkt sind* • Ursächlichkeit der höheren Hospitalisierungs- und ITS-Raten bei jüngeren AG als in 2. Welle unklar (eventuell eine größere Häufigkeit schwerer Verläufe), [redacted] überprüft hierzu mögliche Hinweise aus Meldedaten • Jüngere AG werden häufig schneller auf ITS verlegt, da weniger Komorbiditäten vorhanden sind und sie erst später das Krankenhaus aufsuchen • Jüngere AG vermutlich häufiger und länger ECMO-behandelt, u.a. da bessere Verträglichkeit [redacted] **VOC-Bericht - Änderungen:** • Umbenennung (Zusatz „insbesondere zu B.1.1.7“ gestrichen) • In Einleitung Erklärung zu VOI ergänzt aufgrund des erhöhten Informationsbedarfes dazu • Abbildung A noch vorhanden, wird mit P1 besprochen • Tabelle zu VOIs zur schnellen Übersicht	FG33 [redacted] Alle FG36 [redacted]

	• Im Fazit Erhebungsinstrumente und Zusammenfassung angepasst • Bericht zu VOC soll unabhängig des Lageberichtes erscheinen (Detailtiefe, Umfänglichkeit und Auskunftsfähigkeit erforderlich) *To Do: Bitte um Besprechung einer Aufnahme der ARS-Daten für VOC-Bericht an* [redacted] *und* [redacted]	
2	**Internationales** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* • Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** BZgA • [redacted] [redacted] • [redacted] P1 • Keine Anmerkungen	BZgA [redacted] Presse [redacted] P1 [redacted]
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • [redacted] • [redacted] • [redacted]	Alle
7	**Dokumente** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* • Nicht besprochen	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)*	FG33

	• Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* **Update AGI Sentinel** • Keine Anmerkungen	FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* • Arbeitsauftrag Bedarf an Verhaltenshinweisen für jüngere AG hinsichtlich rechtzeitiger Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung → STAKOB und COVRIIN erachten diesen als sinnvoll *To Do: Bitte um Vorbereitung von Material für BPK und ein FAQ-Dokument (P1, IBBS) mit dem Hinweis, dass* • *jüngere AG auch ohne Vorerkrankungen schwer erkranken oder Spätfolgen erleiden können und mit der Aufforderung,* • *sich bei ausbleibender Besserung auch nach einer Woche, bei Verschlechterung oder bei Auftreten akuter Atemnot unbedingt umgehend an den Hausarzt zu wenden*	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* [redacted]	ZIG [redacted]

	• [redacted]
	• [redacted]
	• [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]
	  ○ [redacted]	

12	**Surveillance** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* • Keine weiteren Anmerkungen	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine/ Arbeitsaufträge** • Experten-Beirat Pandemische Atemwegsinfektionen (29.04.2021), Thema u.a. Long Covid	Alle
	Nächste Sitzung: Freitag, 30.04.2021, 11:00	

Ende 12:33

456 Ergebnisprotokoll Krisenstabssitzung 2021-04-30.pdf

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*30.04.2021, 12-13:20 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Leitungsstab L1
  - [redacted]
- Abt. 3
- [redacted]
- FG11
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32/38
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]

TOP	[redacted]	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage: NICHT BESPROCHEN**
	• International
	  ○ Fälle, Ausbreitung
	• National
	  ○ Fallzahlen/Todesfälle
	  ○ Syndromische Surveillance (mittwochs)
	  ○ Testkapazität und Testungen (mittwochs)	

2	**Internationales (nur freitags) NICHT BESPROCHEN** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • **NICHT BESPROCHEN**	Alle
5	**Kommunikation** • **NICHT BESPROCHEN**	
6	**Neues aus dem BMG** • **NICHT BESPROCHEN**	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** •	Alle
8	**Dokumente** • **<u>Ausnahmeverordnung</u>** (Dokument hier) Abstimmung der Begriffe ‚asymptomatische Person', ‚geimpfte Person', ‚Impfnachweis', ‚genesene Person', ‚Genesenennachweis', ‚Getestete Person', ‚Testnachweis' [redacted]	[redacted]

a) [redacted]

b) [redacted]

- **Email von** [redacted] (BMG) zur gebündelten Darstellung der zugelassenen Impfstoffe und den Impfschemata auf RKI Seite zwecks Verweises in Verordnungen [redacted]

  ToDo:

  a) [redacted] *Rückmeldung an* [redacted]*, dass die betreffende Seite in Abstimmung zu den Informationen zur noch zu entwickelnden ImpfApp erstellt wird und sich daher zeitlich daran richtet (vermutlich Mitte/Ende Mai)*

  b) [redacted] *Existierende FAQ Seite zum Impfschema mit betreffender Seite direkt verlinken: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Impfschema.html*

  c) [redacted]

- **Einreiseverordnung** [redacted]

  ToDo [redacted]

  a) [redacted]

  b) [redacted]

- **Erlass von** [redacted] (BMG) zur Beantwortung bis heute, 16 Uhr: Warum hat Deutschland kein „Coronavirus Infection Survey“ wie das Vereinigte Königreich? [redacted]

  [redacted] hat bereits die Rückmeldung an [redacted] gegeben, dass das RKI Daten aus verschiedenen Surveillance Programmen veröffentlicht (z.B. ARS), denen die gewünschten Informationen zu

	entnehmen sind. [redacted] • [redacted]	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • **NICHT BESPROCHEN**	FG33
10	**Labordiagnostik** **NICHT BESPROCHEN**	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • **NICHT BESPROCHEN**	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • **NICHT BESPROCHEN**	Alle
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • **NICHT BESPROCHEN**	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • **NICHT BESPROCHEN**	FG38
16	**Wichtige Termine**	Alle